

CIRUGÍA PLÁSTICA

MELANOMA, ANÁLISIS ESTADÍSTICO, SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA EN EL HOSPITAL MÉXICO DURANTE ENERO 1999 HASTA DICIEMBRE DEL 2009

Jorge Badilla Mora*

SUMMARY

In recent years, has progressively increased the interest on malignant melanoma, a type of skin cancer very aggressive and potentially fatal. Epidemiological data concerning this tumor are alarming because its incidence is increasing in many countries, at an approximate rate of 5% per year. Currently, melanoma is the leading cause of death from skin cancer, accounting for 65-75% of them, and 1-2% of all cancer deaths. In Australia, malignant melanoma (MM) is one of the most common cancers. Recent studies have led to correlate multiple factors that predict the likelihood

of developing the disease, in patients already affected, the occurrence of metastatic disease and death. They have allowed the development of new systems of staging and treatment. Early detection of these tumors is vital to reduce mortality and may be achieved by simple inspection or examinations, as the gross appearance of the primary cutaneous tumor usually feature, allowing the diagnosis about 90% of them.

procedimientos para así tener una base de datos con la cual, en un futuro, se puedan agregar nuevos análisis, compararlos con los primeros casos y tratar de mejorar los resultados. El estudio se fundamentó en el análisis estadístico y comparativo de los casos con diagnóstico de egreso de Melanoma de piel, según el servicio de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, Hospital México, durante el período 1999 al 2009.

INTRODUCCIÓN

La importancia de este trabajo radica en obtener los primeros resultados de dichos

RESULTADOS

Un total de 46 pacientes cumplieron con los criterios de selección para el estudio, de

* Especialista Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital México
Palabras clave: Melanoma.

quienes 17 fueron excluidos debido a la falta del expediente médico en el Archivo del Hospital México, siendo estudiados un total de 29 pacientes con el diagnóstico de egreso de melanoma maligno.

- 2001, 14.8%(4)
- 2002 y 2006, 10.3%(3)
- 1999, 2004, 2005, 6.9%(2) cada uno
- 2007, 08, 09, 3.4%(1) cada uno
- 2000, 0%

De los pacientes estudiados, un

82.7% originó de nuevo con un tiempo medio de aparición de la lesión del 6.1 (rango: 1.0-18.0) meses, el 6.9% de los casos restante, de una lesión preexistente y el 10.3% se desconoce ya que no hay registro en el expediente clínico. Todos los pacientes correspondían a raza blanca sin documentarse el fenotipo de piel, según la clasificación de Fitzpatrick. La localización más frecuente fue en el pie donde se presentó en el 45%(13) de los casos estudiados, predominantemente, el derecho y en la región plantar. 5: mujeres y 8: hombres. Cuadro 2.

Ningún paciente presentó antecedentes heredo familiares de importancia.

Cuadro 1

Ocupación de los pacientes con criterios de selección con diagnósticos de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Ocupación	n	%
Oficios domésticos	11	38
Peón agrícola	8	27.6
Reportero	2	6.9
Misceláneo	3	10.35
Estudiante	1	3.45
Educador	1	3.45
Albañil	1	3.45
Administrador	2	6.9

De los 46 pacientes se evidenció que la media de edad fue de 59.1 (rango: 28.0-82.0) años, con distribución de 50.0% para ambos sexo, con residencia de 19 casos en la provincia de Alajuela, 14 de Heredia, 9 casos de San José y 4 de Guanacaste. La ocupación de estos casos fue de oficios domésticos en el 38% y de peón agrícola en el 27.6%. Cuadro 1.

De los 29 pacientes se evidenció que la media de edad fue de 57.6 años (rango: 21.0-89.0). Distribución por **género**, 51.7%(15) hombres y el 48.3%(14) mujeres.

Distribución por **año**:

- 2003, mayor incidencia, 34.5%(10)

Cuadro 2

Localización de la lesión en pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Localización	n	%
Pie	13	45
Pierna	2	6.9
Pre esternal	2	6.9
Subungueal	2	6.9
Espalda	1	3.45
Glúteo	1	3.45
Hombro	1	3.45
Mejilla	1	3.45
Muñeca	1	3.45
Retroauricular	1	3.45
Pezón	1	3.45
Tórax	1	3.45
Desconocido	2	6.9

Con respecto de los estudios preoperatorios se evidenció que la radiografía de tórax y las pruebas de laboratorio fueron las determinaciones más frecuentes que se realizaron en el 93.1% cada una, seguida del 62.1% del ultrasonido de abdomen, 20.7% de ultrasonido inguinal y la tomografía de tórax fue realizada en dos pacientes. Cuadro 3

Un 96.55% de los pacientes no evidenció compromiso de otros órganos ante los estudios preoperatorios. Solo un paciente presentó metástasis linfática regional, en un US inguinal.

Cuadro 3

Estudios preoperatorios realizados en pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Preoperatorio	n	%
Radiografía de tórax	27	93.1
Laboratorio	27	93.1
Ultrasonido de abdomen	18	62.1
Ultrasonido inguinal	6	20.7
TAC de tórax	2	6.9

La biopsia pre quirúrgica reportó como diagnóstico más frecuente la de melanoma maligno acral lentiginoso que se presentó en el 31.0% de los pacientes, seguido del melanoma maligno en el 27.5% y en el 10.3% del melanoma maligno nodular. Cuadro 4

Con respecto de los aspectos quirúrgicos relacionados al

Cuadro 4

Resultados de biopsia prequirúrgica en pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Biopsia prequirúrgica	n	%
Melanoma maligno acral lentiginoso	9	31.0
Melanoma maligno	8	27.5
Melanoma maligno nodular	3	10.3
Melanoma maligno extensión superficial	2	6.9
Sin biopsia pre quirúrgica	3	10.3
Melanoma léntigo maligno	1	3.4
Melanoma maligno intraepitelial	1	3.4
Melanoma maligno pagetoide	1	3.4
Nevo compuesto con displasia citológica	1	3.4

fue de 2 cm en el 33.3% de los pacientes y en el 19.0% para resecciones de 1.0 cm y de 1.5 cm cada uno. La reconstrucción más frecuente fue la de injerto cutáneo de espesor parcial que se documentó en el 31.0% de los casos y de colgajo cutáneo local en el 27.6%. Cuadro 5

A ningún paciente se estudió por medio de ganglio centinela durante el transoperatorio.

Según el diagnóstico histopatológico de las biopsias excisionales estudiadas, evidenciaron ser melanoma maligno de extensión superficial en el 34.5% y en el 31.0% clasificados como melanoma maligno acral lentiginoso. En 3 de los pacientes la clasificación del Clark del melanoma no fue registrada, se reportó como “melanoma”. Cuadro 6

melanoma, el 82.75% fue sometido a biopsia excisional, un 17.24% a amputación y linfadenectomía inguinal. De los resultados de la biopsia quirúrgica (excisional o terapéutica) se evidenció ante la valoración macroscópica que el tamaño de medio de la lesión, según el cirujano, fue de 1.8 (rango: 1.0-3.0) cm de ancho y de 1.6 (rango: 0.4-3.0) cm de largo. El margen de resección quirúrgico

Cuadro 5

Aspecto quirúrgicos en pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Aspectos quirúrgicos	n	%
Procedimiento quirúrgico		
Biopsia excisional	24	82.75
Amputación 3, pie: 1er orjejo (1) 3, 4 y 5to orjejo (2) 2, mano: 2do dedo (2)	5	17.24
Linfadenectomía inguinal	1	3.4
Márgenes de resección quirúrgico* (cm)		
1.0	4	13.8
1.5	4	13.8
2.0	7	24.13
3.0	1	3.44
Sin descripción	13	44.8
Reconstrucción		
Injerto cutáneo espesor parcial	11	38.0
Colgajo cutáneo local	8	27.6
Cierre primario	3	10.3
Injerto cutáneo espesor total	1	3.4
Colgajo sural	1	3.4
(Amputación)	5	17.2)

* Denominador: Paciente sometidos a biopsia excisional

Cuadro 6

Diagnóstico histopatológico de la biopsia excisional en pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Diagnóstico histopatológico	n	%
Melanoma maligno extensión superficial	10	34.5
Melanoma maligno acral lentiginoso	9	31.0
Melanoma maligno nodular	4	13.8
Melanoma intraepitelial tipo lentigo maligno	3	10.3
Desconocido	3	10.3

Según el diagnóstico histopatológico de las biopsias excisionales estudiadas, evidenciaron ser melanoma maligno de extensión superficial en el 34.5% y en el 31.0% clasificados como melanoma maligno acral lentiginoso. En 3 de los pacientes la clasificación del Clark del melanoma no fue registrada, se reportó como “melanoma”. Cuadro 6

De los hallazgos patológicos se evidenció que la clasificación de Clark más frecuente fue el tipo II que se presentó en el 31.0% de los pacientes, con una clasificación, según la medición de la profundidad, según el índice de Breslow, de la lesión de 4.1 mm o más en el 24.1% y menor a 0.75 mm en el 34.5% de los casos. La medición de la profundidad no fue reportada en 5 casos estudiados. Cuadro 7

La mitosis atípica se reportó en 5 pacientes con una media de 6.0 (rango: 2.0-10.0) mitosis atípicas contabilizadas. No presentaron invasión angiolinfática, perineural, ni la presencia de satelitosis, en 74.4%(21). No se reportó invasión por parte del patólogo en el, 27.6%(8) de los pacientes.

La presencia de ulceración estuvo presente en cuatro casos y los márgenes positivos en dos de los casos estudiados.

Cuadro 7

Nivel de Clark e índice de Breslow pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Hallazgos Patológicos	n	%
Nivel de Clark		
I	7	24.14
II	9	31.0
III	2	6.9
IV	4	13.8
V	2	6.9
No se determinó	5	17.24
Breslow (mm)		
<0.75	10	34.5
0.76 a 1.50	4	13.8
1.51 a 4.0	3	10.3
4.01 o más	7	24.1
No se reportó	5	17.24

Márgenes:

- Negativos: 76%(22)
- Positivos: 6.9%(2)
- No reportado: 17.24%(5)

patológico en el momento del diagnóstico se evidenció que el 17.2% fue melanoma in situ, para el estadio Ia, el 24.14% y Ib, el 10.3%. Con respecto a estadios

En relación con el estadio más avanzados la presencia de

Cuadro 8

Estadio patológico en pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Estadio patológico	n	%
0	5	17.2
Ia	7	24.14
Ib	3	10.3
Ila	2	6.9
Ilb	3	10.3
Ilc	3	10.3
IIIc	1	3.4
No se reportó	5	17.2

pacientes en estadio IIIc fue del 3.4%. Un 17.2% no reportó un estadio patológico. Cuadro 8

Las complicaciones asociadas a la cirugía se presentaron en 6 pacientes evaluados (20.7%). La complicación más importante fue la sepsis de la herida que se presentó en 4 de los pacientes y la pérdida del injerto y necrosis del colgajo se presentaron en un paciente cada condición. Cuadro 9

La reintervención durante el primer internamiento fue requerida en 3 pacientes (10.3%) quienes se les realizó ampliación de los márgenes (residual) en 2 de los casos y uno ameritó adicionalmente un injerto cutáneo. En el otro paciente se realizó un reinjerto cutáneo.

El periodo medio de seguimiento fue de 4.4 (rango: 2.0- 9.0) años, siendo el servicio con mayor número de pacientes en seguimiento el de Cirugía Reconstructiva con un 82.8% de los caso, medicina oncológica en el 72.4% y dermatología en el 20.7%. Cuadro 10. Intervalo de tiempo durante el primer año tuvo una media de cada 4 meses y en el segundo año una media de cada 8 meses. Para el tercer año y siguientes años fue de cada 12 meses.

Cuadro 9

Complicaciones asociadas en pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Tipo de complicaciones	n	%
Sepsis de la herida	4	66.7
Pérdida del injerto	1	16.7
Necrosis del colgajo	1	16.7

Cuadro 10

Servicios de seguimiento de pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Tipo de complicaciones	n	%
Cirugía Reconstructiva	24	82.8
Medicina Oncológica	21	72.4
Dermatología	6	20.7
Cirugía general	5	17.2
Desconocido	5	17.2

Cuadro 11

Exámenes de seguimiento de pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Exámenes de seguimiento	n	%
Examen físico	24	82.8
Radiografía de tórax	18	62.1
Laboratorio	17	58.6
Ultrasonido abdomen	16	55.2
TAC	9	31.0
Ultrasonido inguinal	6	20.7
SOM	2	6.9
MMG	1	3.4
Ultrasonido axilar	1	3.4
Ultrasonido cuello	1	3.4
Ultrasonido de mama	1	3.4
Desconocido	5	17.2

De los exámenes realizados durante el seguimiento se evidenció que el examen físico y la radiografía de tórax fueron las determinaciones que se realizaron en el 82.8% y 62.1 % de los casos, respectivamente. Las pruebas de laboratorio se realizaron en el 58.6% de los casos y el ultrasonido de abdomen en el 55.2%. Cuadro 11

Con respecto de indicación de tratamiento adyuvante éste fue requerido en uno de los casos (3.4%). El tipo de tratamiento adyuvante utilizado fue el interferón alfa 2b. Cuadro 12

A evaluar la presencia de “recidiva o recurrencia” local, la misma se presentó en un caso (3.4%) a los 8 años de seguimiento. El tratamiento quirúrgico secundario realizado fue, cirugía excisional. El 96.55% de los pacientes no documentaron recidiva local.

La presencia de metástasis linfática regional, se evidenció que las misma se encontraron en 6 pacientes (21.42%) con un tiempo medio de presentación de 2.2 (rango: 0.2-4.0) años o 26 meses. Cuadro 13

Un total de 7 casos (24.1%) fueron los reingresos reportados, de los cuales 85.7% fueron debidos a la presencia de metástasis linfática regional y recurrencia local tardía, un caso debido al melanoma

Cuadro 12

Tipo de tratamiento adyuvante en pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Tipo de tratamiento adyuvante	N	%
Interferon alfa 2b	1	100.0

Cuadro 13

Tipo de metástasis en pacientes con diagnóstico de egreso de melanoma maligno. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Hospital México, 1999-2009.

Tipo de metástasis	n	%
Regional: ganglionar	4	57.1 (Clark, IV, V.. II)
Regional: ganglionar + A distancia (hígado, retroperitoneo y pulmón)	2	28.6 (Clark II y IV)
Local	1	14.3 (Clark II)

maligno acral lentiginoso. El tratamiento quirúrgico secundario realizado fue de linfadenectomía para los casos reingresados debido a metástasis, las cuales tres fueron inguinales, dos axilares y una cervical y el caso ingresado por melanoma maligno acral lentiginoso cirugía excisional. Dos pacientes presentaron metástasis a distancia (hígado y pulmón), con un tiempo de aparición de 36 meses, posterior a la metástasis regional linfática. Por lo que se les indicó tratamiento paliativo, y recibieron radioterapia y quimioterapia.

La sobrevida estimada, según el periodo de seguimiento en el expediente clínico fue:

- Ia, Ib, IIa, IIb, IIc y no reportados: 100%/ 5 años
- IIIc: 100%/ 2 años

RESUMEN

En los últimos años, se ha incrementado progresivamente el interés sobre el melanoma maligno, un tipo de cáncer cutáneo muy agresivo y potencialmente fatal. Los datos epidemiológicos referentes a este tumor son alarmantes, ya que su incidencia va en aumento en un gran número de países, a un ritmo aproximado de 5% al año. En la actualidad, el melanoma es la principal causa de muerte por cáncer cutáneo, siendo responsable del 65-75% de ellas, así como del 1-2% de todas las muertes por cáncer. En Australia, el melanoma maligno (MM) es uno de los cánceres más frecuentes. Estudios recientes han permitido correlacionar múltiples factores que predicen

la probabilidad de desarrollo de la enfermedad y, en los pacientes ya afectados, la aparición de enfermedad metastásica y muerte. Asimismo, han permitido la elaboración de nuevos sistemas de estadificación y de tratamiento. La detección precoz de estos tumores es de importancia vital para reducir su mortalidad y puede conseguirse mediante simple inspección o exploración física, ya que la apariencia macroscópica del tumor cutáneo primario suele ser característica, permitiendo diagnosticar alrededor del 90% de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Cancer Society. Cancer facts and figures. New York: American Cancer Society, Inc.; 2002.
2. Armstrong BK, Kricker A. How much melanoma is caused by sun exposure? *Melanoma Res* 1993; 3:395-401.
3. Ascierto PA, Satriano RA, Palmieri G, et al. Epiluminescence microscopy as a useful approach in the early diagnosis of cutaneous malignant melanoma. *Melanoma Res* 1998; 8:529-37.
4. Bataille V, Bishop JA, Sasieni P, et al. Risks of cutaneous melanoma in relation to the numbers, types, and sites of naevi: a case-control study. *Br J Cancer* 1996; 73: 1605-11.
5. Berking C, Takemoto R, Satyamoorthy K, et al. Basic fibroblast growth factor and ultraviolet B transform melanocytes in human skin. *Am J Pathol* 2001; 158:943-53.
6. Burton RC. Malignant melanoma in the year 2000. *CA Cancer J Clin* 2000; 50:209-13.
7. Castilla EE, de Gracia M, Orioli-Parreiras IM. Epidemiology of congenital pigmented naevi. Naevi. I. Incidence rates and relative frequencies. *Br J Dermatol* 1981; 104:307-15.

8. Ceballos PI, Ruiz-Maldonado R, Mihm MC. Melanoma in children. *N Engl J Med* 1995; 332:656–62.
9. Chuang TY, Charles J, Reizner GT, et al. melanoma in Kauai, Hawaii, 1981–1900: the significance of in situ melanoma and the incidence trend. *Int J Dermatol* 1999; 38: 101–7.
10. Clark WH Jr, Elder DE, Guery D, IV, et al. Model predicting survival in stage I melanoma based on tumor progression. *J Natl Cancer Inst* 1989; 81: 1893–904.
11. deRooij MJ, Rampen FH, Schouten LF, et al. Skin cancer screening focusing on melanoma yields more selective attendance. *Arch Dermatol* 1995; 131: 422–5.
12. English DR, Armstrong BK, Kricker A, et al. Sunlight and cancer. *Cancer Causes Control* 1997; 8: 271–83.
13. Swetter SM. Malignant melanoma. *eMedicine Journal* [serial online] 2002. Available at: <http://www.emedicine.com/derm/topic257.htm>.
14. www.NCCN.org
15. www.cancerstaging.org