

**MELANOMAS CUTANEOS**  
**CLASIFICACION CLINICO-HISTOLOGICA Y ESTUDIO**  
**ESTADISTICO**  
**GLOBAL Y DISCRIMINATIVO EN 100 CASOS\***

**PROF. DAVID GRINSPAN y DR. JORGE ABULAFIA**

Las dificultades para establecer un pronóstico de los melanomas malignos infiltrantes pueden allanarse si se realiza un diagnóstico del tipo clínico-histológico del melanoma, según nazca inicialmente sobre piel sana, sobre un lentigo maligno o sobre un nevo. También en esa forma se hallarán diferencias clínicas en lo que respecta a edad, sexo, localizaciones, adenopatías, supervivencia, etc.

Se sabe que los melanomas malignos pueden tener diferente y sorpresiva evolución. Dicho comportamiento parece indicar que el conjunto de los melanomas cutáneos no constituye un grupo biológicamente homogéneo.



Dr. Jorge Abulafia

---

\* Trabajo realizado en el Centro Municipal de Blastomas de Piel y Boca. Hospital Rawson, Buenos Aires, Argentina. Jefe: Prof. David Grinspan.

Nosotros creemos que la manera de iniciación de los melanomas cutáneos, constituye un hecho importante que permite clasificarlos en subgrupos que llamaremos "variedades clínico-histológicas de los melanomas". Cada variedad de melanoma tiene caracteres clínico-histológicos que estarían en relación con una diferente evolución y pronóstico.

En la casuística de 100 casos que presentamos, se realiza primero un estudio estadístico global que incluye todos los melanomas cualquiera que fuese su origen, y posteriormente, un análisis de los mismos datos según la "variedad clínico-histológica de los melanomas". De dicho estudio estadístico comparativo, global y discriminativo según variedades de melanomas cutáneos, surgen diferencias significativas. Se analizarán el sexo, edad de aparición, localización, adenopatías metastásicas, evolución, supervivencia y muerte.

Con la ayuda de nuestro Servicio Social se han podido hacer controles periódicos sobre la mayoría de los casos. Solo 5 de los 100 melanomas que presentamos escaparon al control. Aunque la cantidad de enfermos estudiados no sea estadísticamente una cifra significativa, hemos creído que esta información puede ser de utilidad para el mejor conocimiento de los melanomas. Nuestros enfermos con melanomas superan algo el centenar, pero para facilitar el manejo estadístico hemos preferido referirnos a los primeros 100 casos, todos con su comprobación histológica y que hemos seguido personalmente.

## I) VARIEDADES CLINICO-HISTOLOGICAS DE LOS MELANOMAS

Los melanomas cutáneos pueden originarse: A) Sobre piel normal, bajo dos maneras: 1) Melanoma *in situ* o intraepidérmico en su primer estadio (lentigo maligno de Hutchinson o melanosis precancerosa de Dubreuilh), y 2) Melanomas inicialmente infiltrantes; B ) Melanomas desarrollados sobre determinados nevos (melanocíticos), que también pueden manifestarse: como 3) Melanomas *in situ* o intraepidérmicos, a veces con mínima infiltración dérmica superficial (melanoma superficial de Allen), o como 4) melanomas inicialmente infiltrantes; C) Melanomas originados sobre piel distrófica (xeroderma pigmentoso) 5) y D) Melanomas desarrollados sobre un tumor acantomatoso; 6) El melanoacantoma atípico.

A) 1.) *El Lentigo Maligno de Hutchinson o Melanosis Precan-*

*cerosa de Dubreuilh* (Figs. 1 y 2) se manifiesta clínicamente como una mancha pardo oscura, post-puberal, de crecimiento extensivo, insular o a veces serpiginosa que se desarrolla sobre piel normal. En sectores muy circunscriptos de la mancha, después de varios años y hasta treinta años en algún caso, se desarrolla generalmente un pequeño tumor papuloide, habitualmente hemisférico y a veces ulceroso o ulcerovegetante, con caracteres histopatológicos de un melanoma infiltrante. Dichos tumores pueden recidivar o aparecer en otros sectores de la mancha, cuando ésta no ha sido destruida. En la mancha melánica un examen histopatológico puede demostrar una simple hiperplasia de melanocitos en la capa basal o una franca actividad "junctional" (formación de teclas típicas o atípicas) con intensa reacción inflamatoria dérmica, es decir, lesiones de un melanoma *in situ* o intraepidérmico (Figs. 3 y 4).



Figura 1. Lentigo maligno de Hutchinson. Típica localización y aspecto. Mancha melánica (Melanoma *in situ*) y tumor ulcerado (Melanoma infiltrante).

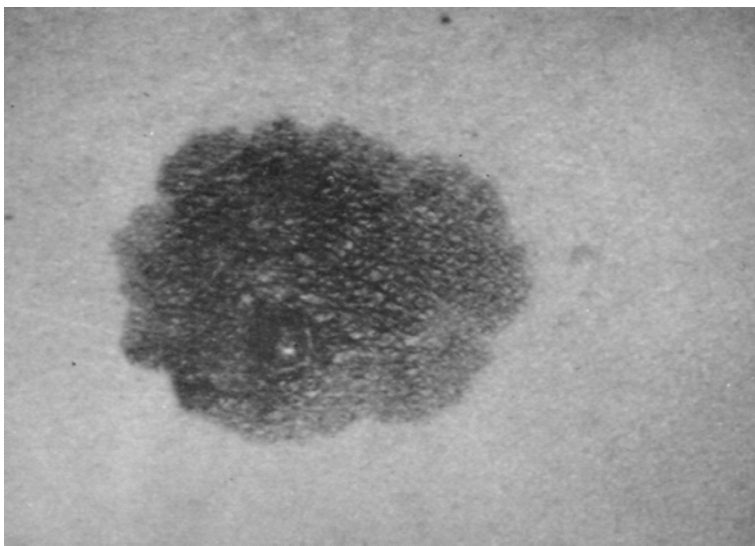


Figura 2. Localización dorsal de un lentigo maligno de Hutchinson con un tumor infiltrante.

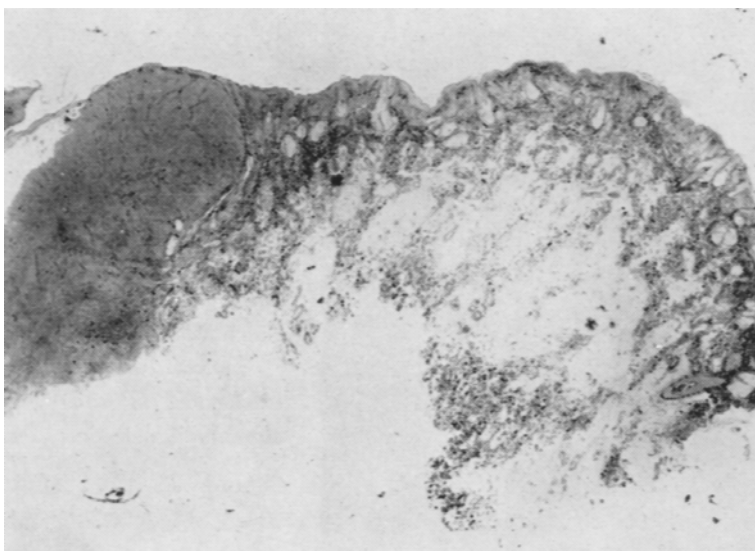


Figura 3. Lentigo maligno de Hutchinson. Vista panorámica de una lesión total, con un tumor infiltrante (lado izquierdo). Intensos fenómenos degenerativos actínicos de las fibras elásticas (hematoxilina-eosina).

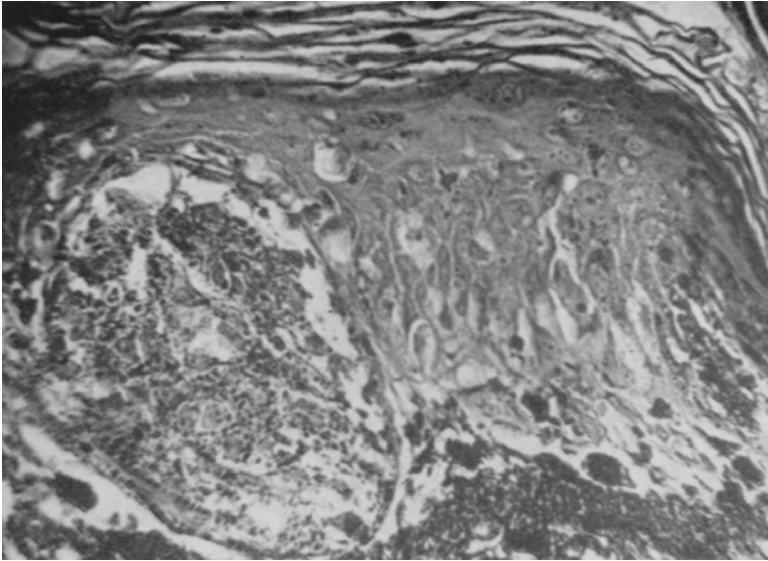


Figura 4. Lentigo maligno de Hutchinson. Sector de la mancha con presencia de tecas de melanocitos y emigración de algunos de ellos hacia la superficie. Intensa elastoidosis actínica solar (fucsina-paraaldehído de Gomori).

2) *Los melanomas pueden nacer también sobre piel normal y ser inicialmente in filtrantes.* Predomina por lo general la creencia que todos los melanomas surgen sobre nevos. Nosotros creemos que los melanocitos de una piel normal pueden también sufrir una transformación maligna y generar melanomas. De ahí que no sea correcto emplear siempre el término nevocarcinoma como sinónimo de melanoma maligno.

Debemos aclarar que algunas veces nevos clínicamente mínimos o ubicados en sitios de difícil visualización podrían pasar desapercibidos.

De todos modos, en estos casos la lesión suele iniciarse como una mancha pigmentaria, que aparece después de la pubertad y que en un período muy corto de tiempo se eleva para dar origen a un tumor oscuro (Fig. 3), negruzco o una ulceración de igual color y originar una lesión ulcerovegetante en su centro (Figs. 5 y 6). En rarísimos casos la lesión es papilomatosa, amelanótica. Los llamados "panadizo melanótico" y "uña negra" pertenecerían a esta variedad

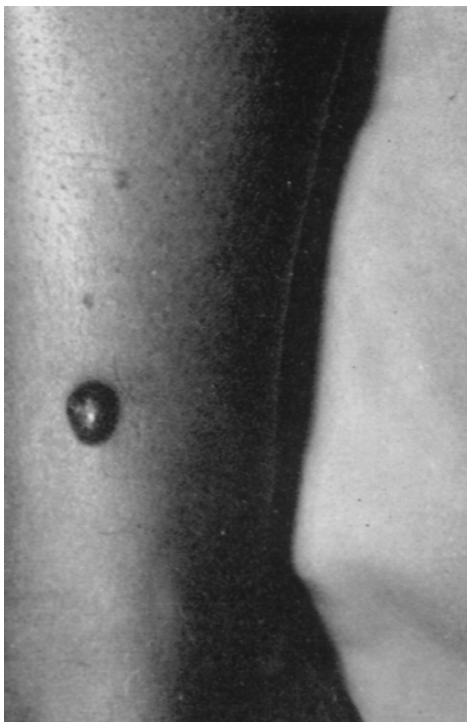


Figura 5. Melanoma sobre piel normal. Tumor hemisférico de color negro sin orificios foliculares ni pelos.



Figura 6. Melanoma sobre piel normal. Ulceración y mancha negruzca característica del melanoma.

clínico-histológica. La histología demuestra una intensa proliferación melanocítica atípica intraepidérmica, con emigración intensa de elementos hacia la superficie y desintegración del epitelio y un crecimiento hacia la profundidad dérmica; las células neoplásicas suelen ser más voluminosas y mostrar mayor actividad mitótica que en el melanoma surgido en un lentigo maligno (Figs. 7 y 8).

B) *Algunas variedades de nevos (melanocíticos)* pueden sufrir una transformación maligna y originar melanomas (Figs. 9 y 10). Esos nevos son:

a) El *lentigo juvenil o lentigine*, que se presenta clínicamente como una mácula oscura, generalmente lenticular, en cuya histología se observa una discretísima acantosis de las crestas interpapilares epidérmicas, con hiperplasia de melanocitos en la capa basal e intensa sobrecarga de pigmento melánico; no hay reacción inflamatoria de importancia. Aparecen casi siempre antes de la pubertad.

b) El *nevo "juntural, o nevo de unión o nevo "junction"*, que muestra una morfología similar al de los lentigos juveniles, aunque

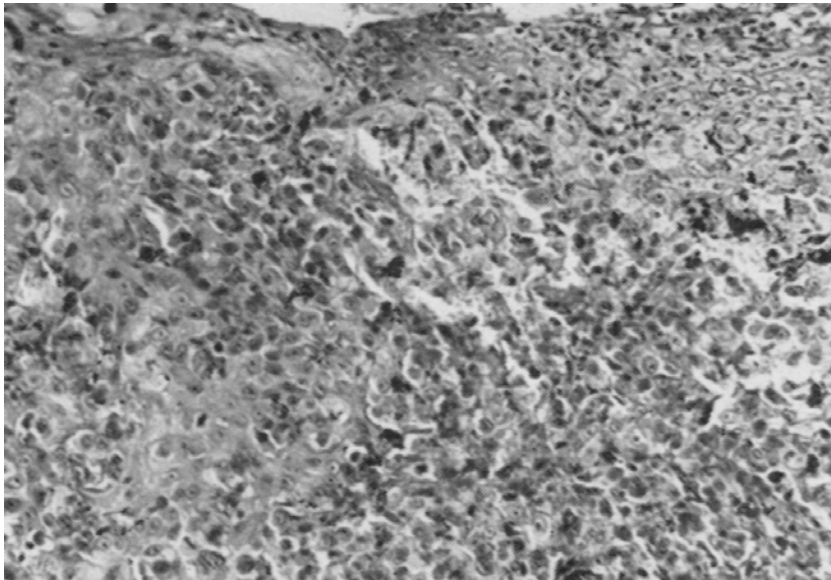


Figura 7. Melanoma sobre piel normal, "inicialmente infiltrante". Epidermis con tendencia a desintegrarse por la proliferación melanocítica intraepidérmica (a la izquierda), con un sector ulceroso (mitad derecha). (Hematoxilina-eosina)

su tamaño puede ser mayor, presenta una discreta elevación de la superficie (lentigos elevados) y a veces una pigmentación moteada puntiforme irregular; suelen carecer de pelos y orificios foliculares. En la histología se ven teclas de melanocitos intraepidérmicos (actividad "junctional"), con caracteres típicos; a veces melanófagos dérmicos y escasos linfocitos perivasculares dérmicos.

Nevo "junction" no es sinónimo de melanoma maligno *in situ*, porque la actividad "junctional" (formación de teclas melanocíticas intramalpighianas) puede observarse como mecanismo displásico en los nevos o como expresión de una neoplasia maligna en los melanomas (Abulafia). Lo que caracteriza a un melanoma *in situ* además de la proliferación de melanocitos intraepidérmicos con o sin formación de tetas, sean estas típicas o atípicas, es la intensa reacción inflamatoria dérmica que acompaña a aquellas manifestaciones y que el nevo "junction" común no tiene.

El nevo "junctional" debe diferenciarse del melanoma superficial de Allen que presenta, además de la actividad "junctional", migración de melanocitos aislados hacia los estratos superiores de la epi-



Figura 8. Melanoma sobre piel normal, "inicialmente infiltrante". Sector de la figura 7 que muestra epidermis disgregada por una proliferación intraepidérmica de melanocitos atípicos (Hematoxilina-Eosina).



dermis y puede mostrar escasos regueros de melanocitos atípicos en la dermis papilar todo con intensa reacción inflamatoria dérmica.

c) El nevo celular compuesto está constituido por un nevo "junction" en la superficie (epidermis con actividad juntional) y por células névicas en la dermis.

d) El nevo celular intradérmico está constituido por una epidermis con caracteres de un lentigo juvenil (pigmentario) o sin sobrecarga de pigmento melánico (acrómico) que se superpone a una dermis con células névicas que son melanocitos displásicos (con melanomas esféricos).

Estas cuatro variedades de nevos pigmentarios que hemos enumerado pueden generar melanomas, por proliferación y transformación maligna de los melanocitos epidérmicos y no por transformación maligna de las células névicas que tienen escaso o nulo potencial ma-

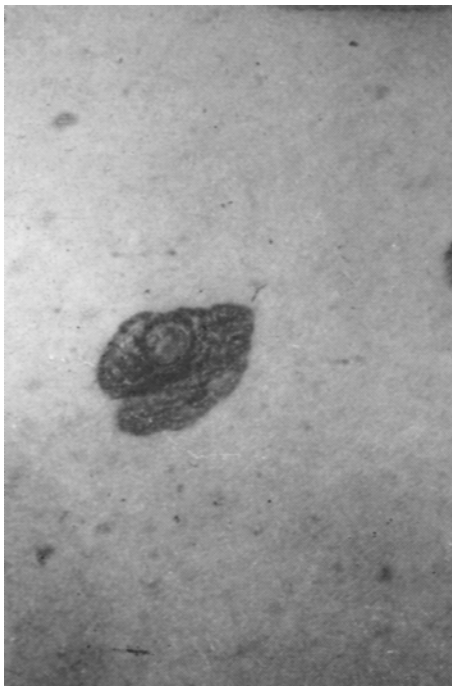


Figura 9. Melanoma desarrollado sobre un nevo. Puede observarse, al lado de un nevo verrugoso histológicamente de tipo celular compuesto, el desarrollo de un melanoma infiltrante.

ligno. De ello surge el criterio importante que en estos nevos melanocíticos la epidermis es el punto de partida de los melanomas malignos y que un estudio adecuado de los planos superficiales en un nevo, puede permitir el descubrimiento de un melanoma incipiente.

e) Los *nevos melanocíticos dérmicos*, tales como el nevo azul (Jadassohn-Tieche); el nevo azul celular; el nevo de Ota y el nevo de Ito, excepcionalmente puedan sufrir una transformación maligna. La mancha mongólica en su localización sacra, nunca ha generado melanomas malignos.

Los *restantes nevos pigmentarios*, sin hiperplasia de melanocitos (no melanocíticos) pero con aumento de pigmento melánico en la capa basal epidérmica, tales como la efélide, el nevo pigmentario plano (manchas circunscriptas o regionales con contorno geográfico) y la mancha hepática, no son lesiones preneoplásicas.



Figura 10. Melanoma sobre nevo. Sobre un nevo preexistente se ha desarrollado un melanoma infiltrante.

En general, se interpreta como melanoma surgido sobre un nevo melanocítico a aquellas lesiones en las que la anamnesis comprueba tal circunstancia, ya que muchas veces ni el control histológico puede revelar la persistencia del nevo. Esta desaparición del nevo preexistente suele deberse a que toda la superficie epidérmica del nevo sufre simultáneamente la transformación maligna.

Los nevos melanocíticos epidérmicos pueden generar dos variantes de melanomas con destino potencial maligno, según el tiempo que tarde la proliferación melanocítica intraepidérmica típica, en invadir la dermis subyacente: el melanoma *in situ* (o intraepidérmico) y el melanoma "inicialmente infiltrante".

3) El melanoma "in situ" (o intraepidérmico en su primer estadio) desarrollado sobre un nevo melanocítico epidérmico es denominado también nevo "junction" activado o melanoma superficial (Allen). Se manifiesta clínicamente como una mancha elevada, pardo oscura, desarrollada según el paciente sobre un nevo pigmentario, generalmente congénito o prepuberal (Fig. 11). Dicha lesión tiene escaso o nulo crecimiento extensivo. En algunos casos muestra un sector ocupado por un pequeño tumor papuloide y el conjunto gene-

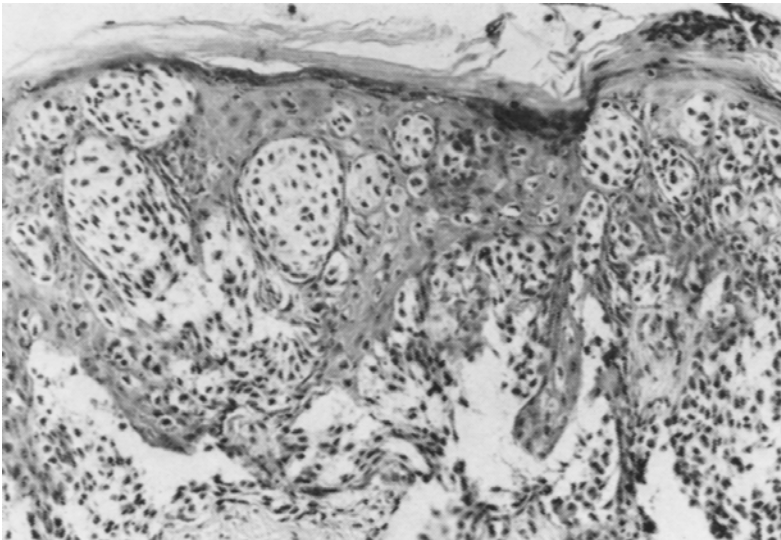


Figura 11. Melanoma *in situ* desarrollado sobre un nevo. Epidermis invadida por numerosas teclas de melanocitos atípicos, con infiltrados inflamatorios dérmicos (Hematoxilina Eosina)

ral de la lesión recuerda la imagen clínica de un lentigo maligno de Hutchinson. Según Allen, estas lesiones darían generalización ( 15%) con una frecuencia similar a la del lentigo maligno de Hutchinson (17%). La mancha suele mostrar una hiperplasia de melanocitos generalmente atípicos, hipertróficos, aislados o en tecas intraepidérmicas, que abandonan la capa basal y emigran hacia los planos superficiales epidérmicos. La dermis subyacente vecina reacciona con una reacción inflamatoria. Cuando existe un tumor agregado, éste ya presenta los caracteres de un melanoma ínfiltante, que ha invadido ampliamente los planos dérmicos vecinos.

4) *El melanoma "inicialmente ínfiltante" desarrollado sobre un nevo melanocítico* suele manifestarse como una lesión tumoral desarrollada sobre un nevo pigmentario maculoso, o por la aparición espontánea de erosiones sangrantes, o crecimiento exagerado de un nevo pigmentario papuloso o verrugoso. La histología muestra un melanoma invasor dérmico, que se origina en la epidermis y generalmente reemplaza, si existían a las células névicas dérmicas (Fig. 12).

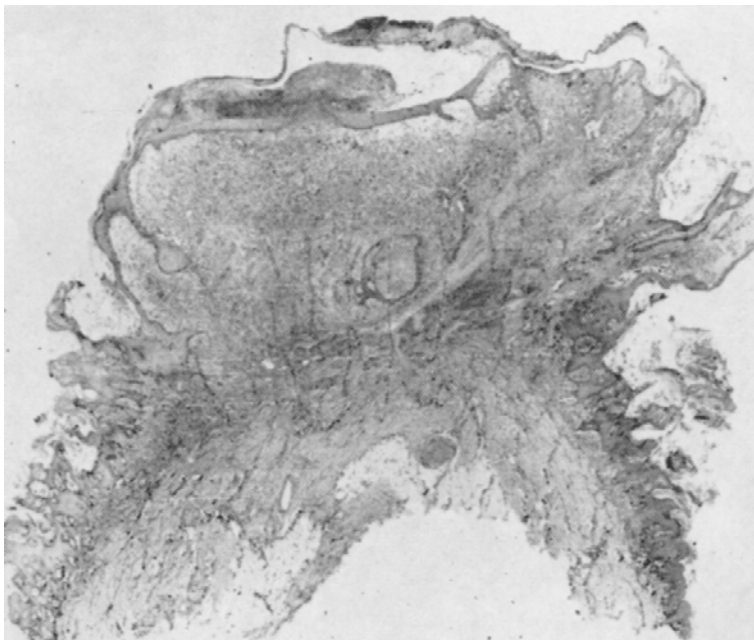


Figura 12. Melanoma sobre nevo, "inicialmente ínfiltante". Nevo celular verrugoso reemplazado por una proliferación melanocítica atípica (Hemalumbre de Mayer-Eosina)

C) 5) El *xeroderma pigmentoso* es una genodermatosis precancerosa, cuya piel labilizada por las radiaciones solares puede ser el origen de cualquier tipo de neoplasia maligna cutánea, la que a veces es expresada por un melanoma que aparece sobre dicha piel distrófica, acompañada con múltiples queratosis actínicas y epitelomas diversos. Por lo general, el melanoma es del tipo del lentigo maligno.

D) 6) Recientemente hemos reconocido una proliferación melanocítica atípica (Abulafia y Grinspan) desarrollada en un tumor acantomatoso benigno, que hemos denominado *melanoacantoma atípico*. Se manifiesta clínicamente como una lesión verrugosa, localizada predominantemente en cara, de color pardo negruzco, a veces recubierta por costras, con una evolución relativamente benigna.

En la presente casuística de 100 casos no se incluye melanomas juveniles cuya ubicación como melanomas malignos auténticos es discutida.

Tampoco figuran casos de melanoacantoma atípico, que serán referidos en publicación separada. En el grupo de los melanomas surgidos sobre nevos, se hace un estudio global, sin discriminación entre lesiones tipo melanoma superficial de Allen o melanomas "inicialmente infiltrantes", que serán discutidos en un trabajo posterior.

## II) ESTUDIO ESTADISTICO

### I) *Variedades clínico histológicas de 100 melanomas*

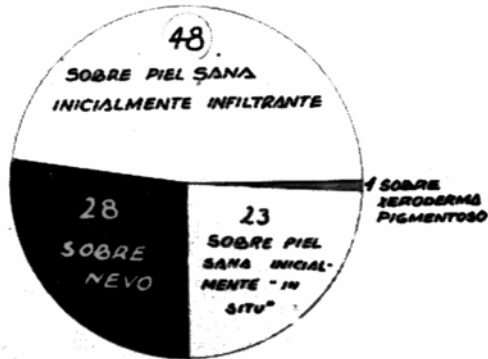
La mayoría de los melanomas que aparecieron sobre piel sana, fueron inicialmente infiltrantes (48%). Sólo un 23 por ciento adoptó el tipo lentigo maligno. Nacieron sobre nevos 28. El melanoma que observamos en un *xeroderma pigmentoso* fue del tipo lentigo maligno.

#### 11) *Melanomas y sexo*

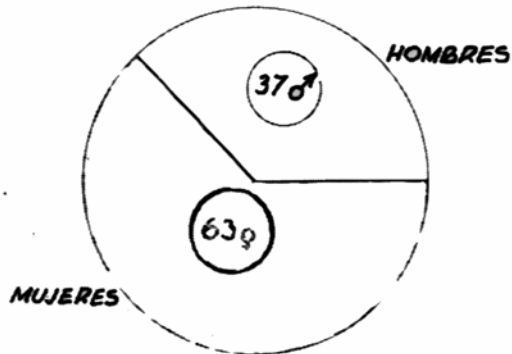
Sobre 100 melanomas, 63 los hallamos en mujeres y 37 en hombres

Teniendo en cuenta el tipo clínico-histológico, en los nacidos sobre nevos predominó el sexo femenino (21 M. y 7 H.). Igualmente en los aparecidos como lentigo maligno (16 M. y 7 H.). En cambio, los melanomas sobre piel sana inicialmente infiltrantes se vieron en cifras casi iguales en hombres y mujeres (25 M. y 23 H.).

**GRAFICO I** - FORMAS ANATOMOCLINICAS DE APARICION EN 100 CASOS DE MELANOMA



**GRAFICO II** - CIEN CASOS DE MELANOMA MALIGNO DISCRIMINADOS POR SEXO.



FORMAS ANATOMOCLINICAS DE APARICION EN 100 CASOS DE MELANOMA MALIGNO DISCRIMINADOS POR SEXO.-GRAFICO III-

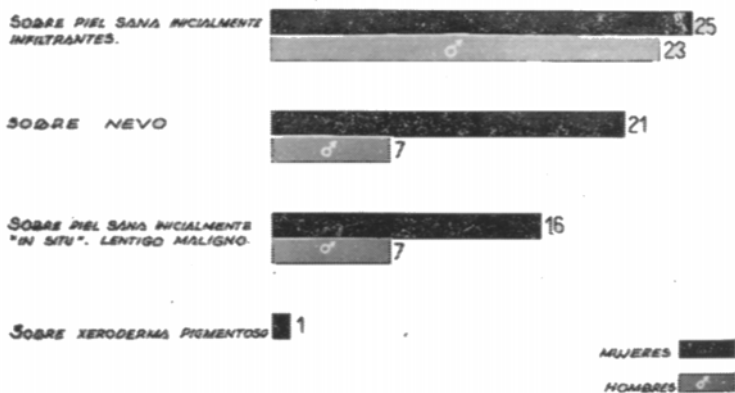


Grafico III

*Comentario:* Es interesante destacar la fuerte predominancia del sexo femenino en los melanomas nacidos sobre nevos, 3:1, y en el lentigo maligno 2,2:1, al contrario de los melanomas nacidos sobre piel sana o inicialmente infiltrantes que mostraron indiferencia al sexo, 1,08:1.

111) *Melanomass y edad de aparición*

La mayor frecuencia de los melanomas en una estadística global alcanza su culminación entre los 50 y los 59 años y cae hacia los 30 y los 79 años bruscamente, para terminar con una menor frecuencia en las edades extremas de la vida.

En el estudio discriminativo, los melanomas nacidos sobre nevos muestran una mayor frecuencia entre 20 y 29 años y ese nivel es inicial y bruscamente alcanzado y va declinando paulatinamente hasta los 79. Los melanomas nacidos sobre piel normal ("inicialmente infiltrante" o del tipo lentigo maligno) se desarrollaron predominantemente más tardíamente, entre 50 y 79 años.

A) *Estadística global*

de 1 a 9 años = -  
 de 10 a 19 años = 1  
 de 20 a 29 años = 2  
 de 30 a 39 años = 11  
 de 40 a 49 años = 16  
 de 50 a 59 años = 27  
 de 60 a 69 años = 20  
 de 70 a 79 años = 13  
 de 80 a 89 años = 2  
 sin consignar = 1

100

<i>X</i>	<i>Y</i>
<i>Edades</i>	<i>Nº casos</i>
10 a 19	1
20 a 29	9
30 a 39	11
40 a 49	16
50 a 59	27
60 a 69	20
70 a 79	13
80 a 89	2
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>

$$\Delta = 8,28$$

$$M_x = 45 + 8,28 = 53,28$$

$$8 = \sqrt{315,15 - 68,55} = 15,7$$



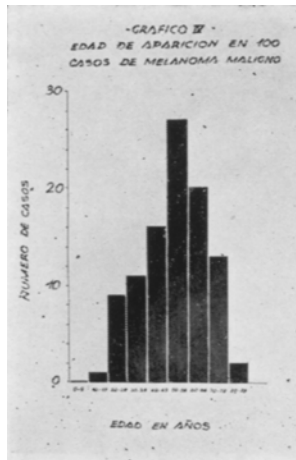


Gráfico IV

B) Estadística discriminativa según la "variedad clínico-histológica"

1) Melanomas nacidos sobre piel sana e inicialmente infiltrantes

X Edades	y Nº casos	
30 a 39	4	
40 a 49	9	
50 a 59	15	$\Delta = 2,34$
60 a 69	11	$Mx = 55 + 2,34 = 57,34$
70 a 79	7	
80 a 89	1	$8 = \sqrt{155,31 - 5,47} = 12,2$
TOTAL	47	

1) No se incluye un caso en quien se desconoce edad.

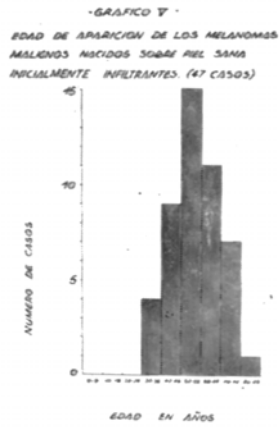


Gráfico V

2) *Melanomas nacidos sobre nevos*

X Edades	y Nº casos
20 a 29	7
30 a 39	6
40 a 49	6
50 a 59	6
60 a 69	5
70 a 79	3
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>

$$\Delta = 2,14$$

$$Mx = 45 + 2,14 = 42,86$$

$$8 = \sqrt{214,28 - 4,58} = 14,4$$

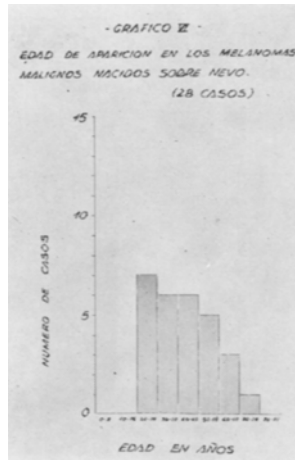


Gráfico VI

3) *Melanomas del tipo lentigo maligno de Hutchinson*

X Edades	y Nº casos
20 a 29	2
30 A 39	1
40 A 49	1
50 A 59	7
60 A 69	6
70 79	5
80 A 89	1
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>

$$\Delta = 4,34$$

$$Mx = 55 + 4,34 = 59,34$$

$$8 = \sqrt{214,28 - 4,58} = 14,4$$

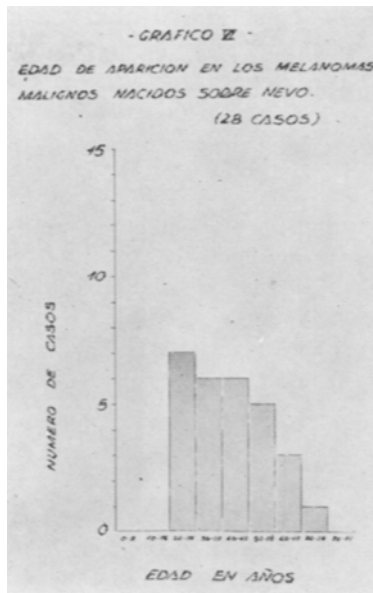


Gráfico VII

*Comentario:* Surge así un hecho significativo: los melanomas desarrollados sobre nevos predominan en los adultos jóvenes, mientras los desarrollados sobre piel normal lo hacen después de los 50 años. IV) *Localización de los melanomas cutáneos*

En estadística global, los miembros inferiores fueron la localización más frecuente (46%); en especial el pie y dentro de éste la planta; el talón fue un sitio de localización muy habitual; de los dedos del pie sólo el grande tuvo melanomas. Siguen al pie en orden de frecuencia la cabeza (28%), la cara (23%) y el cuero cabelludo (5%); los miembros superiores (18%); el tronco (6%) y el cuello (2%).

En estadística discriminativa, en los casos de melanomas nacidos sobre piel sana "inicialmente infiltrantes", coincide la mayor frecuencia en los miembros inferiores, pero la cifra es mayor que en la global (61%). Le sigue la localización en cabeza (20%); los miembros superiores (15%) y en tronco (4%). Es de destacar que todos nuestros melanomas del talón pertenecen a este grupo; no hubo lesiones en el cuello.

En los melanomas nacidos sobre nevos se equilibran las cifras de localización en miembros: inferiores (42%); superiores (41%). No hubo lesiones desarrolladas en cuello. Como puede verse en el gráfico X, casi todos los melanomas localizados en miembros superiores nacen sobre nevos. En tronco (10%) y cabeza (7%).

Es muy llamativo, por el contrario, que los casos de lentigo maligno se localicen en su mayoría en la cara (incluidos 2 casos de cuello [70%]). Le siguen en frecuencia el miembro inferior (21%) y el tronco (9%). No hubo lesiones en miembros superiores. El mejor pronóstico de los lentigos malignos, que constituyen la mayoría de los melanomas de la cara, parece ratificar y aclarar el por qué de la opinión de los dermatólogos clásicos de que el melanoma de la cara era más benigno.

#### A) Estadística global

Miembro inferior	46	<table border="0"> <tr> <td>Pie</td> <td>28</td> <td rowspan="4"> <table border="0"> <tr> <td>planta --</td> <td>20 (talón 10)</td> </tr> <tr> <td>Dedos</td> <td>- 7</td> </tr> <tr> <td>dorso</td> <td>- 1</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>Pierna</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>reg. glútea y muslo</td> <td></td> </tr> </table>	Pie	28	<table border="0"> <tr> <td>planta --</td> <td>20 (talón 10)</td> </tr> <tr> <td>Dedos</td> <td>- 7</td> </tr> <tr> <td>dorso</td> <td>- 1</td> </tr> </table>	planta --	20 (talón 10)	Dedos	- 7	dorso	- 1	Pierna	12	reg. glútea y muslo	
Pie	28	<table border="0"> <tr> <td>planta --</td> <td>20 (talón 10)</td> </tr> <tr> <td>Dedos</td> <td>- 7</td> </tr> <tr> <td>dorso</td> <td>- 1</td> </tr> </table>	planta --	20 (talón 10)		Dedos	- 7	dorso	- 1						
planta --	20 (talón 10)														
Dedos	- 7														
dorso	- 1														
Pierna	12														
reg. glútea y muslo															
Cara	23														
Cuello	2														
Cuero cabelludo	5														
Tronco	6														
Miembro superior	18														

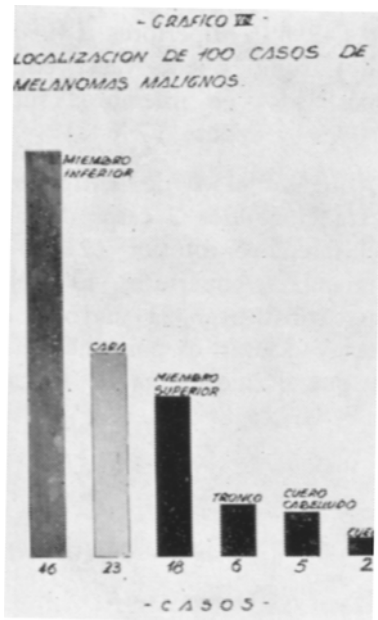


Grafico VIII

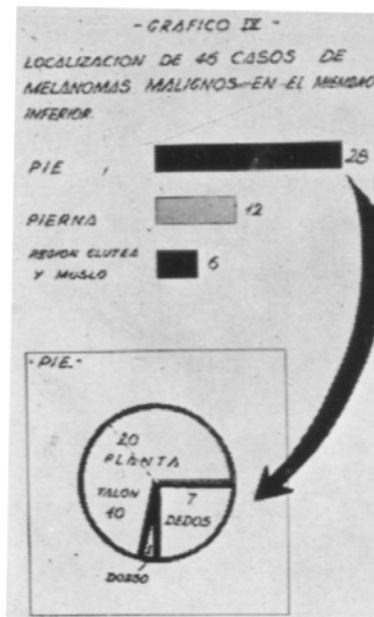


Grafico IX

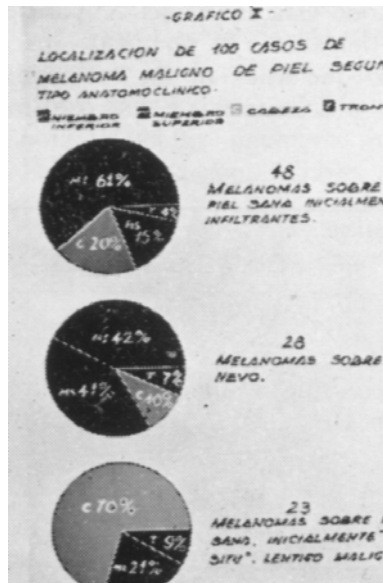


Gráfico X

B) Estadística discriminativa según su tipo clínico-histológico

	Melanomas sobre piel sana inicialmente "in situ" Lentigo Maligno	Melanomas sobre nevos	Melanomas sobre piel sana inicialmente in!ltr.	Melanomas sobre xeroderma pigmentoso		
Miembro inf.	pie {	planta	1	7		
		dedos	1	2	5	
		dorso	-	1	10	
	talón	1	6	5		
	Pierna					
Cara	reg. glútea y muslo	2	2	2		
		14	2	6	1	
Cuello						
Cuero cabelludo		1	4			
Miembro superior	?	2	2			
		11	7			

Se aplicó el método estadístico del  $X^2$  para establecer si estas localizaciones eran obra del azar o si realmente los distintos tipos clínico-histológicos sobre los que asientan los melanomas tienen predilección por determinadas zonas del cuerpo. El  $X^2$  confirmó que, efectivamente, existe tal predilección.

	Miem. Inf.	Miem. Snip.	Cab.	Tronco	Total	%	%	%	%
Piel sana inicialmente infiltrantes	29	7	10	2	48	61	15	20	4
Sobre nevo	12	11	3	2	28	42	41	10	7
Tipo lentigo maligno	5	0	16	2	23	21	0	70	9
TOTALES	46	18	29	6	99	47	18	29	6

$$X^2 = 36$$

*Comentario:* La localización más frecuente de los melanomas cutáneos fue en los miembros inferiores: 46% del total de los melanomas. De ellos corresponde el 61% de los melanomas "inicialmente infiltrantes" surgidos sobre piel normal; el 42% de los melanomas surgidos sobre nevos y el 21% de los lentigos malignos de Hutchinson.

En la cabeza la frecuencia global de los melanomas fue del 28%. De ellos corresponde el 70% (incluyendo 2 casos de cuello) de los lentigos malignos; el 20% de los melanomas "inicialmente infiltrantes" y el 7% de los melanomas desarrollados sobre nevos.

En los miembros superiores hubo una frecuencia global del 18%. De ellos corresponde el 41% de los melanomas surgidos sobre nevos; el 15% de los melanomas "inicialmente infiltrantes" desarrollados sobre piel normal; no existen en nuestra casuística casos de lentigo maligno.

El tronco fue una localización con menor frecuencia global (6%). De ellos, correspondieron el 10% de los melanomas surgidos sobre nevos; el 9% de los lentigos malignos de Hutchinson y el 4% de los melanomas "inicialmente infiltrantes" desarrollados sobre piel normal.



De este análisis surge que dentro de los melanomas globales, la cabeza (en especial la cara) es la localización más frecuente para los lentigos malignos; para los melanomas "inicialmente infiltrantes" desarrollados sobre piel normal son los miembros inferiores (plantas en especial) y para los melanomas surgidos sobre nevos, los miembros superiores y tronco.

*V) Adenopatías metastásicas en el primer examen de pacientes con melanomas*

*B) Estadística discriminativa*

- Sobre 100 casos en 27 observamos adenopatías metastásicas en el primer examen (27%).

*B) Estadística global*

- 1) 23 melanomas tipo lentigo maligno = 4 adenopatías metastásicas (17,3%)
- 2) 28 melanomas nacidos sobre nevos = 7 adenopatías metastásicas (25%)
- 3) 48 melanomas nacidos sobre piel sana "inicialmente infiltrantes" = 16 adenopatías metastásicas (33,3%)
- 4) 1 xeroderma pigmentoso = 0

*Comentario:* Los casos de melanoma tipo lentigo maligno fueron los que tuvieron menos metástasis ganglionares (17,3%) sobre la cifra global del 27%, lo que está de acuerdo con su mejor pronóstico en relación a las otras variedades.

*VI) Evolución de los melanomas. Supervivencia y muerte en melanomas*

*A) Estadística global*

- 48 viven \_\_\_\_\_ sólo en 23 casos supervivencia de más de 5 años
- 47 fallecen \_\_\_\_\_ 35 de su melanoma  
3 de otras causas
- 8 se ignoran causas de muerte
- 5 se ignora su evolución

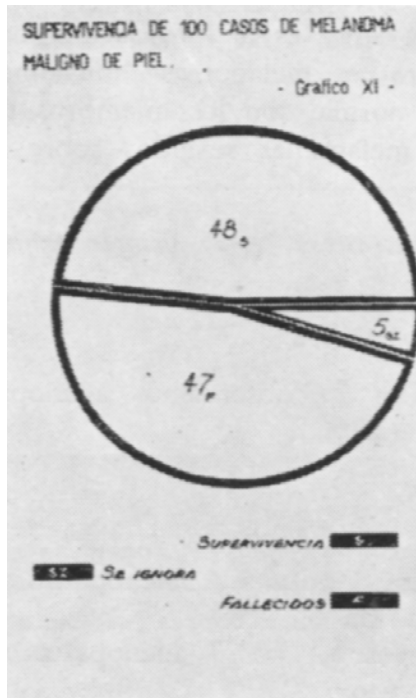


Gráfico XI

El gráfico anterior es de utilidad relativa. Lo que tiene valor estadístico en realidad, en este tipo de estudio, no es el análisis de la totalidad de los melanomas, sino sólo de aquellos que tienen una supervivencia mayor de 5 años o que fallecieron de su lesión, que suman en total 58. De estos 58 casos, 35 fallecen de su melanoma (60,3%) y 23 viven después de 5 años de su tratamiento (39,6%).

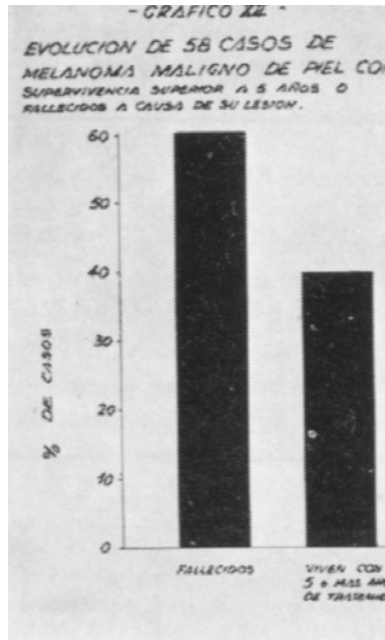


Gráfico XII

B) Estadística discriminativa según su tipo clínico-histológico

23 lentigos malignos de Hutchinson	{	<p>Viven 14 (7 con más de 5 años de tratados)</p> <p>Fallecen 8 (5 de su lesión)</p> <p>Se ignora 1</p>
28 melanomas sobre nevos	{	<p>Viven 13 (7 con mas de 5 años de tratados)</p> <p>Fallecen 14 (11 de su lesión)</p> <p>Se ignora 1</p>
48 melanomas sobre piel sana "inicialmente infil_trantes"	{	<p>Viven 20 (8 con mas de 5 años de tratados)</p> <p>Fallecen 25 (19 de su lesión)</p> <p>Se ignora 3</p>
1 melanoma (lentigo maligno) sobre xeroderma pigmentoso - vive		

Considerando sólo los 58 casos que forman la totalidad de los que fallecieron por su melanoma o tienen supervivencia de más de 5 años, discriminados por su tipo clínico histológico dan la siguiente tabla:

Variedad clínico-histológica	Nº Pacientes	Viven más de 5 años	Fallecieron de su lesión
Lentigo maligno	12	7 (58,33%)	5 (41,66%)
Melanomas sobre piel sana "inicialmente infiltrantes"	27	8 (29,62%)	19 (70,37%)
Melanomas sobre nevos	18	7 (38,88%)	11 (61,11%)
Melanomas sobre xeroderma pigmentoso	1	1 (10%)	0%

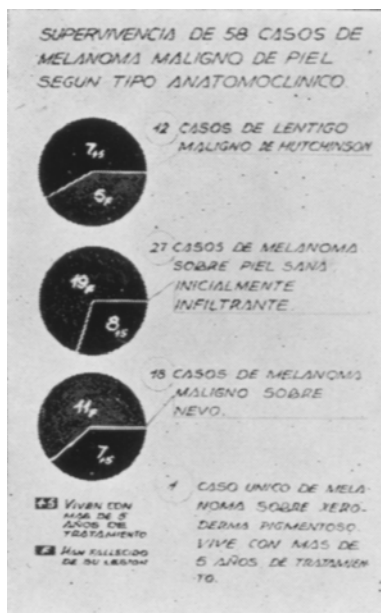


GRAFICO XIII

*Comentario:* El porcentaje aparentemente alto de supervivencia global (39%) quizás esté en relación con varios factores: a) Observación en nuestro Centro de Blastomas Cutáneos de casos

viados muchas veces como nevos o lesiones banales para diagnóstico, ya que los grandes centros oncológicos no especializados en cáncer cutáneo reciben por lo general casos más avanzados en ocasiones ya tratados en otros ambientes; b) La mayoría de nuestros casos no habían sido biopsiados; la biopsia sería causa de difusión del melanoma; c) Tratamiento adecuado inicial, por diagnósticos clínicos correctos, sin biopsia previa o sólo por congelación en el acto quirúrgico en casos de duda. Todos los melanomas fueron extirpados quirúrgicamente habiendo sido amplios en su resección; en superficie a más de 5 centímetros de la lesión y en profundidad hasta aponeurosis inclusive. Muchos de ellos fueron tratados al mes aproximadamente con vaciamentos ganglionares adecuados. No se realizaron vaciamentos profilácticos en los casos de lentigo maligno ni cuando la lesión era única, pequeña y no había sido aún biopsiada, ni estaba ulcerada. En algunos casos se asoció la quimioterapia. En los últimos enfermos tratados en que indicamos vaciamiento, efectuamos linfografía previa.

Sobre estos aspectos de interés clínico quirúrgico, haremos una publicación especial.

En el comentario de tipo descriptivo resulta claro y hemos insistido sobre este aspecto en otra publicación, que los melanomas del tipo lentigo maligno tienen mejor pronóstico que los nacidos sobre piel sana "inicialmente infiltrantes" o sobre nevos. Sólo 5 casos de lentigo maligno fallecieron y godos tenían melanomas infiltrantes. En cambio, todos los que se intervinieron en la etapa de melanoma *in situ* han sobrevivido. Esto indicaría que si bien el lentigo maligno tiene mejor pronóstico, cuando se hace infiltrante adquiere gravedad, aunque su evolución es más lenta que en las otras "variedades clinicohistológicas". Los casos de melanomas nacidos sobre piel sana "inicialmente infiltrantes", parecieran ser los de peor pronóstico (70,37% de muertes).

## VII) *Melanomas con adenopatías metastásicas y supervivencia*

### A) *Estadística global*

De las 27 adenopatías metastásicas observadas en los 100 melanomas (se comprobaron histológicamente en los operados o fueron diagnóstico clínico indiscutible en los inoperables):

--- 4 viven

--- 23 fallecieron

B) *Estadística discriminativa según variedad clínica histológica*

<i>Tipo clínico-histológico</i>	<i>Nº pacientes</i>	<i>Viven</i>	<i>Fallecieron</i>
Lentigo maligno	4	0	4
Melanomas sobre piel sana			
"inicialmente infiltrantes"	16	3	13
Melanomas sobre nevos	7	1	6
Melanomas sobre xeroderma pigmentoso	0	0	0

*Comentario:* Es un hecho conocido que la aparición de ganglios metastásicos es de pronóstico sombrío, casi fatal. Sin embargo, 4 casos de melanomas infiltrantes con adenopatías, viven después del tratamiento de melanoma, que siempre fue quirúrgico y en estos casos seguidos del vaciamiento ganglionar. Estos 4 casos tenían variadas localizaciones: pierna (2), mejilla (1), dorso de mano (1). Veremos que la pierna parece ser un lugar de mejor pronóstico para un melanoma y que la cara es también sitio de menor agresividad. El dorso de mano es localización excepcional.

Creemos que es más grave la diseminación de un melanoma alrededor del tumor primitivo, que las metástasis ganglionares. Ningún caso con esa diseminación local vive. Las metástasis nodulares cutáneas (no ganglionares) son también fatales y, por supuesto, las viscerales.

También llamó la atención que en los casos de lentigo maligno, aquellos que tuvieron adenopatías fallecieron; el concepto clínico de mayor benignidad es distinto cuando hay adenopatías en el lentigo maligno. Sin embargo, de los 4 casos con adenopatías metastásicas uno vivió más de 10 años y se cree que no falleció de su melanoma y el otro falleció, según informes obtenidos, de una neumonía casi 2 años después de tratado, lo que demuestra la lenta evolución, aun con metástasis, de los melanomas que corresponden al lentigo maligno.

VIII) *Tiempo de supervivencia de los fallecidos por melanomas general en general*

A) *Estadística global*

Años de observación	Vivos comienzo intervalo	Muertos en el intervalo	Perdidas en el intervalo	Incorporados	Nº Efectivo exp. Morir	Índice de muertos	Índice de vivos	Índice acum. sobrevida
0 a	1	65	15	1	--	64,5	0,23	0,77
1 a	2	49	11	1	--	48,5	0,22	0,78
2 a	3	37	7	--	--	37	0,18	0,82
3 a	4	30	4	--	--	30	0,13	0,87
4 a	5	26	1	--	--	26	0,04	0,96
5 a	6	25	0	--	8	21	0	1
6 a	7	17	0	--	--	17	0	1
7 a	8	17	0	--	--	17	0	1
8 a	9	17	2	--	1	16,5	0,12	0,88
9 a	10	14	0	--	--	14	0	1
10 a 11	14	2	--	2	8	0,25	0,75	0,27
más de 11	12							

- 5 se ignoran si viven.

B) *Estadística discriminativas tiempo de supervivencia de los fallecidos por su melanoma en relación con el tipo clínico histológico*

	Tipo		Sobre nevo		Sobre piel sana inicialmente infiltrante		Sobre xeroderma pigmentoso	
	lentigo maligno		viven	fallec.	viven	fallec.	viven	fallec.
	viven	fallec.						
Menos de 1 año	1	1	1	3	7	12	-	-
Entre 1 y 2 años	2	2	1	4	5	6	-	-
Entre 2 y 3 años	1	2	1	5	-	3	-	-
Entre 3 y 4 años	2	1	2	-	-	3	-	-
Entre 4 y 5 años	1	1	1	-	-	1	-	-
Entre 5 y 6 años	4	-	5	-	1	-	1	-
Entre 8 y 9 años	-	-	2	1	-	-	-	-
Más de 10 años	3	1	-	1	7	-	-	-
TOTAL = 95	14	8	13	14	20	25	1	-

- Se ignora si viven: 1 sobre nevo  
1 sobre lentigo maligno  
3 sobre piel sana

*Comentario:* Los porcentajes más altos de muertes en la estadística global tienen lugar hasta los cuatro primeros años (especialmente los dos primeros) decreciendo en forma brusca para repuntar en los últimos años. El plazo establecido para considerar "curado" un melanoma son 5 años. Sin embargo, hemos tenido casos de recidiva a los 7 y 10 años y otros fallecieron después de 10 años de tratamiento de su melanoma.

En todos los tipos clínico-histológicos los porcentajes más altos de muerte tienen lugar durante los primeros cuatro años, no existiendo diferencias significativas entre ellas.

IX) Muerte por su melanoma y supervivencia de más de cinco años según localización

A) Estadística global

<i>Localización</i>	<i>Viven</i>	<i>Fallecen</i>
Cara	9	5
Cuello	---	---
Tronco	2	5
Miembro superior	2	8
Miembro		
Plata	2	9
Dedos	2	4
Pierna	4	1
Reg. glútea y muslo	2	3



B) *Estadística discriminativa según la variedad clínico histológica*

Localización	Tipo lentigo maligno		Melanoma sobre nevio		Melanoma sobre piel sana inicialmente infiltrante		Melanoma sobre xeroderma pigmentoso
	viven	fallec.	viven	fallec.	viven	fallec.	vive
Cara	5	2	1	2	2	1	1
Cuello	-	-	-	-	-	-	-
Tronco	1	-	1	3	-	2	-
Miembro superior	-	-	1	4	1	4	-
Miembro inferior							
Planta	-	1	-	-	2	8	-
Dedos	-	1	1	-	1	3	-
Pierna	-	-	2	1	2	-	-
Reg. glútea y muslo	1	-	1	1	-	1	-

*Comentario:* Se trató de relacionar la muerte por melanomas y las sobrevidas mayores de 5 años según las localizaciones. Son pocos casos para que las cifras sean significativas (23 viven y 35 fallecieron sobre 58 casos). La estadística señala que la planta (9 fallecen y 2 viven) y el miembro superior (8 fallecen y 2 viven) son los lugares de más grave localización. También lo sería el tronco pero en menor relación (5 fallecen y 2 viven). La gravedad de la localización en el tronco se justificaría porque la realización de vaciamientos profilácticos es muy discutible y la diseminación linfática se hace en múltiples grupos topográficos ganglionares. El pie es también un lugar de grave pronóstico (13 muertes y 4 sobrevidas). La cara, en cambio, ofrece mayores posibilidades de supervivencia (8 supervivencias y 5 fallecimientos). La pierna sería el lugar de mejor pronóstico (4 viven y 1 solo falleció). Los fallecimientos en relación con la localización y el tipo anatómico (tipo discriminativo) son semejantes al de los melanomas en general, lo que demuestra el valor pronóstico de la localización.

En síntesis, es grande el valor pronóstico según la localización de un melanoma. Los más graves son los del pie (planta en especial) y miembros superiores. Los menos graves, los de la pierna y después los de la cara.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Debido a la disparidad evolutiva y dificultades para establecer un pronóstico de los melanomas malignos cutáneos, se intenta una clasificación de los mismos en "variedades clínico-histológicas", representadas por: 1) El lentigo maligno de Hutchinson; 2) El melanoma "inicialmente infiltrante" surgido sobre piel normal; 3) El melanoma *in situ* desarrollado sobre un nevo pigmentario, o nevo "junction" activado, o melanoma superficial (Allen) ; 4) El melanoma "inicialmente infiltrante" desarrollado sobre un nevo pigmentario; 5) El melanoma surgido sobre xeroderma pigmentoso, y 6) El melanoacantoma atípico (Abulafia y Grinspan).

En un estudio estadístico de 100 casos de melanomas malignos cutáneos se realiza un estudio comparativo entre cifras "globales" y "discriminativas" para cada una de las "variedades clínico-histológicas". En dicha casuística se analizan en conjunto los melanomas surgidos sobre nevos pigmentarios y no se incluyeron casos de melanoacantoma atípico, ni de melanomas juveniles.

Las cifras "globales" demostraron 63% de mujeres sobre 37% de hombres (1,7:1). Un mayor número de casos entre los 50 y 59 años de edad. Localización más frecuente en miembros inferiores (46%). Se hallaron 27% de adenopatías en el primer examen. Viven más de 5 años, el 39,6% de los casos. De los casos con adenopatías metastásicas viven 4. La mayor parte de los fallecimientos se producen dentro de los primeros cuatro años después del tratamiento y en especial en los dos primeros.

El análisis discriminativo demuestra:

- 1) La mayor tendencia a la transformación maligna de los melanocitos de la piel normal, con respecto a los melanocitos de los nevos (2,53:1).
- 2) La importancia del sexo femenino en el desarrollo de melanomas desarrollados sobre nevos melanocíticos ( 3:1) y de menor grado en el lentigo maligno (2,2:1) .
- 3) Ausencia de influencia del sexo en los "inicialmente infiltrantes" desarrollados sobre piel normal.
- 4) La aparición predominante en edades más tempranas de los melanomas sobre nevos, con respecto a los melanomas desarrollados sobre piel normal.
- 5) La localización predominante del lentigo maligno en la cara; del melanoma "inicialmente infiltrante" desarrollado sobre piel nor-

mal, en plantas y talón y de los melanomas surgidos en nevos, en los miembros. En los miembros superiores la mayoría de los melanomas se desarrollan sobre nevos.

6) El desarrollo de adenopatías regionales: en el 17,3% de los casos de lentigo maligno con melanoma infiltrante; en el 33,3% de los melanomas "inicialmente infiltrantes" desarrollados sobre piel normal y en el 25% de los melanomas surgidos en nevos pigmentarios.

7) Una supervivencia de más de 5 años: en el 58,33% de los lentigos malignos; de un 29,62% de los melanomas "inicialmente infiltrantes" desarrollados sobre piel normal y en el 38,8% de los melanomas desarrollados en nexos.

8) La mayor parte de los fallecimientos se produce: 4 años después del tratamiento en el lentigo maligno con melanoma infiltrante o adenopatías regionales metastáticas; a los 2 años, en el melanoma "inicialmente infiltrante" desarrollado sobre piel normal y a los 3 años, en los melanomas desarrollados sobre nevos pigmentarios. No ha fallecido ningún enfermo con lentigo maligno tratado en su etapa de melanoma *in situ*.

Agradecemos en especial por su responsabilidad y contracción al trabajo a la señorita Nelly Ferreyro. Los cuadros estadísticos han sido efectuados por la doctora Susana Roggiani y el doctor Abelino Calvo, a quienes estamos muy reconocidos, lo mismo que a los doctores A. Sonis y C. H. Ricei, de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, por su ayuda en la confección de los gráficos