

# Melanoma en el Hospital México

*Dr. Alfonso Campos Rojas\**  
*Dr. Gerardo Mora Badilla\*\**

## RESUMEN

Se presenta la experiencia en el tratamiento de 23 casos de melanoma maligno en el Hospital México, en un período de 9 años.

Se analizan los factores etiopatogénicos, el método de tratamiento, las complicaciones y la evolución de los mismos, estableciéndose una relación entre el estadio clínico, el nivel de Clark y la condición actual de los mismos.

## INTRODUCCION

Al igual que en muchos otros campos de la Medicina, la primera descripción sobre melanoma debe atribuírsele a Hipócrates. Desde su original observación sobre este "tumor negro fatal", término con que se le describió hace muchos años, numerosos clínicos y cirujanos han contribuído en mayor o menor grado, al conocimiento que de él se tiene en nuestros días, entre los que debemos mencionar a Highmore, Bartholin, Bonet, Dupuytren y Carswell, a quien se le atribuye el haber establecido el término de melanoma en 1836.

En el último siglo anatomistas, cirujanos, clínicos, oncólogos, biólogos, quimioterapistas e inmunólogos, han luchado por el mejor conocimiento de este tipo de neoplasia en su comportamiento y respuesta al tratamiento, con el fin de aumentar la longevidad productiva de los individuos que los

presentan, o más específicamente, en minimizar la capacidad del melanoma de afectar la condición del huésped.

Si bien no es un tipo de tumor muy frecuente en nuestro medio, deben conocerse adecuadamente las características intrínsecas peculiares que determinan su letalidad, en aras de la aplicación del mejor método de tratamiento, así como previamente deben investigarse las circunstancias epidemiológicas que exponen a la población a un más alto riesgo.

El presente trabajo expone nuestra experiencia en el estudio, tratamiento y control del total de pacientes con melanoma, vistos en el Hospital México desde su inauguración el 1º de setiembre de 1969, hasta el mes de octubre de 1978.

## MATERIAL Y METODOS

Hemos revisado los resultados en el tratamiento de 23 casos de melanoma cutáneo, diagnosticados con biopsia en el Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, en un período de 9 años comprendidos entre el 1º de setiembre de 1969 al 1º de agosto de 1978. De los 23 casos de nuestro estudio, se presentaron 13 en el sexo masculino y 10 en el femenino, para una relación por sexo de 1.3:1 a favor del masculino (cuadro I), como lo es común en este tipo de enfermedad, de acuerdo a las cifras reportadas por Johnson, (10) de 1.5:1

\*Asistente de Cirugía.

\*\*Residente de Cirugía, Sección de Cirugía, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

y colaboradores, por Das Gupta (4) de 1.5:1 y Sortour 1.2:1.

El total de los pacientes correspondía en nuestro estudio a la raza blanca y se ha establecido como el grupo étnico con más alta incidencia de melanoma. Davis (5), reporta una variación en la raza blanca de incidencia en el melanoma de 2.2 por 100.000 habitantes, mientras que en Australia se ha establecido hasta un 17 por 100.000 habitantes. La raza negra tiene una incidencia de 1.1 por 100.000 y un poco más alto porcentaje se ha reportado en la amarilla, de 1.7 por 100.000.

**Cuadro I**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

1º SETIEMBRE 1969
1º AGOSTO 1978
<b>TOTAL: 23 CASOS</b>
MASCULINO: 13 CASOS - 56.54%
FEMENINO: 10 CASOS - 43.46%

Según Seigler (14), en Estados Unidos el melanoma cutáneo es 80% más frecuente en la población blanca caucásica, que en la población de raza negra.

La distribución por edades, en nuestra serie de casos de melanoma (cuadro II), varió desde 19 años, en un paciente albino procedente de la región de Guanacaste, hasta un paciente de 86 años, ambos de sexo masculino, para un promedio de edad en nuestro estudio de 56.6 años.

El 91.3 de nuestros casos se encontraron entre la cuarta y la octava décadas de la vida, tal y como ha sido reportado por Magnus, (13) en Homega, en una serie de 2.956 casos en los cuales encontraron el 85% comprendido entre estas edades.

Epidemiológicamente se ha establecido la importancia del tiempo de exposición al sol en la etiopatogenia del melanoma, tanto en individuos de una raza como de la otra y se ha puesto énfasis, de acuerdo a la región en que viven, en su capacidad de asimilar el trauma solar. El melanoma cutáneo aparece con mucho mayor frecuencia en las partes

del cuerpo más expuestas al sol, como lo son las extremidades y la región posterior del cuello.

Davis (5) ha realizado una recopilación de diferentes trabajos, que categóricamente demuestran esta relación causa-efecto, entre el porcentaje de horas-sol por año y la incidencia del melanoma, siendo por supuesto mayor esta relación en las regiones tropicales.

**Cuadro II**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

<b>DISTRIBUCION POR EDAD</b>		
0-30 años . . .	1 paciente . . . .	4.35%
31-40 años . . .	3 pacientes . . . .	13.04%
41-50 años . . .	4 pacientes . . . .	17.38%
51-60 años . . .	5 pacientes . . . .	21.73%
61-70 años . . .	2 pacientes . . . .	8.70%
71-80 años . . .	7 pacientes . . . .	30.45%
81-90 años . . .	1 paciente . . . .	4.35%

EDAD MAXIMA: 86 AÑOS  
EDAD MINIMA: 19 AÑOS  
EDAD PROMEDIO: 56.6 AÑOS

En el estudio de pacientes en el Hospital México, se estableció la ocupación de los mismos (cuadro III), encontrándose que un 25% de los hombres se dedicaban a actividades agrícolas y en un 43.47% de los casos (10 casos), o sea, la totalidad de las mujeres, a actividades en el hogar, ambos grupos con largos períodos de exposición al sol.

Blois (1) ha demostrado, experimentalmente, que la irradiación ultravioleta de la piel, produce la oxidación de productos de colesterol, que son carcinogénicos.

Otro aspecto epidemiológico que se ha mencionado, en especial por Anderson, es el genético, estableciéndose que una lesión de este tipo puede ser heredada por carácter autosómico y no por cromosomas en forma directa.

El tiempo que transcurrió entre la aparición de las molestias o las modificaciones en el tamaño y coloración de la lesión primaria y la primera cita para control médico, varió de dos meses a dos años, siendo el motivo de la consulta en nuestros casos, el siguiente:



ulcera dolorosa de piel de color oscuro = 4 pacientes; tumoración negra (lunar) de crecimiento rápido = 8 pacientes; mancha subungueal de larga evolución = 3 pacientes; nevo pruriginoso y fácilmente sangrante = 4 pacientes; diagnóstico previo de melanoma = 2 pacientes; lesión verrucosa (párpado inferior) = 1 paciente; lunar "rojizo" de larga evolución = 1 paciente.

La historia de cambio en la morfología de una lesión névica, particularmente en un período de semanas o meses, es de primordial importancia en el diagnóstico de la lesión. Clark (3), establece que hasta un 25% de los melanomas tienen su origen en el sitio de un nevo que ya existía previamente. Entre las modificaciones que pueden ocurrir en una lesión névica y que hacen sospechar la presencia de un melanoma, se encuentran:

1. Elevación o aumento de tamaño de la lesión.
2. Cambios en el color de las mismas.
3. Sangrado o prurito reciente.

Según el criterio de Clark (3), lesiones névicas se pueden malignizar por acúmulos de agregados de melanocitos al sitio primario del lunar.

**Cuadro III**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

OCUPACION	
<b>SEXO MASCULINO:</b>	
Guarda . . . . .	1 paciente
Chofer . . . . .	1 paciente
Labores del agro . . . . .	5 pacientes
Obrero . . . . .	1 paciente
Oficinista . . . . .	2 pacientes
Estudiante . . . . .	1 paciente
Maestro . . . . .	1 paciente
Sin ocupación . . . . .	1 paciente
<b>SEXO FEMENINO:</b>	
Labores del hogar . . . . .	10 pacientes

En la experiencia acumulada en el tra-

tamiento de estos pacientes en el Hospital México, la mayoría de las lesiones cutáneas no fueron, lamentablemente, valoradas por el dermatólogo, que a nuestro criterio es el individuo de más experiencia respecto a establecer el diagnóstico diferencial, tales como son: el nevus simple, nevus compuesto, el nevo intradérmico, el nevus azul, la queratitis seborreica, el dermatofibroma, el granuloma piógeno, el nevo halo, el carcinoma pigmentado de células basales y otras.

En cuanto a la distribución anatómica de la lesión primaria, (cuadro V), predominó francamente en nuestro estudio, la localización en miembros inferiores, con un total de 16 casos (69.56%), similar a lo encontrado por Das Gupta (4) en su serie, aunque otras revisiones amplias, como la de Davis (5), Magnus (13), Seigler (14), Forther (6-7), han variado la localización predominante. De acuerdo a las cifras reportadas en Queensland, Australia, en mujeres la lesión melanótica es más frecuente en las piernas, por ser la parte del cuerpo expuesta por más tiempo al sol. En hombres, además de los miembros inferiores, se encontró con gran frecuencia este tipo de lesión en el tronco, cabeza y cuello, en relación directa a la naturaleza del trabajo.

El diagnóstico clínico preoperatorio de melanoma se estableció en nuestra serie sólo en 10 casos (43.47%) (cuadro VI), admitiéndose los demás pacientes por sospecha de algún otro tipo de lesión como: gangrena de orjejo, úlcera crónica, granuloma piógeno, hiperqueratosis senil, léntigo, lunar, nevo, etc.

Respecto al tamaño de la lesión primaria (cuadro VII), la cual está en íntima relación con el estadio clínico, en 12 pacientes se encontró un diámetro mayor de la misma de menos de 2 cms. (52.17%); en 8 casos mayor de 2 cms.; 2 casos habían sido operados previamente y en 1 caso no se determinó.

Hemos empleado en la determinación del estadio clínico, la clasificación de Johnson (10) modificada (cuadro VIII), en el cual se toma en cuenta tanto el tamaño de la lesión primaria, como la presencia o no de neoplasia a nivel ganglionar, regional o sistémica.

Todos los pacientes contaban con examen físico inicial, radiografías del tórax y en casos de sospecha de compromiso ganglionar o distal de linfogafías, gammagramas, etc.

**Cuadro IV**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

<b>MOTIVO DE CONSULTA O REFERENCIA</b>	
Ulcera dolorosa de piel de color oscuro . . . . .	4 pacientes
Tumoración negra (lunar) de crecimiento rápido . . . . .	8 pacientes
Mancha subungueal de larga evolución . . . . .	3 pacientes
Nevo pruriginoso y fácilmente sangrante . . . . .	4 pacientes
Diagnóstico previo de melanoma . . . . .	2 pacientes
Lesión verrucosa (párpado inferior) . . . . .	1 paciente
Lunar "rojizo" de larga evolución . . . . .	1 paciente

De esta manera se determinó preoperatoriamente que 15 casos se encontraban en un estadio I, o sea, 65.10% de los mismos y 6 en estadio II, o sea, el 26.2%. Sólo en 2 pacientes se encontró enfermedad ganglionar demostrada con comprobación histológica (estadio III). Ningún caso se clasificó inicialmente como estadio IV, o sea, con manifestaciones clínicas o radiológicas de metástasis a distancia.

La intervención quirúrgica inicialmente practicada (cuadro IX) de acuerdo con el diagnóstico presuntivo de la lesión, que en varios casos era erróneo, debió en estos casos acompañarse, posteriormente, de otro tipo de procedimiento quirúrgico más radical. De esta manera los procedimientos quirúrgicos a que fueron sometidos los pacientes, fueron los siguientes; resección de la lesión, en 2 casos, o sea, el 8.68%; resección de la lesión seguida de exéresis amplia, en 6 casos (31.08%); resección de la lesión seguida de exéresis amplia y vaciamiento ganglionar, en 5 casos (26.7%); igual número con exéresis amplia y vaciamiento ganglionar; cirugía más radical como amputación, se realizó en 2 casos (8.68%) y resección de la lesión seguida de amputación y vaciamiento ganglionar, en 3 casos.

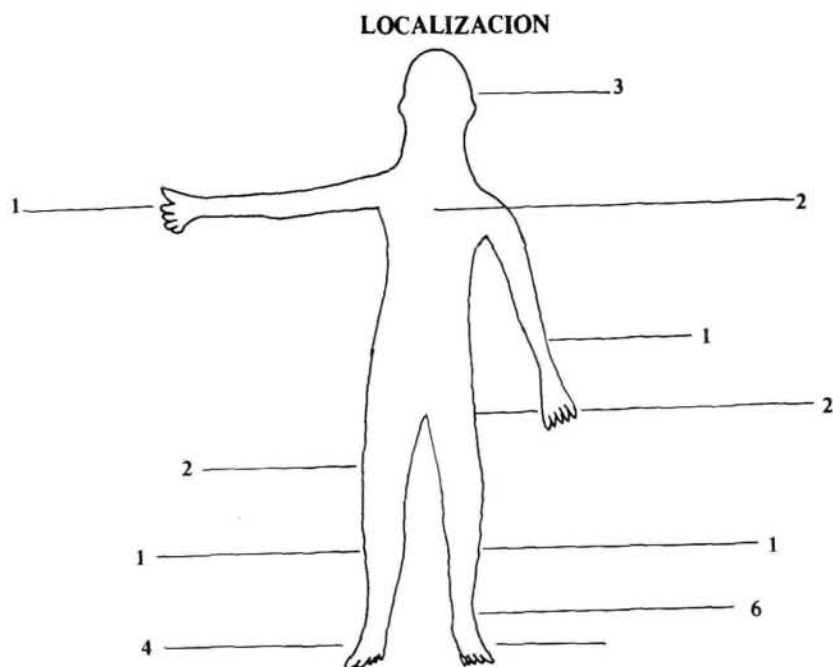
En 5 pacientes en que el diagnóstico presuntivo o histológico previo fue de melanoma, se practicó exéresis amplia de la lesión y vaciamiento ganglionar. Fue en este grupo en donde se detectaron las dos únicas adenopatías regionales positivas, del total

de 8 pacientes sometidos a linfadectomía radical.

Como anteriormente anotamos, la diversidad de intervenciones realizadas dependió en parte de la localización de la lesión, o del diagnóstico presuntivo inicial con respecto al histológico final, (cuadro X). Sólo en un caso se utilizó la ayuda transoperatoria de la biopsia por congelación. En la mayoría de los casos (11), o sea, el 47.43%, los pacientes fueron llevados al quirófano sin biopsia previa. Esta situación, desde el punto de vista pronóstico del paciente, fue comprometedora en dos casos, en que los límites de resección fueron insuficientes y los pacientes no asistieron a control y tratamiento posterior.

La morbilidad quirúrgica en nuestros casos fue del 60.86% (15 casos) (cuadro XI), los cuales, en un alto porcentaje, estuvieron en relación directa con la disección ganglionar regional (dehiscencia de sutura, pérdida de injerto, linfedema, hematoma, recidiva, etc.). Del total de casos operados, 6 presentaron recidiva de la lesión, o sea, en el 30.45% de los casos; 5 a nivel local y uno a nivel regional. Esta morbilidad y recurrencia están de acuerdo a las cifras mencionadas por Knutson (11), quien reporta un 20% de recurrencia y hasta un 50% de complicaciones en el tratamiento. Seigler (14), menciona asimismo, que las complicaciones postoperatorias de la linfadectomía radical, se acompañan hasta en un 40% de complicaciones severas.

**Cuadro V**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**



CABEZA Y CUELLO	3 CASOS	13.04%
TRONCO	2 CASOS	8.70%
MIEMBROS SUPERIORES	2 CASOS	8.70%
MIEMBROS INFERIORES	16 CASOS	69.56%

La clasificación histológica de la lesión se realizó de acuerdo a lo propuesto por Clark (3) desde hace varios años, dependiendo del nivel de invasión a las distintas capas de la piel, correspondiendo los casos a estadíos II al V, siendo la mayoría, 10 casos, (43.47%), del nivel V (hasta grasa subcutánea). (Cuadro XII).

Como claramente se ha demostrado, el interés de la clasificación histológica es de tipo pronóstico en cuanto al tratamiento. Como se anota por el propio Clark (3), en el nivel II la mortalidad es de 8.3%, nivel III

35%, nivel IV 45% y 55% para el V, a los 5 años.

Das Gupta (4) demuestra que en su experiencia, en el nivel II sobreviven a cinco años todos los casos; 94.6% en el nivel III, 50% con nivel IV y 37% con el nivel V.

No podemos, con los pocos casos nuestros, dar indicadores de validez estadística en la sobrevida, ya que de 10 casos que corresponden al nivel V, en 4 se desconoce su evolución, 2 han fallecido y 4 sobreviven.



Además de la cirugía, como tratamiento asociado en 8 casos, (43.86%), se utilizó quimioterapia, inmunoterapia en 2 casos (8.68%) y ambas en 2 casos (8.68%). (Cuadro XIII).

La quimioterapia múltiple se empleó en los dos casos en que existía enfermedad ganglionar, siendo casos de mal pronóstico y que a la postre se perdió uno y se desconoce el resultado con el otro.

Con respecto a la inmunoterapia, los dos casos tratados en forma asociada con el procedimiento quirúrgico se mantienen libres de enfermedad, los otros dos con quimio y BCG, en uno el resultado fue satisfactorio y en otro hubo recidiva 3 años después, siendo fatal.

Al momento de realizar el presente estudio, siguen control sin evidencia de enfermedad 10 pacientes (43.46%) y han fallecido 7 (30.46%), desconociéndose la evolución de un número importante de pacientes, 6 (26%). (Cuadro XIV).

Los pacientes que fallecieron se encontraban fundamentalmente en estadios II y III y correspondían a niveles de Clark II al V (Cuadro XV). Sólo dos pacientes murieron con lesión en estadio I, pero histológicamente se comprobó en uno que correspondía al nivel V (grasa subcutánea) y en otro no se determinó el nivel. Los restantes pacientes

que fallecieron a causa de la neoplasia, inicialmente se encontraban en el siguiente estadio: 2 pacientes en estadio II y nivel II; 1 paciente en estadio II y nivel III; 1 paciente en estadio I y nivel IV y 1 paciente en estadio III y nivel V.

Independientemente del nivel de invasión histológico, de los 15 casos que inicialmente se encontraban en estadio I, 10 sobreviven y siguen control libre de enfermedad (el total de los sobrevivientes de la serie), habiendo fallecido sólo uno e ignorándose la condición en 3.

Respecto al estadio II de los 6 casos, 4 han fallecido y se ignora la condición en 2.

Como anotamos previamente, en estadio III se encontraban inicialmente 2 pacientes, constatándose el fallecimiento en uno y desconociéndose en otro.

#### CONCLUSIONES

1. El melanoma se ha presentado en nuestro Hospital en mayor proporción en el sexo masculino que en el femenino, todos procedentes de la raza blanca.
2. La ocupación más frecuente lo que en labores del hogar en mujeres y labores del agro en hombres, ocupaciones que exponen sobre todo en el segundo

**Cuadro VI**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

DIAGNOSTICO CLINICO		
Gangrena orjejo . . . . .	3 pacientes . . . . .	13.04%
Ulcera crónica . . . . .	2 pacientes . . . . .	8.70%
Granuloma piógeno . . . . .	1 paciente . . . . .	4.35%
Nevus pigmentado . . . . .	1 paciente . . . . .	4.35%
Melanoma . . . . .	10 pacientes . . . . .	43.46%
Tumor párpado . . . . .	1 paciente . . . . .	4.35%
Hiperqueratosis senil . . . . .	1 paciente . . . . .	4.35%
Tumor pierna . . . . .	2 pacientes . . . . .	8.70%
Léntigo . . . . .	1 paciente . . . . .	4.35%
Lunar . . . . .	1 paciente . . . . .	4.35%

- grupo, por tiempo prolongado al sol.
- Las localizaciones más frecuentes lo fueron en miembros inferiores, concordante con los hallazgos en otras importantes series en lo referente al área del cuerpo expuesto por más tiempo a los rayos solares.
  - El diagnóstico clínico de melanoma se hizo en el 43.46%, porcentaje relativamente bajo que obedece a factores muy diversos.
  - El estadio clínico temprano en nuestros pacientes, no correspondió al estadio histológico encontrado en ellos.
  - La morbilidad operatoria en los métodos utilizados fue importante, especialmente en aquéllos sometidos a linfadenectomía radical, en que además se encontró poca positividad, por lo que se considera discutible su indicación.
  - De acuerdo al nivel de Clark, la mayoría de los pacientes presentaban lesiones avanzadas.
  - No encontramos relación entre el estadio clínico de la lesión, el nivel de Clark y la condición actual de los pacientes.

**Cuadro VII**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

<b>DIAMETRO TRANSVERSO MAYOR DE LA LESION</b>		
Menor de 2 cms. . . . .	12 casos. .	52.17%
Mayor de 2 cms. . . . .	8 casos. .	34.78%
Operado Previamente . . . . .	2 casos. .	8.70%
Desconocido. . . . .	1 caso . .	4.35%

**BIBLIOGRAFIA**

- BLOIS, M.S.: Melanoma: Value of early detection and treatment. *Postgrad.Med.* 61: 82, 1977.
- BRESLOW, A. Tumor thickness, level of invasion and groin dissection in Stage I Cutaneous melanoma. *Ann. Surg.* 182: 572, 1975.
- CLARK, W.H.H.: The histogenesis and biological behavior of primary human malignant

**Cuadro VIII**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

<b>ESTADIO CLINICO (JOHNSON MODIF.)</b>		
I . . . . .	15 CASOS . .	65.10%
II . . . . .	6 CASOS . .	26.20%
III . . . . .	2 CASOS . .	8.70%
IV . . . . .	0 CASOS . .	0.00%
<b>TOTAL . . . .</b>	<b>23 CASOS . .</b>	<b>100.00%</b>

nant Melanomas of the skin. *Cancer Research* 29: 705, 1969.

- DAS GUPTA, T.K.: Results of treatment of 269 patients with primary cutaneous melanoma, a five years prospective study *Ann. Surg.* 186: 201, 1977.
- DAVIS, N.C.: Cutaneous melanoma. The Queensland experience. *Curr.Prob. Surg.* 12: 63, 1976.
- FORTNER, J.G. et al: Biostatistical basis of elective node dissection for malignant melanoma. *Ann. Surg.* 186: 101, 1977.
- FORTNER, J.G. et al: Results of groin dissection in 220 patients with malignant melanoma. *Surgery*, 55: 485, 1964.
- GOLDSMITH, H.S. et al: Prognostic significance of lymph node dissection in the treatment of malignant melanoma. *Cancer* 26:606, 1970.
- HOLMER, E.C. et al: A rational approach to the surgical management of melanoma. *Ann. Surg.* 186:480,1977.
- JOHNSON, R.E.: Occult lymphatic metastasis in malignant melanoma of the skin. *Ann. Surg.* 146: 931, 1967.
- KNUTSON, HORI: Cutaneous melanoma. *Curr. Prob. Surg.* 6, 71, 1971.
- LANE, N. et al: Clinicopathological correlations in a series of 117 malignant melanomas of the skin. *Cancer*, 11: 1025, 1958.
- MAGNUS, K.: Prognosis in malignant melanoma of the skin. Significance of stage of disease anatomical site, sex, age and period of diagnosis. *Cancer* 40: 389, 1977.
- SEIGLER, H.F.: Current management of melanoma. *Ann.Surg.*186:1, 1977.

**Cuadro IX**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

<b>TIPO DE OPERACION PRACTICADA</b>		
Resección lesión . . . . .	2 casos . . .	8.68%
Resección lesión seguida de exéresis amplia . . . . .	6 casos . . .	31.08%
Resección lesión seguida de exéresis amplia y vaciamiento ganglionar . . . . .	5 casos . . .	26.70%
Exéresis amplia y vacimianto ganglionar . . . . .	5 casos . . .	26.70%
Amputación . . . . .	2 casos . . .	8.68%
Resección lesión seguida de amputación y vaciamiento ganglionar . . . . .	3 casos . . .	13.16%

**Cuadro X**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

<b>DIAGNOSTICO HISTOLOGICO EN RELACION PRIMERA INTERVENCION</b>		
BIOPSIA CONGELACION (+) . . . . .	1 caso . . . . .	4.34%
BIOPSIA PREVIA DUDOSA . . . . .	1 caso . . . . .	4.34%
BIOPSIA PREVIA POSITIVA . . . . .	7 casos . . . . .	30.42%
SIN BIOPSIA . . . . .	11 casos . . . . .	47.34%
LIMITES RESECCION (+). . . . .	2 casos . . . . .	8.68%



**Cuadro XI**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

EVOLUCION POSTOPERATORIA		
SIN COMPLICACIONES . . . . .	6 Casos . . . . .	30.46%
CON COMPLICACIONES . . . . .	15 Casos . . . . .	60.86%
– Dehiscencia herida . . . . .	3 Casos	
– Pérdida injerto . . . . .	3 Casos	
– Recidiva lesión local . . . . .	5 Casos	
– Recidiva lesión regional . . . . .	1 Caso	
– Linfedema . . . . .	3 Casos	
– Hematoma . . . . .	1 Caso	
DESCONOCIDA . . . . .	2 Casos . . . . .	8.68%

**Cuadro XII**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

NIVEL DE CLARK		
I . . . . .	0 casos . . .	0
II . . . . .	4 casos . . .	17.39%
III . . . . .	3 casos . . .	13.04%
IV . . . . .	5 casos . . .	21.73%
V . . . . .	10 casos . . .	43.47%
Se ignora . . .	1 caso . . .	4.34%

**Cuadro XIII**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

TRATAMIENTO ASOCIADO		
1) Quimioterapia: . . . . .	4 casos	17.50%
– Thiotepa . . . . .	1 caso	4.34%
– Alkeran . . . . .	1 caso	4.34%
– 5 FU-MTX-Oncovín . . . . .	2 casos	8.68%
2) Inmunoterapia (BCG) . . . . .	2 casos	8.68%
3) Quimio e Inmuno. . . . .	2 casos	8.68%
4) Sin tratamiento asoc. . . . .	15 casos	70.14%

**Cuadro XIV**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

ESTADO ACTUAL		
SIGUEN CONTROL SIN EVIDENCIA ENF. . .	10 casos . . .	43.46%
SE IGNORA . . . . .	6 casos . . .	26.08%
FALLECIDOS . . . . .	7 casos . . .	30.46%

**Cuadro XV**  
**Sección de Cirugía Hospital México**  
**MELANOMA**

<b>RELACION ENTRE ESTADIO CLINICO, NIVEL DE CLARK Y CONDICION ACTUAL</b>				
<b>Estadío Clínico</b>	<b>Nivel de Clark</b>	<b>Condición Actual</b>		
		<b>Vive</b>	<b>Fallecido</b>	<b>Se ignora</b>
I	II	2	0	0
I	III	1	0	0
I	IV	3	0	0
I	V	4	1	3
II	II	0	2	0
II	III	0	1	1
II	IV	0	1	1
II	V	0	0	0
III	II	0	0	0
III	III	0	0	0
III	IV	0	0	0
III	V	0	1	1
I	Descon.	0	1	0