

11212



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

"Características Clínicas e Histopatológicas de los casos de Melanoma Maligno del Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González"

TESIS

Que para obtener el título de

ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA

Presenta:

Dra. Marcia Káram Orantes.

MEXICO D.F

SEPTIEMBRE 2005

m 352266



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



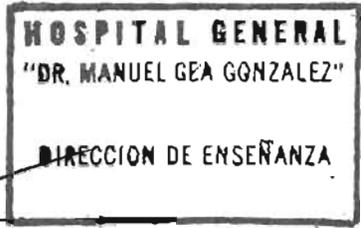
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES



Dr. Francisco Javier Rodríguez Suárez
Director de Enseñanza

Dra. Rita Valenzuela Romero
Jefe de la División de Enseñanza de Pregrado y Posgrado

Dra. Ana Flisser Steinbruch
Directora de Investigación
Presidenta de las Comisiones de Ética y de Investigación

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e Impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: María Xóchitl Orentes
FECHA: 21.08.2015
FIRMA:

Dr. Luciano Domínguez Soto
Jefe del Departamento de Dermatología

Dra. María Elisa Vega Memije
Asesor de Tesis



DEDICACIONES

A Rodrigo:

Por cuidar y guiar mi corazón, por compartir este camino conmigo lleno de risas, bailes y amor.

A mis padres:

Por haber hecho de mi lo que ahora soy, por dedicar su tiempo, cariño y esfuerzo a nuestro desarrollo por brindarme todo el apoyo y confianza . Por ser como son, maravillosos.

A mi hermano:

Por demostrar esa fortaleza ante la vida y seguir adelante con todo su ímpetu. Te quiero mucho.

A la familia Jiménez Bay:

Por siempre estar cerca, consentirme y quererme.

A mi tía Coyo y mi prima Gilda:

Por tomar todo con gran optimismo y fortaleza.

A la familia Pale Carrión:

Por aceptarme con los brazos abiertos y brindarme todo su cariño.

A Cecilia y Armando: Por todo su apoyo y ayuda para que este trabajo saliera.

Al servicio de Dermatología del Hospital General “Dr Manuel Gea González”

En especial al Dr Luciano Domínguez por haber confiado en mi y haberme dejado ser parte del servicio, por compartir anécdotas y la hora del té.

A la Doctora Judith Domínguez: por brindarme su amistad y todo su apoyo.

A la Dra. María Elisa Vega: Por explicarme todas mis dudas y aguantar toda la lata.

Al Dr. José Contreras: Por inculcarme el saber de las heridas y por haberme dejado discutir con él todo el tiempo.

A la Dra. Sonia Toussaint Caire: Por su paciencia y dedicación para lograr este trabajo.

Dra. María Teresa Hojyo, Dr. Roberto Arenas , Dra. Verónica Fonte, Dra. Patricia Pichardo y Dra. Rosy Lacy :Por apoyarme siempre y formarme como dermatóloga.

A todos aquéllos que formaron parte de mi vida y a los que ahora siguen a mi lado gracias por su amistad: Francisco Azar, Stephen ,Dulce, Ana, Omar, Pilar, Mariana, Luis, Chava, Francisco Rodríguez , Francisco Reed , Federico , Alejandra Torres y Lore.

A todos los pacientes : que permitieron mi formación.

A mis compañeros de Residencia en especial: Adán, Sonia, Sor, Lupita, Diana, Celia Pablo, Ale ,Miriam , Juan Guillermo y Rodrigo. Con mucho cariño por haberme aguantado.

Características Clínicas e Histopatológicas de los casos de Melanoma Maligno del Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González

Káram Orantes Marcia*, Toussaint Caire Sonia**, Domínguez Cherit Judith ***, Vega Memije Elisa ****.

*Residente de 3er año de Dermatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

** Adscrita al Departamento de Dermatopatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

*** Adscrita al Departamento de Cirugía del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

**** Jefa del Departamento de Dermatopatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Categoría: Artículo Original

Correspondencia:

Dra. Marcia Káram Orantes. Hospital General “Dr. Manuel Gea González” Departamento de Dermatología. Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan. CP 14000, México,DF. Tel: (55) 56 06 29 89.

e-mail: magica_karam@yahoo.com

RESUMEN.

ANTECEDENTES: El melanoma maligno es una neoplasia derivada de los melanocitos que suelen localizarse en la unión dermoepidérmica. Es el tercer cáncer de piel después del carcinoma basocelular y espinocelular. A pesar de que su incidencia es baja, menor al 10%, el 75% de las muertes por cáncer cutáneo se deben a esta neoplasia. Existen cuatro subtipos clínicos: Melanoma de extensión superficial, lentigo melanoma maligno, melanoma acral lentiginoso y el nodular. En caucásicos la variante que predomina es el melanoma de extensión superficial, en varias series mexicanas se ha encontrado que prevalece el nodular.

El objetivo de este estudio fue determinar el subtipo más frecuente en los casos de melanoma maligno del Hospital General "Dr. Manuel Gea Gonzalez"

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis de los registros de melanoma de marzo de 1981 a junio del 2005 de los cuales se extrajo el sexo, edad, residencia, ocupación, evolución de la lesión, topografía y clínica. Histológicamente se valoró el Índice de Breslow y el nivel de Clark. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

RESULTADOS: Se incluyeron 147 pacientes de los cuales 102 fueron del sexo femenino y 45 del sexo masculino. La localización más frecuente fue la extremidad inferior. El melanoma acral lentiginoso fue el que mostró mayor prevalencia a diferencia de las otras series donde se reportan el nodular y el melanoma de extensión superficial.

CONCLUSIONES: En esta serie los subtipos que presentaron mayor prevalencia fueron el melanoma acral lentiginoso y el lentigo maligno melanoma. Con una proporción hombre mujer mayor a la reportada en otras series de 1:2.2.

Palabras clave: Melanoma, melanoma acral lentiginoso, melanoma nodular, melanoma de extensión superficial.

ABSTRACT

BACKGROUND: Melanoma is a tumor arising from melanocytes usually located in the dermoepidermal junction. It is the third cause of cutaneous cancer after basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. Although melanoma presents in less than 10% of cases the mortality is high representing 75% of deaths from cutaneous cancer. There are four major subtypes: Superficial spreading melanoma, léntigo maligna melanoma, acral lentiginous melanoma and nodular melanoma. Superficial spreading melanoma is the most common type in Caucasians. In mexican series the most common type reported is the nodular. The aim of this study was to establish the most common type in our Hospital.

METHODS: We analyzed the files from March 1981 to June 2005 from where we recorded sex, age, residency, occupation, evolution, localization and clinical description. Histologically we evaluated the thickness with the Breslow scale and the invasion with the Clark's level.

RESULTS: 147 patients were studied, 102 were females and 45 males. The most common localization was the lower limb. Acral lentiginous melanoma was the most common subtype. Differing from the other series were they report the nodular and superficial spreading melanoma.

CONCUSIONS: The most common subtypes in this series was acral lentiginous melanoma and léntigo maligna melanoma. With a greatest proportion in females of 2.2 for one male.

Key words: Melanoma, acral lentiginous melanoma, nodular melanoma, superficial spreading melanoma.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer de piel en nuestro país ocupa el segundo lugar de neoplasias malignas con una frecuencia del 13.6% (1)

El melanoma es una neoplasia derivada de melanocitos los cuales se localizan mayormente en la unión dermoepidérmica pero también se encuentran en: matriz del pelo, epitelio de la retina, uvea y en oído interno.

Es reportado como el tercer cáncer de piel, después del carcinoma basocelular y el epidermoide, con una frecuencia menor al 10%, no obstante, el 75% de las muertes por cáncer cutáneo se deben a esta neoplasia. (2)

El aumento de la incidencia anual en la raza blanca de Estados Unidos, Australia y Europa donde se calcula del 4 al 8%, es un dato epidemiológico relevante, sin embargo estos datos epidemiológicos no deben extrapolarse a nuestra población ya que nuestro genotipo y fototipo son diferentes.

A pesar de que la consulta por melanoma ha aumentado en algunos centros dermatológicos y oncológicos, el Registro Nacional del Cáncer y el Registro Histopatológico de Neoplasias en México de la Secretaría de Salud, no reflejan un aumento en la incidencia anual de esta patología manteniéndose alrededor de 1 por 100,000 habitantes. (3)

Los agentes que más contribuyen al desarrollo de melanoma son la exposición a rayos ultravioleta (RUV) y los factores asociados a transmisión genética.

La exposición a los RUV es el factor de riesgo mayormente asociado al desarrollo de melanoma maligno. (4). Particularmente las exposiciones intermitentes asociadas a quemaduras solares sobre todo durante la niñez. A pesar de que se ha comprobado el desarrollo de melanoma maligno en animales por exposición solar (5), no se conoce el mecanismo exacto por el cual las ondas solares producen éste tumor.

También se sabe que no solo los rayos ultravioleta B (RUVB) contribuyen a su desarrollo sino también los rayos ultravioleta A (RUVA), ya que su frecuencia ha aumentado con el uso de camas bronceadoras que emiten exclusivamente este tipo de rayos. (4). Sin embargo los RUVB siguen siendo los iniciadores de las lesiones precursoras.

De los factores de transmisión genética se ha involucrado un gen que reside en el cromosoma 9q21, también conocido como CDKN2A el cual codifica dos productos:

p16 → Necesario para detener el ciclo celular, una falla en éste hace que el ciclo se perpetúe.

p14ARF → Regula el crecimiento de melanocitos de forma independiente y la falla en éste perpetua la proliferación de melanocitos aberrantes.

(6,7)

Otros factores de riesgo importantes son: (8)

Presencia de mas de 50 nevos melanocíticos.

Nevos displásicos:

- 5mm.
- Pigmento irregular.
- Bordes irregulares.

Nevos melanocíticos congénitos mayores a 20cm tienen 5-20% de riesgo.

Fototipo I/ II.(Ver Anexo Tabla)

El fototipo más frecuente en los mexicanos es el IV/V , debido al aumento del pigmento y de la dispersión de los melanosomas tienen mayor protección contra los rayos ultravioleta y esto puede hacerlos tener menor riesgo de padecer cáncer de piel.

Se ha visto que el riesgo de melanoma en la raza negra es 5-18 veces menor que en los caucásicos (fototipo I/II), mientras que los hispanos es de 3.5 a 4.5 veces menor.(9)

Existen cuatro tipos clínicos primarios:

Melanoma de extensión superficial.

Inicia con una lesión plana con diferentes tonos de pigmentación Café o negra 2-3 meses después puede desarrollar áreas infiltradas o neoformaciones que pueden ulcerarse indicando así crecimiento vertical e invasión. Su localización más frecuente es tronco y extremidades.

Melanoma nodular.

Tumor exofítico de superficie lisa o vegetante de color negro, azulado o rojizo, no presenta la pigmentación macular que normalmente rodean a las otras presentaciones.

Melanoma léntigo maligno.

Se presenta como una mácula hiperpigmentada con diferentes tonalidades de café a negro. Es de crecimiento lento puede durar de 5 a 10 años sin presentar crecimiento vertical. Su localización más frecuente es la cara y de ésta la mejilla.

Melanoma acral lentiginoso.

Se inicia con una mancha irregular que posteriormente se infiltra y se ulcera . Su evolución es de 1-2 años a excepción del localizado a lecho ungueal el cual puede tener una evolución más larga sin presentar invasión.

La forma clínica más frecuente en anglosajones es el melanoma de extensión superficial que se presenta en 60-70% de los casos siendo el de más baja frecuencia el acral lentiginoso con 5-10% de los casos. Sin embargo en asiáticos e hispanos este último tiene mayor incidencia (10), llamando la atención que no son áreas fotoexpuestas.

En cuanto a los hispanos se ha visto que los pacientes generalmente acuden a consulta en estados muy avanzados ya que suelen creer que su fototipo los protege del sol y que tienen poca probabilidad de desarrollar un cáncer (11), también por tener poca cultura o educación en el cuidado de su piel.

Un estudio realizado en el Hospital Jackson Memorial de Miami por Feun et al (12) estableció que la mayoría de los hispanos presentan los melanomas en tronco, extremidades superiores e inferiores y que la sobrevida y el tratamiento fueron más favorables que para los no hispanos. También se comparó la incidencia entre hispanos de Puerto Rico y de Nuevo México vs los de raza negra teniendo estos primeros 1.6-3.7 más riesgo que los negros. En este estudio la topografía más frecuente fue la pierna tanto en raza negra como en hispanos.(13) Sin embargo un estudio realizado por Vázquez et al (14) tuvo como la topografía más frecuente las plantas, como se observa en los asiáticos. En este mismo estudio el tipo más frecuente fue el melanoma de extensión superficial seguido de el acral lentiginoso , el nodular y el lentigo maligno.

Kazuyuki et al analizaron 1174 pacientes japoneses con melanoma teniendo la misma frecuencia en ambos sexos con mejor sobrevida para el sexo femenino. El tipo de melanoma más frecuente en ambos sexos fue el acral lentiginoso comprendiendo un 50% de los casos. El subtipo que mostró peor pronóstico fue el nodular y tanto el Clark como el Breslow fueron factores importantes para el pronóstico. (15)

En México se han realizado algunas series de pacientes con melanoma reportando que la presentación clínica mas frecuente es el melanoma nodular. (16,17,18).

El diagnóstico de melanoma maligno es clínico e histopatológico. Clínicamente además de la observación de las lesiones, ahora se utiliza también el dermatoscopio que permite ver la lesión a mayor aumento y se han establecido ya patrones pigmentarios que sugieren melanoma sin embargo el diagnóstico definitivo se hace con el estudio histopatológico con el cual se puede medir la profundidad (Índice de Breslow ver anexo) y el nivel de invasión. (Niveles de Clark ver anexo) que son importantes para el tratamiento y sobrevida del paciente.

El objetivo del estudio fue describir los casos de melanoma maligno para establecer la frecuencia de presentación y subtipo clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis de los registros de melanoma maligno del Departamento de Dermatopatología del Servicio de Dermatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” del primero de marzo de 1981 al 30 de junio del 2005. Las variables estudiadas fueron las siguientes: Sexo, edad, residencia, ocupación, descripción clínica, tiempo de evolución y diagnóstico.

Se revisaron además las laminillas correspondientes a cada caso para establecer el índice de Breslow y el Clark así como la invasión vascular, micrometástasis, regresión e invasión neural.

Los datos fueron analizados con estadística descriptiva, con cálculo de proporciones y medidas de tendencia central.

RESULTADOS

Se analizaron 147 pacientes de los cuales 102 (69.3%) fueron del sexo femenino y 45 (30.6%) del sexo masculino con una proporción hombre mujer de 1:2.2, con edad promedio de 59 (18 a 98 años). Las décadas más afectadas fueron entre los 60 - 69 años y entre los 70 - 79 años con 34 (23.1%) y 30 (20%) pacientes respectivamente. (Grafica 1). El lugar de procedencia más frecuente fue el Distrito Federal con 101 pacientes (68.7%). (Fig 1)

La mayoría de los pacientes tenía un tiempo de evolución entre 1-3 años representando un 49.5%.

La distribución de las lesiones por frecuencia fue de la siguiente forma: extremidad inferior, cabeza y cuello, extremidad superior y tronco. (Fig 2 y 3).

De los que se localizaron en extremidad inferior 50 fueron acrales.

Se describió el tamaño de 99 lesiones de los 147 casos la mayor parte de estas midieron entre 2-3.9cm .(32.3%).

El subtipo clínico más frecuente en esta serie fue el melanoma acral lentiginoso, seguido del lentigo melanoma maligno, nodular y el melanoma de extensión superficial.(Grafica 2). Todos los subtipos predominaron en el sexo femenino de las cuales el 67.3% se dedicaban al hogar.

El melanoma acral lentiginoso se presentó en un total de 63 pacientes (42.3%), de éstos, 22 casos fueron subungueales y 41 de tipo acral lentiginoso de los cuales 26 presentaron un patrón de crecimiento vertical indicando invasión.

Hubo un predominio de presentación en la planta del pie (talón) con respecto a la palma. La forma ungueal afectó de forma equivalente las uñas de mano y de pie con predominio en el aparato ungueal del primer dedo del pie y del dedo índice respectivamente.

El segundo en frecuencia fue el lentigo melanoma maligno con 33 pacientes (22.4%) y la localización más frecuente fue la mejilla con 21 casos. (Grafica 2).

La forma nodular representó el 17% con 25 pacientes siendo la localización más frecuente la extremidad superior y cara (Grafica 2).

El de menor frecuencia fue el melanoma de extensión superficial con 19 pacientes (12.9%) donde la localización más frecuente fue el tronco.(Grafica 2)

Dentro de los otros tipos de melanoma se encontraron 4 metastásicos , dos de origen conocido, uno meníngeo y el otro de un melanoma cutáneo previo; dos melanomas de mucosas ambos localizados en genitales, labios mayores y un melanoma spitzoide.(Grafica 2)

Histológicamente se determino el índice de Breslow y el nivel de Clark .

Se catalogaron 45 casos *in situ*, el Breslow más frecuente fue de <0.76mm. y el nivel de Clark I.

Otros parámetros que se determinaron histológicamente fueron: ulceración, invasión neural, micrometastasis, invasión vascular, regresión y si el melanoma se originaba de un nevo. 36 casos presentaron ulceración , 22 de ellos fueron del tipo acral. 2 casos invasión neural, 6 micrometástasis, 8 se originaron de un nevo previo siendo el congénito el más frecuente .Solo 2 presentaron regresión.

DISCUSIÓN

De acuerdo con lo descrito (1) , la incidencia de melanoma maligno en México es aproximadamente de 1 por 100,000 habitantes, sin embargo, la cifra seguramente es mayor ya que existe un subregistro de los tumores presentados en el país.

Se sabe que el melanoma maligno es más frecuente en raza blanca , en hispanos el riesgo de desarrollarlo es de 3.5 a 4.5 menor que en los caucásicos.(9).

Esto se relaciona con el grado de pigmentación y la distribución de melanosomas que confiere mayor protección a los de piel oscura.(10)

Comparado con la literatura internacional la incidencia de melanoma en nuestro país es muy baja en relación con la de Estados Unidos donde existen 16 casos por 100,000 habitantes y aun menor comparándola con los países de mayor incidencia (Australia, Nueva Zelanda) donde hay 45 casos por cada 100,000 habitantes.(3)

Aunque en la mayoría de las series, tanto nacionales como internacionales, el melanoma es más frecuente en mujeres se observa una proporción hombre mujer mucho mayor en nuestra serie siendo de 1:2.2 , a diferencia de las publicadas 1:1., 1:1.2.;1:1.6;1:1.8 y 1:1.5(2,15,16,17,29,30,31).

Cuarenta y tres por ciento de los pacientes correspondieron al grupo de 60 a 80 años, siendo un poco más alta la edad de presentación que las otras series donde reportan mayor presentación desde la quinta década. (16,30,31).

La presentación en menores de 40 años fue de 14.2% , más alta que en las series mexicanas donde se ha reportado del 3% (16), sin embargo muy por debajo de la que existe en Australia donde el melanoma es la principal causa de cáncer en pacientes de 15 a 44 años.(19)

En cuanto a la topografía la literatura reporta que la región que mayormente se afecta en las mujeres es la extremidad inferior lo cual concordó en nuestra serie, sin embargo en hombres fue diferente siendo también la extremidad inferior la más afectada y no el tronco como se reporta generalmente. (16) Probablemente esto sea porque en nuestra población el melanoma acral tiene mayor incidencia en comparación con los otros subtipos.

El tipo de melanoma que más se presentó fue el acral lentiginoso con 42.8% de los casos, esto fue diferente con lo reportado en otras series mexicanas donde el de mayor presentación fue el nodular (16,17,18,31) (Grafica 3) y también con lo descrito en la literatura anglosajona en la cual predomina el melanoma de extensión superficial,

siendo en nuestro estudio el que se reportó con menor frecuencia con un 12.9% de los casos.

Se ha descrito que el melanoma acral representa del 39-60% de los casos en caucásicos (21,22) del 51 al 82% de los casos en asiáticos (23, 24,25), del 71-72% en afro-americanos (22,26) y casi del 100% en hispanos.(27). A pesar de la alta prevalencia de melanoma acral en hispanos se ha demostrado que la frecuencia de presentación en todas las razas es la misma pero se observa en mayor proporción en pacientes de piel oscura ya que éstos presentan en menor cantidad los otros subtipos. (28)

Dentro de los melanomas acrales 22 casos (34.9%) fueron subungueales siendo más frecuentes en mujeres con una proporción hombre mujer de 1:1.7 y con una presentación equivalente tanto en uñas de mano como de pie con 11 casos respectivamente. En lo que existió una variación con respecto a lo reportado fue en la localización siendo el dedo índice el más afectado en mano a diferencia del dedo pulgar que es el que más se reporta.(20). En la uña del pie el primer dedo fue el que más se afectó como se reporta en la literatura.

De los 63 casos de melanoma acral lentiginoso 26 presentaron un patrón vertical sin embargo se clasificaron aquí ya que existía una lesión pigmentaria previa y no una lesión exofítica como para haberse clasificado en el melanoma de tipo nodular.

Otra diferencia fue en el léntigo maligno melanoma que se presentó en segundo lugar de frecuencia con 22.4% de casos mientras en las series realizadas por otros autores mexicanos se reporta en un 5-7% de los pacientes (16,31) Probablemente el aumento en este tipo de presentación es por la difusión que se ha dado en los últimos años por lo que los pacientes acuden al médico ante cualquier lesión hiperpigmentada en cara.

En tercer lugar se encontró al subtipo nodular con 17% de los casos, la mayoría de ellos localizados en extremidad superior. En las series mexicanas (16,17,18,31) este subtipo ha sido el que más predomina. Probablemente la alta frecuencia del subtipo nodular en las otras series mexicanas sea porque los centros de estudio son de concentración a los cuales generalmente los pacientes llegan en etapas muy avanzadas con crecimiento vertical y donde clínicamente es imposible determinar si se iniciaron con una lesión hiperpigmentada.

Este subtipo de melanoma fue el segundo en frecuencia en presentar ulceración antecedido por el acral lentiginoso. A pesar de existir casos con ulceración el nivel de Clark mas prevalente fue el tipo I y el Breslow $<0.76\text{mm}$ antecedido por los casos *in situ* lo que nos indica que la mayoría de nuestros pacientes fueron diagnosticados en fases tempranas.

CONCLUSION

Nuestro estudio muestra datos diferentes a los reportados en otras series mexicanas siendo las presentaciones más frecuentes el melanoma acral lentiginoso y el lentigo melanoma maligno. También existió una proporción mayor en el número de casos del sexo femenino a la reportada en la literatura.

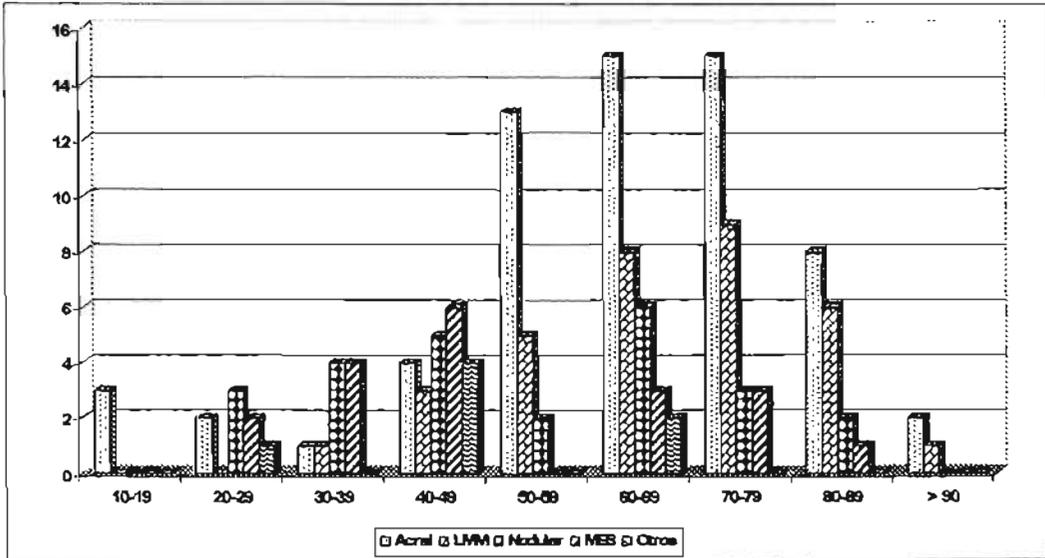
Debido a las diferencias en genotipo y fenotipo con respecto a los otros países que estudian melanoma es importante realizar estos estudios enfocados a nuestra población.

Al ser este el primer trabajo descriptivo de melanoma maligno cutáneo en nuestro hospital, permitirá establecer las bases para elaborar trabajos analíticos futuros.

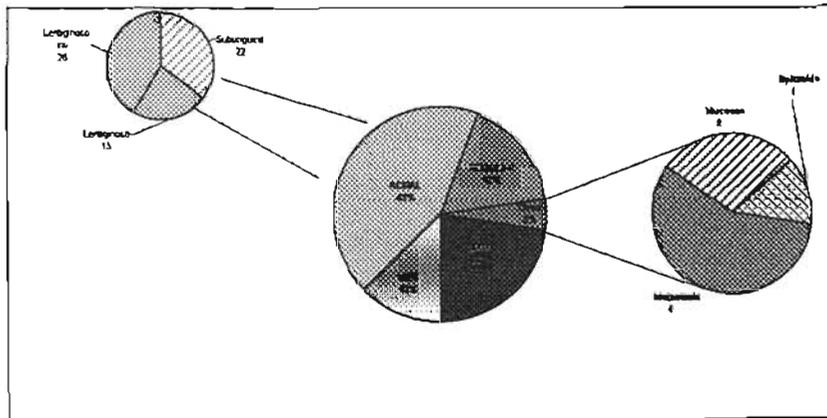
BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Secretaría de Salud/Dir. Gral de Epidemiología/ Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas 2001.
- 2.- NCI CancerNet Database.
- 3.- PAC-MG "Programa de Actualización Continua para el Dermatólogo" Libro 9 1era edición 2000.
- 4.- Donawho C y Wolf P . Sunburn, sunscreen, and melanoma. *Curr Opin Oncol.* 1996;8:159-66.
- 5.- Noonan F, Recio J, Takayama H et-al. Neonatal sunburn and melanoma in mice. *Nature.* 2001;413:271-2.
- 6.- Halachim S and Gilcherest Ba. Update on genetic events in the patogenesis of Melanoma. *Curr Opin Oncol.* 2001;13:129-36.
- 7.- Piepkorn M. Melanoma genetics: an update with focus on the CDKN2A (p16)/ARF tumor suppressors. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 42: 705-22
- 8.- Green MH, Clark WH, Tucker MA, et-al. The prospective diagnosis of malignant melanoma in a population at high risk: hereditary melanoma and the dysplastic nevus syndrome. *Ann Intern Med.* 1985;102:458-65.
- 9.- .- Kalter Dc, Goldberg LH, Rosen T. Darkly pigmented lesions in dark skinned patients. *J Dermatol Surg Oncol.* 1984;10:876-81.
- 10.- Rebat M Halder y Collet J Ara. Skin Cancer and Photoaging in ethnic skin. *Dermatol Clin* 21 (2003) 725-732.
- 11.- Pipitone M, Robinson JK, Camara C et al. Skin cancer awarennes in Suburban employees a hispanic perspective. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47:118-23.
- 12.- Feun LG, Raub WA, Duncan RC. Melanoma in a southeastern Hispanic Population. *Cancer Detect Prev* 1994;18:145-23.
- 13.- Bergfelt L, Newell GR, Sider JG et al. Incidence and anatomic distribution of Cutaneous melanoma among United States Hispanics. *J Surg Oncol* 1989;40. 222-6.
- 14.- Vázquez-Botet M, Latoni D, Sanchez JL. Malignant melanoma in Puerto Rico *Bol Assoc Med PR* 1990;128:251-3.
- 15.- Kazuyuki Ishihara, Toshiaki Saida, Akifunni Yammamoto. Update statistical data for malignant melanma in Japan. *Int J Clin Oncol* (2001)6: 109-116.

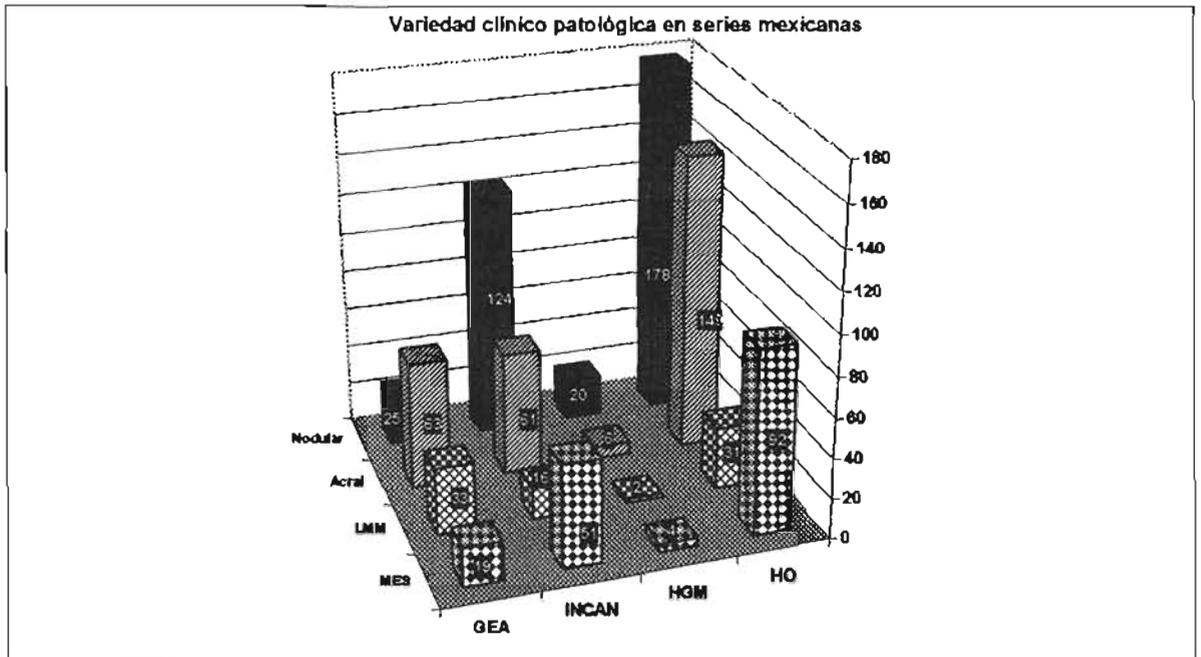
- 16.- Aleifrán Ruiz A, Escobar Alfaro G et al. Epidemiología del melanoma de piel en México. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 1998;44(4): 168-174
- 17.-Magaña García M. Melanoma Maligno: Aspectos Clínicos en la población Mexicana. *Dermatología* 1991;35:313.
- 18.- Rodríguez CS, Labastida AS et al. Aspectos epidemiológicos del melanoma en México. *Cir Cirujanos* 1994;61:64.
- 19.- Benova C y Sober A. Malanoma Incidente trenes. *Dermatol Clin* 20(2002)589-595.
- 20.- Spencer J. Nail-apparatus melanoma. *Lancet* 1999;353:84-85.
- 21.-Feibleman C, Stoll H, Maize J. Melanomas of the palm, sole, and nailbed: a clinicopathologic study. *Cancer* 1980;46:2492-2504.
- 22.- Hudson D, Krige J. Melanoma in black South Africans. *J Am Coll Surg* 1995;180:65-71
- 23.- Jimbow K, Takahashi H, Miura S et al. Biological behavior and natural course Of acral malignant melanoma. *Am J Dermatopathol* 1984; 6 (Suppl 1): 43-53.
- 24.-Kato T, Kumaaka N, Suetake T et al. Clinicopathological study of acral melanoma in situ in 44 Japanese patients. *Dermatology* 1996;193:192-7
- 25.-Takamatsu H, Obata M, Tomita Y. et al. Subungual melanoma: a clinicopathologic study of 19 Japanese cases. *Cancer* 1985;55:2725-31.
- 26.-Hudson D,Krige J, Stubbings H. Plantar melanoma:results of treatment in three Population groups. *Surgery* 1998;124:877-82.
- 27.- Vázquez M, Ramos F, Sanchez J. Melanomas of volar and subungual skin in Puertoricans: a clinicopathologic study. *J Am Acad Dermatol* 1984;10:39-45.
- 28.- Stevens N, Liff J, Weiss N. Plantar melanoma: is the incidence of melanoma of the sole of the foot really higher in blacks than whites?. *Int J Cancer* 1990;45:691-3.
- 29.-Peniche J, López-Sánchez M et al El melanoma maligno en la consulta dermatológica del Hospital General de México. *Rev Med Hosp. Gral* 1977;40(9):593-97
- 30.-Arellano I. Melanoma maligno. Estudio epidemiológico de 214 casos observados en el Hospital General de México en los años de 1975 a 1985. Tesis UNAM 1989.
- 31.-Montiel A,Herrera F et al. Melanom maligno. Estudio de 51 casos.*Cir Ciruj* 2000;68:114-119.



Grafica 1. Subtipos de melanoma por grupo de edad.



Grafica 2. Subtipos de Melanoma.



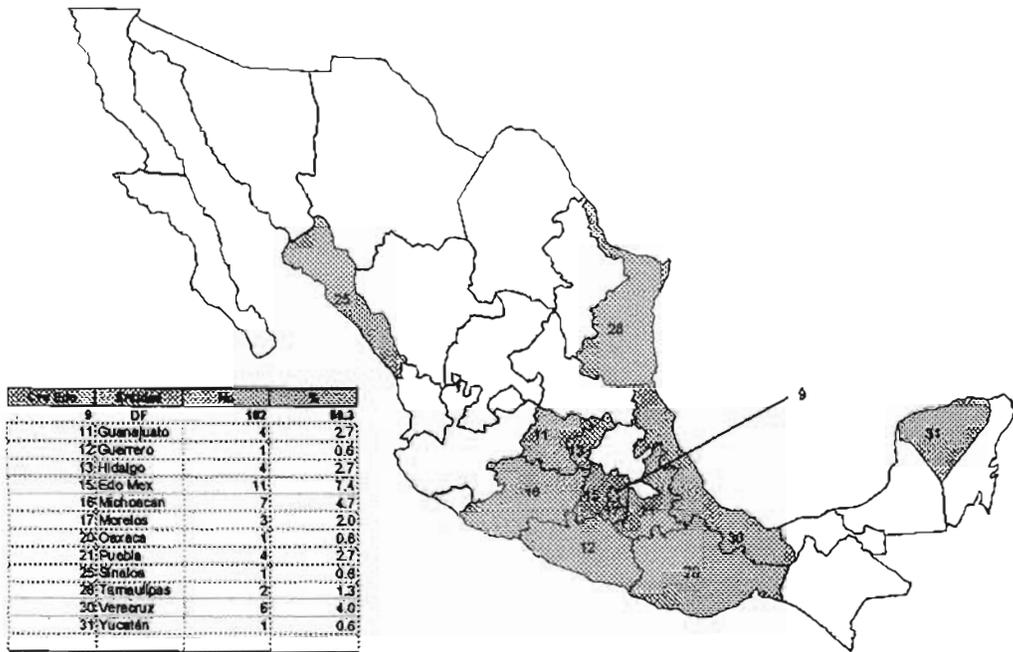
Grafica 3. Varieda Clinico Patológica en series mexicanas.

HO: Hospital de Oncología, Instituto Mexicano del Seguro Social.

HGM. Hospital General de México, Secretaría de Salud.

INCAN. Instituto Nacional de Cancerología, Secretaría de Salud.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**



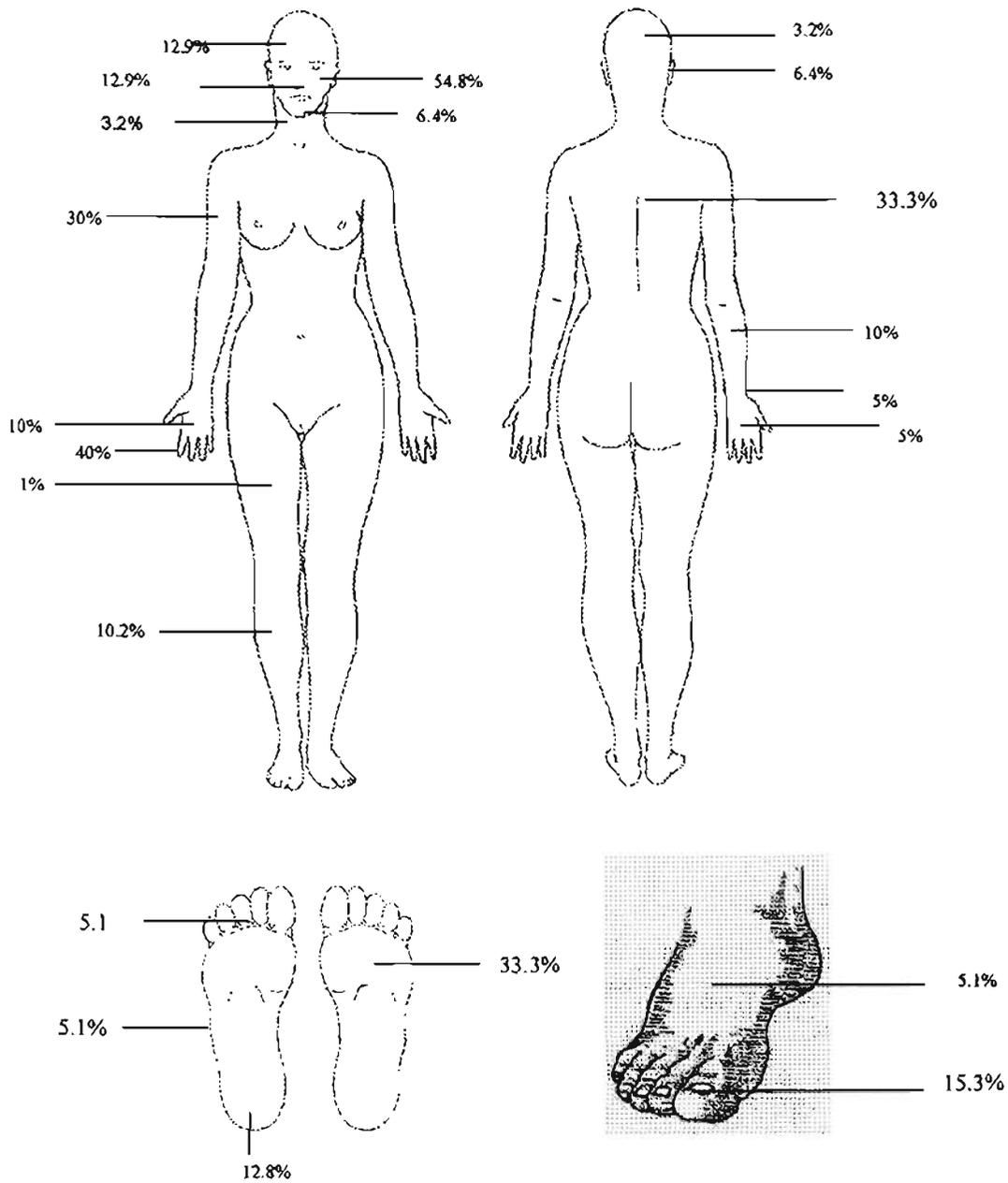


Figura 2 Distribución de los casos de melanoma maligno en el sexo femenino

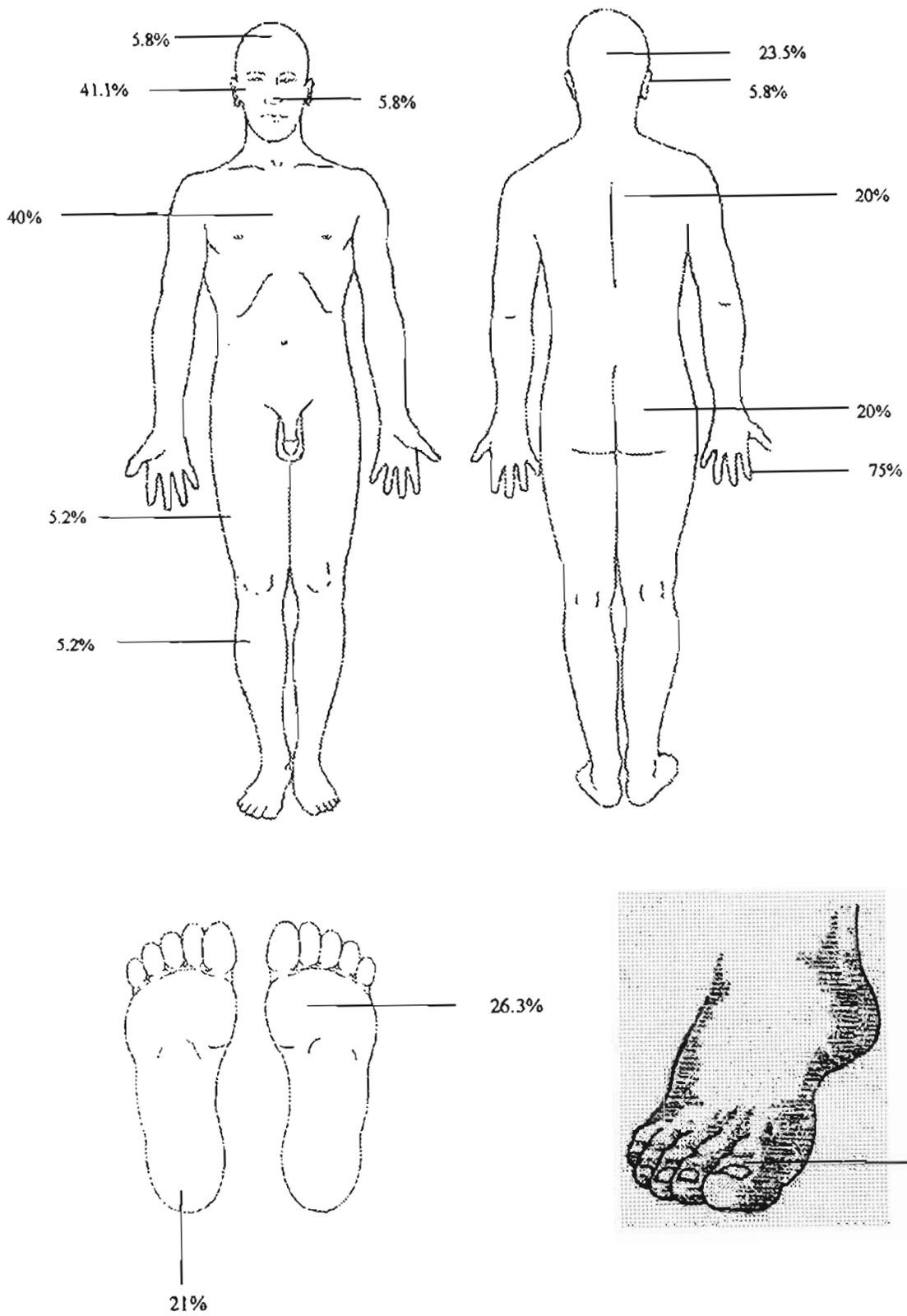


Figura 3. Distribución de los casos de melanoma en el sexo masculino.

Pies de Figura.

1. Región Geográfica de Procedencia.
2. Distribución de los casos de melanoma en el sexo femenino.
3. Distribución de los casos de melanoma en el sexo masculino.



Gaceta Médica de México

Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de México.A.C.



INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La revista *Gaceta Médica de México* es el Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina. Sus espacios están abiertos a los académicos como a todo miembro de la comunidad médica que manifieste interés por utilizar este foro para publicar sus trabajos, cumpliendo con las políticas editoriales que a continuación se mencionan.

Gaceta Médica de México se publica seis veces al año y recibe manuscritos originales que de ser aceptados por el Comité Editorial, no podrán ser publicados parcial o totalmente en otra parte, sin el consentimiento de *Gaceta Médica de México*. Todos los trabajos enviados deberán de apegarse a los formatos que se describen abajo, y serán sujetos a revisión por expertos y por el Comité Editorial para dictaminar su aceptación.

El propósito principal de *Gaceta Médica de México*, es publicar trabajos originales del amplio campo de la medicina, así como proporcionar información actualizada y relevante para el área de la salud nacional.

Con este propósito, *Gaceta Médica de México* considerará contribuciones en las siguientes secciones :

Editoriales
Artículos originales
Simposios
Artículos de revisión
Ejercicios Clínico Patológicos
Casos clínicos
Historia y filosofía de la medicina

Las imágenes en medicina
Biología molecular y medicina
Actualidades terapéuticas
Información epidemiológica
Comunicaciones breves
Bioética
El médico y la ley
Noticias y cartas al editor

Editoriales

Esta sección estará dedicada al análisis y la reflexión sobre los problemas de salud de la población, los distintos enfoques preventivos y terapéuticos, así como los avances logrados en el campo de la investigación biomédica.

Artículos originales

Los artículos originales deberán contener en la página frontal, el título conciso e informativo del trabajo; nombre y apellido(s) de cada autor; los departamentos institucionales en los cuales se realizó el trabajo, nombre y dirección actual del autor responsable de la correspondencia; nombre y dirección del autor a quien se solicitarán los reimpresos; en su caso, mencionar las fuentes del financiamiento de la investigación; y un título corto de no más de 40 caracteres (contando espacios y letras) y las palabras clave para facilitar la inclusión en índices internacionales.

Resumen en español

Se presentará en un máximo de 200 palabras, e indicará el propósito de la investigación, los procedimientos básicos (selección de la muestra, de los métodos analíticos y observacionales); principales hallazgos (datos concretos y en lo posible su significancia estadística), así como las conclusiones relevantes y la originalidad de la investigación.

Al final se anotarán 3 a 6 palabras clave, para facilitar la inclusión en índices internacionales. Se recomienda emplear los términos del *Medical Subject Headings del Index Medicus* más reciente.

Resumen en inglés

Será escrito en un máximo de 200 palabras con las mismas características que el resumen en español. Se iniciará con una versión del título del trabajo en el idioma inglés. También se señalarán de 3 a 6 palabras clave (key words). Se sugiere que este párrafo sea revisado por un traductor experimentado, a fin de garantizar la calidad del mismo.

Introducción

Deberá incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio en una redacción libre y continua debidamente sustentada en la bibliografía.

Material y métodos

Se señalarán claramente las características de la muestra, los métodos empleados con las referencias pertinentes, en tal forma que la lectura de este capítulo permita a otros investigadores, realizar estudios similares. Los métodos estadísticos empleados deberán señalarse claramente con la referencia correspondiente.

Resultados

Deberá incluir los hallazgos importantes del estudio, comparándolos con las figuras o gráficas estrictamente necesarias y que amplíen la información vertida en el texto.

Discusión

Deberán de contrastarse los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos e hipótesis planteados en el trabajo.

Referencias

Se presentarán de acuerdo con las indicaciones de la Reunión de Vancouver (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se proporcionan para publicación en revistas biomédicas. Bol Of Sanit Panam 1989; 107: 422-437). Se indicarán con números arábigos en forma consecutiva y en el orden en que aparecen por primera vez dentro del texto. Se referirán en el texto, cuadros y pies de figura con los números correspondientes.

En el caso de los artículos publicados en revistas periódicas aparecerán en la forma siguiente:

Somolinos-Palenca J. El exilio español y su aportación al estudio de la historia médica mexicana. *Gac Méd Méx* 1993;129:95-98.

Las referencias a libros tendrán el siguiente modelo:

Aréchiga H, Somolinos J. Contribuciones mexicanas a la medicina moderna. Fondo de Cultura Económica. México, 1994.

Las referencias a capítulos en libros aparecerán así:

Pasternak RC, Braunwald E. Acute myocardial infarction. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL (Eds.) McGraw-Hill Inc. 12a. Edición New York, 1994, pp 1066-1077.

Cuadros

Deberán presentarse a doble espacio, numerados en forma consecutiva con caracteres romanos en el orden citado dentro del texto, con los títulos en la parte superior y el significado de las abreviaturas, así como las notas explicativas al pie.

Figuras o gráficas

Deberán ser profesionales y fotografiados en papel adecuado de 127 x 173 mm. (5 x 7). El tamaño de las letras, números, símbolos, etc. deberán permitir una reducción sin que se pierda la nitidez.

Cada figura deberá estar marcada al reverso con lápiz blando para indicar su número, el apellido del primer autor, y con una flecha que señale la parte superior, para facilitar su correcta orientación.

Las fotografías de medio tono deberán ser de excelente calidad y contrastes adecuados, y se enviarán sin ser montadas. No se aceptarán copias en blanco y negro de folios en color. Sólo podrán aceptarse un máximo de seis fotografías por artículo. Para la publicación de ilustraciones a color, los autores deberán aceptar el costo que cotice la imprenta.

Los pies de figura aparecerán escritos a doble espacio, en hoja aparte, con numeración arábiga. Se explicará cualquier simbología y se mencionarán los métodos de tinción y/o la escala en las figuras que lo requieran.

Simposios

Se publicarán únicamente los simposios presentados en las sesiones de la Academia Nacional de Medicina. Serán enviados a la Gaceta por los Coordinadores, quienes se responsabilizarán de la calidad, presentación de los manuscritos y de su secuencia y estructura, incluyendo un resumen general en español y en inglés en la forma señalada antes. Cada contribución no excederá de 10 cuartillas y deberá apegarse a lo señalado en estas instrucciones a los autores.

Artículos de revisión

Será sobre un tema de actualidad y de relevancia médica, escrita por una autoridad en el área sobre la cual se realice el artículo, y deberá incluir bibliografía de sus contribuciones. Las secciones y subtítulos serán de acuerdo con el criterio del autor. Su extensión máxima será de 20 cuartillas

Las ilustraciones deberán ser las estrictamente necesarias, no siendo más de seis, la bibliografía deberá ser suficiente y adecuada y en la forma antes mencionada. Se recomienda que el número no sea menor de 50 citas para este tipo de artículos.

Ejercicios Clínico Patológicos

Esta sección tiene el propósito de contribuir al proceso de la educación médica continua. Los manuscritos deberán contener la exposición y discusión de un caso clínico relevante y su correlación con los hallazgos patológicos, imagenológicos o moleculares que fundamenten el diagnóstico final. En un máximo de 10 cuartillas se hará la presentación del caso, la historia clínica y los estudios de laboratorio, imagenología y registros eléctricos; la discusión clínica incluyendo el diagnóstico diferencial: la presentación de los hallazgos macroscópicos, microscópicos y en su caso, bacteriológicos y moleculares que fundamenten el diagnóstico final; la correlación clínico patológica y las referencias bibliográficas así como las lecturas recomendadas. Se podrán incluir un máximo de cinco ilustraciones (se requieren originales) que se refieran a los datos clínicos, imagenológicos, de laboratorio y a los resultados del estudio anatomopatológico.

Casos clínicos

Deberán constar de introducción, presentación del caso, discusión, ilustraciones y bibliografía, con una extensión máxima de 10 cuartillas.

Historia y filosofía de la medicina

En esta sección se incluirán los artículos relacionados con aspectos históricos, filosóficos, bases conceptuales y éticas de la medicina. Su estructura se dejará a criterio del autor, siguiendo los lineamientos citados para los manuscritos de Gaceta. La extensión máxima será de 20 cuartillas.

Las imágenes en medicina

Se trata de una sección de imágenes usadas en medicina diagnóstica como radiografías, tomografías, endoscopias, registros o microfotografías, cuya extensión máxima será de una cuartilla y media, con una o dos ilustraciones de excelente calidad. Se organizará en la siguiente forma: resumen de la historia clínica y breve descripción del diagnóstico de la imagen con una correlación clínica y un máximo de 5 citas bibliográficas.

Biología molecular y medicina

Se publicarán las actualidades más relevantes en el campo de la investigación biomédica referida en la literatura internacional y nacional con un comentario sobre su impacto en la práctica médica. Su extensión máxima será de cuatro cuartillas y se incluirán no más de cinco citas bibliográficas.

Actualidades terapéuticas

Se informará sobre los avances y descubrimientos terapéuticos más recientes aparecidos en la literatura nacional e internacional y su

aplicación en nuestro ámbito médico. La extensión máxima será de cuatro cuartillas y con un máximo de cinco referencias bibliográficas.

Información epidemiológica

Será una sección de información periódica sobre los registros epidemiológicos nacionales e internacionales, destacando su importancia, su comparación con estudios previos y sus tendencias proyectivas. La extensión máxima será de cuatro cuartillas.

Comunicaciones breves

Serán considerados en esta sección, los informes preliminares de estudios médicos y tendrán la estructura formal de un resumen como se explicó previamente. Se incluirán tres citas bibliográficas.

Bioética

Se plantearán los aspectos éticos del ejercicio profesional y aquellos relacionados con los avances de la investigación biomédica y sus aplicaciones preventivas y terapéuticas. Su extensión máxima será de cuatro cuartillas y cuatro referencias bibliográficas.

El médico y la ley

Esta sección estará dedicada a contribuciones tendientes a informar al médico de las disposiciones legales, riesgos y omisiones de la práctica profesional que puedan conducirla a enfrentar problemas legales. Su máxima extensión será de cuatro cuartillas y no más de cinco referencias bibliográficas.

Noticias y cartas al editor

Tendrán una extensión de una cuartilla y media como máximo.

Presentación del manuscrito

Los trabajos enviados deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores del trabajo, en la que se haga constar que éste no ha sido publicado con anterioridad, ni se ha enviado simultáneamente a otra revista. Los trabajos se aceptarán para su publicación, después de una revisión por expertos y por el Comité Editorial de la Gaceta. Las opiniones contenidas en el artículo, son responsabilidad de los autores.

Todos los artículos se presentarán en original y dos copias y se incluirán también tres juegos de los cuadros y de las figuras. En la hoja frontal deberá aparecer el título del trabajo, los nombres de los autores, los créditos institucionales, además de un título corto de no más de 40 caracteres. Deberán estar escritos correctamente en lengua española (castellano). El texto deberá estar escrito a máquina, a doble espacio, en hojas de papel blanco bond tamaño carta, con márgenes de cuando menos 25 mm. (1 pulgada), utilizando un solo lado de la hoja y comenzando en página nueva cada una de las secciones: página frontal con el título del trabajo, los nombres completos de los autores, los créditos institucionales y las palabras clave. Los resúmenes en español y en inglés, el texto, los reconocimientos y agradecimientos, las referencias, cuadros y pies de figuras serán en hojas por separado. Se numerarán las páginas en forma consecutiva comenzando con la página frontal, y se colocará el número en el extremo superior de cada página, con una buena calidad de impresión. En el caso de anexar el disquete, éste podrá ser en cualquier procesador de textos, compatible con IBM PC.

Los trabajos se deben enviar a:

Gaceta Médica de México

Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", Bloque "B" Av. Cuauhtémoc 330 1er. Piso, C.P. 06725 México, D.F. Tel. 5578-20-44, 5761-31-19 y 5588-35-09 Fax 5578-42-71 e-mail gacetamedica@axtel.net

Se extenderá acuse de recibo al autor y en tiempo oportuno se le comunicará el dictamen del Comité Editorial.

Todo material aceptado para publicación en Gaceta Médica de México, será propiedad de la revista, por lo que la reproducción total o parcial, deberá ser autorizada por la Gaceta.

12 de Septiembre del 2005

Dr. Alfredo Ulloa
Editor de Gaceta Médica de México
P R E S E N T E

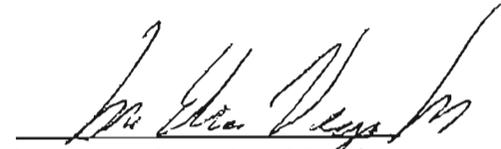
Por medio de la presente se informa que el artículo titulado “Características Clínicas e Histopatológicas de los casos de Melanoma Maligno del Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González”, no ha sido enviado a ninguna otra editorial y tampoco ha sido publicado previamente.

En caso de ser aceptado se seden los derechos a Gaceta Médica de México para los fines que convengan.

Agradeciendo su atención de antemano, un cordial saludo.



Dra. Marcia Karam Orantes



Dra. Maria Elisa Vega Melnije.



Dra. Judith Domínguez Cherit



Dra. Sonia Toussaint Caire