

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

Prevalencia de melanomas en pacientes de 45 a 80 años  
atendidos en el Hospital General Monte Sinaí desde mayo del  
2023 a mayo del 2024.

**AUTORAS:**

Alencastro Ramírez Nahomy Elizabeth  
Rodriguez Rúa Nataly Mahiroby

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
MÉDICO**

**TUTOR:**

Dra. Mayo Galban Caridad Isabel

**Guayaquil, Ecuador**

**10 de mayo del 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Alencastro Ramírez, Nahomy Elizabeth y Rodriguez Rúa, Nataly Mahiroby**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

**TUTOR**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Mayo Galban Caridad Isabel**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis**

**Guayaquil, 10 de mayo 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Nosotros**, Alencastro Ramírez, Nahomy Elizabeth y  
Rodríguez Rúa, Nataly Mahiroby

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de melanomas en pacientes de 45 a 80 años atendidos en el Hospital General Monte Sinaí desde mayo del 2023 a mayo del 2024**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2025**

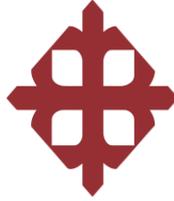
**LAS AUTORAS:**

f. \_\_\_\_\_

Alencastro Ramírez Nahomy Elizabeth

f. \_\_\_\_\_

Rodríguez Rúa Nataly Mahiroby



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

**Nosotros**, Alencastro Ramírez, Nahomy Elizabeth y  
Rodríguez Rúa, Nataly Mahiroby

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de melanomas en pacientes de 45 a 80 años atendidos en el Hospital General Monte Sinaí desde mayo del 2023 a mayo del 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2025**

**LAS AUTORAS:**

f. \_\_\_\_\_  
Alencastro Ramírez Nahomy Elizabeth

f. \_\_\_\_\_  
Rodríguez Rúa Nataly Mahiroby

## REPORTE COMPILATIO



TUTOR (A):

f. \_\_\_\_\_  
**Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel.**

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, fuente infinita de amor, sabiduría y fortaleza, quien fue mi guía en los momentos más oscuros, quien me sostuvo con su mano en los momentos de duda. Sin el, este sueño llamado “carrera profesional”, no habría sido posible. Él ha sido mi refugio, mi impulso y mi mayor certeza de que, incluso en los días más difíciles, había un propósito mayor detrás de cada desafío.

A mis padres, pilares fundamentales en mi vida, GRACIAS. Gracias por su amor incondicional, su sacrificio silencioso, y por enseñarme a caminar con dignidad y perseverancia. Sus palabras de aliento y su ejemplo de trabajo honesto son la herencia más valiosa que me han dado. Esta meta es tan mía como de ustedes, cada logro que hoy celebro lleva su huella de esfuerzo y fe brindada por ustedes hacia mí.

A mis hermanos, Pietro y Alessia, qué difícil encontrar palabras para expresar lo que significan para mí. Ustedes, que tuvieron que dejar su país, su hogar, su niñez, para buscar su propio camino en tierras nuevas. Que aprendieron a ser valientes cuando aún eran tan jóvenes, y que enfrentaron el mundo con una madurez que me conmueve hasta lo más profundo. Todo mi esfuerzo, cada desvelo, cada paso en este proceso, lleva su nombre. Porque deseo con el alma que me vean y sientan orgullo. Que sepan que todo esto también lo hago por ustedes, esperando que encuentren en mí no solo a una hermana que los ama con todo su ser, sino también a un ejemplo que les recuerde que los sueños sí se alcanzan. Gracias por ser inspiración, fuerza y amor puro en mi vida.

A mi querida abuela materna, a quien llevo en el corazón como un tesoro de amor y sabiduría. Sus oraciones, sus consejos sencillos llenos de verdad, y su ternura infinita me han acompañado y sostenido en esta travesía. Mamita, tu amor ha sido el abrigo que me protegió cuando el cansancio amenazaba con rendirme.

A mis tíos y primos, gracias por ser mi red de apoyo y mis cómplices en la vida. Cada gesto de cariño, cada palabra de aliento y cada muestra de fe en mí ha sido una chispa que me impulsó a seguir adelante. Su presencia en mi

vida ha sido un recordatorio constante de que nunca camino sola. A mi tía María Marcirene, quien fue el ejemplo vivo de que una mujer sola, puede salir adelante pese a cualquier obstáculo, aunque hoy en día una enfermedad inesperada ha robado tu esencia, seguirás siendo mi inspiración. Tio Wachito, aunque hoy ya no esté entre nosotros, siempre recordaré tu perseverancia, tu positivismo que me impulsaron a ser hoy lo que soy, es que no se muere el que se va, se muere el que se olvida y tu sigues presente en cada paso que doy.

A mi tutora Dra Caridad Mayo, quien más que una guía académica se convirtió en una fuente de inspiración. Gracias por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba, por exigir lo mejor de mi trabajo y de mi ser, y por acompañarme con paciencia, sabiduría y compromiso en cada paso de este proceso. Su confianza me enseñó que los grandes logros se construyen no solo con conocimiento, sino también con pasión y entrega.

Finalmente, a mi amiga y compañera de tesis Nahomy, mi compañera de batallas y alegrías en este camino. Gracias por tu entrega, tu paciencia infinita y tu amistad sincera. Juntas aprendimos que el trabajo en equipo no solo es sumar esfuerzos, sino también compartir sueños, frustraciones y victorias. Sin tu apoyo, esta travesía habría sido mucho más difícil. Gracias por ser faro en los momentos de niebla, alegría en los momentos de logro y por haberme acompañado en esta travesía. El colegio con hizo coincidir, pero la universidad nos hizo conocernos, amarnos y convertirnos en una sola.

A cada uno de ustedes, gracias por creer en mí, por sostenerme cuando flaqueé, y por ser parte esencial de este logro que hoy celebro con humildad y profundo agradecimiento. Esta tesis lleva no solo mi nombre, sino también un pedazo del amor, la fe y la esperanza que ustedes sembraron en mi vida.

*Nataly Mahiroby Rodriguez Rua*

## AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Diosito quien fue mi apoyo espiritual en los momentos donde dudé de si estaba en la carrera correcta, ir a misa y conversar con él siempre fui mi refugio más seguro, gracias por permitirme alcanzar este logro que es fruto de su gracia y mi esfuerzo.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi querida Mazotita, Daisy Edith Montaña Arismendi. Gracias por tu amor incondicional, tu sabiduría silenciosa y tu fortaleza, que siempre han sido un ejemplo para mí. Tus palabras, tus historias y tus consejos me han acompañado en los momentos más difíciles y también en los más felices de este camino.

Aunque quizás no comprendiste todos los detalles de mi carrera, siempre entendiste la importancia de mis sueños, y eso me dio la fuerza para seguir adelante. En cada lágrima derramada durante los momentos de frustración, tus brazos siempre estuvieron listos para sostenerme con un abrazo, diciéndome que todo estaría bien. Cuando sentía inseguridad y miedo antes de un examen, una sola llamada tuya era más que suficiente para calmarme y dar lo mejor de mí. Desde el momento en que decidí estudiar Medicina, fuiste la única que me apoyó y confió en mí con los ojos cerrados. Soy lo que soy gracias a tu amor incondicional. Como siempre te lo digo: no me faltes nunca.

A mi mamá y mi familia,

Gracias por ser mi sostén incondicional a lo largo de este desafiante camino. Cada uno, a su manera, ha sido una fuente constante de apoyo, motivación y amor.

Gracias por comprender mis ausencias, por tolerar mis silencios, y por celebrar cada pequeño logro como si fuera propio. Este título no es solo mío: es también el resultado del esfuerzo, la paciencia y el cariño que me brindaron durante todos estos años.

Hoy, al ver cumplido este sueño, quiero que sepan que cada página de esta historia lleva su huella

A mi querida tutora Caridad, quiero agradecer de todo corazón, por haber estado siempre a mi lado con tanto cariño, paciencia y sabiduría. Más que una

guía académica, ha sido como una madre en este camino, apoyándome en cada paso y dándome fuerzas cuando más lo necesitaba. Nunca olvidaré todo lo que hizo por mí, cada consejo lo tengo atesorado en mi corazón. Gracias, por tanto.

A mi compañera y amiga de tesis Mahiroby Rodriguez gracias por ser parte de esta historia que comenzó hace tantos años, cuando aún éramos dos adolescentes compartiendo sueños en el colegio, sin imaginar que algún día estaríamos aquí, cerrando juntas un capítulo tan importante en la universidad.

Hemos recorrido un largo camino lleno de madrugadas con dulces, carcajadas inesperadas, momentos de duda y también de pequeñas victorias que supimos celebrar con el corazón. Tu entrega, tu constancia y esa chispa que nunca se apaga han sido un motor fundamental en este proceso.

Trabajar contigo en esta tesis fue un regalo. Tu compromiso, apoyo y buena energía hicieron todo más llevadero. Me siento muy afortunada de haber recorrido este camino a tu lado, y sé que aún nos esperan muchas cosas buenas juntas

Gracias por tanto. Lo mejor aún está por venir.

Con todo mi cariño y gratitud.

*Nahomy Elizabeth Alencastro Ramírez*

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi querido abuelito Calucho, que, aunque ya no está físicamente en esta vida, sé que sigue presente en cada logro mío. Tu amor, tu fuerza y tus enseñanzas quedaron sembradas en mi corazón. En cada momento de duda pensé en ti, en lo orgulloso que estarías de verme cumplir este sueño. Esta meta también es tuya, porque tu recuerdo me sostuvo cuando flaqueé. Espero que desde el cielo me mires con ternura y te sientas profundamente orgulloso de tu nieta.

Y a mis padres, los verdaderos arquitectos de este sueño. Gracias por su esfuerzo incansable, por cada sacrificio silencioso, por cada palabra de aliento cuando más lo necesitaba. Ustedes creyeron en mí incluso en los días en que yo misma dudaba. Me enseñaron el valor del trabajo honesto, del amor sin condiciones y de la perseverancia como camino. Gracias por sostenerme, por impulsarme y por nunca dejar que olvide de dónde vengo. Esta tesis, este título y todo lo que soy, se lo debo a ustedes, todo esto es también su triunfo. Con todo mi amor, mi gratitud eterna y mi promesa de seguir honrándolos cada día.

*Nataly Mahiroby Rodriguez Rua*

## DEDICATORIA

A mi mazotita,  
con todo mi amor y gratitud.

Dedico esta tesis a ti, que fuiste mi inspiración constante y mi mayor ejemplo de fortaleza, ternura y sabiduría. Gracias por tu amor incondicional, por tus palabras de aliento en los momentos difíciles y por enseñarme, sin saberlo, la importancia de cuidar a los demás con el corazón.

Tu fe en mí ha sido mi impulso, y cada logro en este camino lleva tu nombre. No me faltes nunca. Esta meta alcanzada es tan tuya como mía.

Con todo mi corazón, Nahomy.

*Nahomy Elizabeth Alencastro Ramírez*



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ  
DIRECTOR DE CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO  
COORDINADOR DE TITULACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**OPONENTE**

# INDICE GENERAL

## Contenido

INDICE GENERAL .....	XIII
INDICE DE TABLAS .....	XV
INDICE DE FIGURAS .....	XV
RESUMEN .....	XVI
ABSTRACT .....	XVII
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I .....	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	3
1.4. OBJETIVOS.....	4
CAPÍTULO II .....	5
MARCO TEÓRICO .....	5
2. GENERALIDADES DE MELANOMAS.....	5
2.1. DEFINICIÓN .....	5
2.2. EPIDEMIOLOGIA.....	5
2.3. ETIOLOGÍA .....	6
2.4. FISIOPATOLOGÍA.....	6
2.5. DIAGNOSTICO .....	7
2.6. PRESENTACIONES CLÍNICAS .....	7
2.7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	8
2.8. MANEJO Y TRATAMIENTO .....	8
2.9. PRONOSTICO.....	9
2.10. PREVENCIÓN .....	9
CAPITULO III .....	10
3. MATERIALES Y MÉTODOS .....	10
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	10
3.2. POBLACION Y MUESTRA .....	10
3.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	10
3.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	11
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION Y ANALISIS DE LOS DATOS.....	12

3.6.	MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	12
3.7.	ASPECTOS ETICOS .....	12
CAPITULO IV .....		13
4.	RESULTADOS Y DISCUSION .....	13
4.1.	RESULTADOS.....	13
4.2.	DISCUSION .....	16
CAPITULO V.....		19
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	19
5.1.	CONCLUSIONES .....	19
5.2	RECOMENDACIONES.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....		20
.....		

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Características SOCIODEMOGRÁFICAS de la población de estudio.....	13
<b>Tabla 2.</b> Características de los melanomas dentro de la población de estudio. ....	14
<b>Tabla 3.</b> Complicaciones sistémicas de los pacientes con melanoma.....	15

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribucion del sexo de la población de estudio.....	31
<b>Figura 2.</b> Distribución de subtipos de melanoma en la población de estudio.....	32
<b>Figura 3.</b> Complicaciones sistémicas de la población de estudio.....	33

## RESUMEN

**Introducción:** El melanoma es un cáncer cutáneo agresivo cuya incidencia ha aumentado en las últimas décadas. En etapas tempranas se presenta de forma superficial y con altas tasas de curación, pero al invadir la dermis, puede metastatizar. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de melanomas en pacientes de 45 a 80 años atendidos en el Hospital General Monte Sinaí desde mayor del 2023 a mayo del 2024. **Metodología:** Este estudio tuvo un diseño retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes y se utilizó estadística descriptiva para expresar los resultados. **Resultados:** Se analizaron 78 pacientes con diagnóstico de melanoma. Hubo un ligero predominio masculino (53,8%) y la edad más frecuente fue de 73 a 80 años (33,3%). La mayoría se autoidentificó como mestiza (73,1%). En cuanto al IMC, el 37,2% presentó sobrepeso. El subtipo más común fue el melanoma superficial diseminado (78,2%), seguido del melanoma lentiginoso acral (11,5%). La localización más frecuente fue en los miembros superiores (35,9%), seguida del tronco (29,4%). El 62,8% presentó un índice de Breslow menor a 1 mm. Entre las complicaciones, la metástasis fue la más prevalente (21,8%), seguida del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (11,5%) y el síndrome paraneoplásico (7,7%). **Conclusiones:** El melanoma no es un cáncer de alta prevalencia, pero impacta significativamente la calidad de vida debido a sus complicaciones, como la metástasis. En nuestra población, su forma más común y menor espesor permitieron una sobrevida superior a la esperada.

**Palabras claves:** melanoma, mortalidad, cáncer, índice de breslow

## ABSTRACT

**Introduction:** Melanoma is an aggressive skin cancer whose incidence has increased in recent decades. In early stages it presents superficially and with high cure rates, but when it invades the dermis, it can metastasize. **Objective:** To determine the prevalence of melanomas in patients aged 45 to 80 years treated at Mount Sinai General Hospital from May 2023 to May 2024. **Methodology:** This study had a retrospective, observational, descriptive, and cross-sectional design. The patients' medical records were analyzed, and descriptive statistics were used to express the results. **Results:** Seventy-eight patients with a diagnosis of melanoma were analyzed. There was a slight male predominance (53.8%) and the most frequent age was 73 to 80 years (33.3%). The majority self-identified as mixed race (73.1%). Regarding BMI, 37.2% were overweight. The most common subtype was superficial disseminated melanoma (78.2%), followed by acral lentiginous melanoma (11.5%). The most frequent location was the upper limbs (35.9%), followed by the trunk (29.4%). A Breslow index of less than 1 mm was found in 62.8%. Among complications, metastasis was the most prevalent (21.8%), followed by systemic inflammatory response syndrome (11.5%) and paraneoplastic syndrome (7.7%). **Conclusions:** Melanoma is not a highly prevalent cancer, but it significantly impacts quality of life due to its complications, such as metastasis. In our population, its more common form and lesser thickness allowed a longer than expected survival.

**Key words:** melanoma, mortality, cancer, breslow index.

## INTRODUCCION

El melanoma es el quinto cáncer más común en países de primer mundo, que tiene la misma incidencia en hombres que en mujeres, y esta aumenta con la edad (1,2) La incidencia anual estandarizada por edad del melanoma en todo el mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 22 por cada 100.000 personas y ha ido aumentando en las últimas décadas (3). Sin embargo, no está claro hasta qué punto esto representa un aumento en la incidencia real de la enfermedad o un aumento en el diagnóstico de melanoma fino debido a una mayor detección o un cambio en las tasas de biopsia o diagnóstico histopatológico (3,4).

La mayoría de los melanomas surgen como tumores indolentes superficiales que se limitan a la epidermis, donde permanecen durante varios años. Durante esta etapa, la fase de crecimiento horizontal o "radial", el melanoma casi siempre es curable mediante escisión quirúrgica únicamente (4).

Los melanomas que se infiltran profundamente en la dermis están en una fase de crecimiento "vertical" y con mayor riesgo de producirse metástasis. El diagnóstico se realiza mediante una biopsia de la lesión (5,6). A pesar de que se ha descrito que la exposición al sol es un factor de riesgo, esto no es en todos los casos, en las personas que tienen una mayor cantidad de melanocitos, no se produce el mismo efecto cancerígeno (6).

En el caso de las personas con melanoma invasivo, las tasas de supervivencia a cinco años superan en promedio el 90% (4,6). Las tasas de supervivencia dependen del estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico y la supervivencia disminuye de manera constante a medida que aumenta el grosor del tumor y el estadio de la enfermedad (7,8). Los cuatro subtipos principales de melanoma cutáneo invasivo: es decir, melanoma de extensión superficial, lentigo maligno, lentiginoso acral y nodular (9,10).

# **CAPITULO I**

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El melanoma es el tumor maligno cutáneo con mayor potencial de metástasis, que se origina en los melanocitos, es actualmente una de las neoplasias más frecuentes a nivel mundial. Su incidencia ha mostrado un incremento sostenido en las últimas décadas, una tendencia que se atribuye a una serie de factores de riesgo tanto ambientales como genéticos, tales como la exposición prolongada a la radiación ultravioleta, antecedentes familiares de melanoma, mutaciones genéticas específicas, y el tipo de piel.

Según las cifras regionales, este aumento de casos se acompaña de una menor sobrevida y deterioro de la calidad de vida de los pacientes, convirtiéndolo en un problema de salud pública (3,4). Sin embargo, en nuestro país, no contamos con un perfil epidemiológico claro que nos permita situar las características sociodemográficas y clínicas que más afectan en nuestra población, que tendrían el propósito de implementar y fortalecer medidas preventivas y tratamientos oportunos a los pacientes desde el primer nivel de atención.

### **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia del melanoma en los pacientes de 45 a 80 años atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo de enero del 2023 a diciembre del 2024?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El melanoma se ha posicionado como uno de los tumores malignos con mayor capacidad de invasión a los tejidos subyacentes, por ende, un alto grado de metástasis. La OMS señala que, en los últimos se han detectado más de 100,000 nuevos casos. Según datos del registro oficial de causas de muerte en nuestro país, en los últimos 10 años, la incidencia de melanoma ha tenido

un aumento de alrededor del 25%, resaltando la necesidad de investigaciones locales (9,10). Además, la identificación de la prevalencia del melanoma en esta institución permitirá evaluar la efectividad de las estrategias actuales de detección y tratamiento, y servirá como base para la implementación de mejoras en el manejo de esta enfermedad.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la prevalencia de melanomas en pacientes de 45 a 80 años atendidos en el Hospital General Monte Sinaí desde mayor del 2023 a mayo del 2024.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Distribuir a los pacientes con melanoma según el grupo etario, sexo, raza e índice de masa corporal.
- Identificar las características más frecuentes de los melanomas en la población de estudio, incluyendo el subtipo, ubicación y el índice de Breslow.
- Identificar las complicaciones sistemáticas relacionadas a los pacientes con melanomas.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2. GENERALIDADES DE MELANOMAS**

##### **2.1. DEFINICIÓN**

El melanoma es un tipo de cáncer, que tiene su origen en los melanocitos, células que cumplen la función de producir melanina, la coloración de la piel. Se pueden encontrar en cualquier parte de la piel y mucosas. Se considera una neoplasia agresiva con una facilidad para hacer metástasis en otros órganos debido a que usa la vía linfática y sanguínea para diseminarse en un corto periodo de tiempo (11,12).

##### **2.2. EPIDEMIOLOGIA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima una incidencia anual de 2.8 por cada 100000 habitantes y una mortalidad de 0.6. Estudios realizados han evidenciado un incremento en la incidencia. Representa el 4% de todos los cánceres de piel, pero a pesar de esto el 80% de las muertes por cáncer de piel es responsabilidad de los melanomas. En lo que respecta a la etnia, las personas de raza blanca tienen una mayor predisposición que la raza negra, y no existe un predominio en el género, ya que tanto hombres como mujeres pueden presentarla por igual. Un factor fundamental es la región geográfica, ya que hay zonas en el mundo que están más expuestas a los rayos solares, y por ende en estos países la incidencia será mayor (13,14,15).

A pesar de que los datos en América Latina sobre este tema son escasos, se estima que esta enfermedad es diagnosticada anualmente en 2800 latinoamericanos, y que esta región a diferencia de otras presenta una incidencia menor. Países como: Brasil, Colombia, Perú y Ecuador enfrentan un mayor riesgo de melanoma por la intensidad de la radiación ultravioleta, de igual manera en Argentina, Chile y Uruguay por la ascendencia de la raza blanca. En el 50% de los casos esta neoplasia empieza con un nevus, que es una coloración pigmentada marrón o negruzca (13,14,15).

En Ecuador el cáncer de piel es uno de los más frecuentes, pero dentro de este, solo el 1% corresponde a melanoma. Las estadísticas de estudios realizados en nuestro país varían, sobre todo por un infradiagnostico, como en el 2020 donde se estima que el 20.87% de casos sobre cáncer de piel no fueron diagnosticados correctamente (13,14,15).

### 2.3. ETIOLOGÍA

La etiología del melanoma es multifactorial, donde influyen factores genéticos, ambientales, entre otros, que pueden aumentar el riesgo de desarrollarla (16).

Entre estos factores, se enlista:

- Radiación ultravioleta
- Tipo de piel: raza blanca con fototipo de piel clara tienen mayor predisposición
- Antecedentes familiares de melanoma
- Mutaciones en genes CDKN2A y BRAF, los cuales pueden llegar a heredarse
- Lunares atípicos o numerosos
- Personas inmunocomprometidas por algún tratamiento inmunosupresor o trasplante
- Edad avanzada
- Enfermedades con alteraciones de la pigmentación como el albinismo

### 2.4. FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología del melanoma implica cambios genéticos y epigenéticos estimulados por la exposición a radiación UV y predisposiciones genéticas. La radiación daña el ADN de los melanocitos, generando mutaciones en genes como BRAF, NRAS, KIT y TP53, activando vías de señalización como MAPK y PI3K-AKT. Las mutaciones en BRAF o NRAS estimulan el crecimiento celular descontrolado, mientras que la mutación en KIT está vinculada a melanomas en áreas menos expuestas al sol. Estas alteraciones también permiten la evasión del sistema inmunológico, lo que facilita la diseminación del cáncer a otros órganos y la formación de metástasis, complicando su tratamiento en etapas avanzadas (17).

## **2.5. DIAGNOSTICO**

Establecer un diagnóstico temprano para una pronta resolución es lo adecuado. El diagnóstico clínico es fundamental en esta patología, ya que se debe examinar detalladamente y cuidadosa para apreciar las características clínicas del tumor y así poder describirse, es así que se ha implementado el sistema ABCDE, donde se evalúan los criterios como: asimetría, bordes irregulares, color, diámetro > de 6mm, elevación y evolución. Inicialmente las lesiones sospechosas sugestivas de melanoma empiezan con la variación de su tamaño y el cambio repentino de su coloración, lo cual se ha evidencia en el 70% de los casos. Siempre y cuando el diagnóstico clínico con este sistema de criterios no sea lo suficiente para confirmar, deberá realizarse una biopsia por escisión (17,18).

Como exámenes complementarios para apoyo al diagnostico se puede usar la luz de Wood, la cual en lesiones de melanoma pueden ser absorbidas por la melanina (17,18).

Se puede usar el ultrasonido, pero solo para conocer si esta lesión presenta una vascularización (17,18).

Uno de los principales métodos es la dermatoscopia, el método de dos etapas en dermatoscopia es clave para diagnosticar lesiones pigmentadas: melanocíticas o no en la primera etapa, y malignas o benignas en la segunda (17,18).

En el caso de la biopsia, La American Academy of Dermatology y la National Comprehensive Cancer Network recomiendan biopsias de melanoma con márgenes laterales de 1 a 3mm. Si no hay alta sospecha, se pueden hacer fotografías clínicas y dermatoscópicas con seguimiento estricto a los tres meses. Si hay cambios, se necesita una biopsia (17,18).

## **2.6. PRESENTACIONES CLÍNICAS**

- Melanoma de extensión superficial: Es el subtipo más frecuente, que representa cerca del 70% de los casos. De forma inicial se desarrolla en la capa más superficial de la piel, antes de profundizar. Se

manifiesta generalmente como una lesión de tonalidad marrón o negra, con los bordes irregulares y una variabilidad en su tamaño y en su forma (13,17).

- Melanoma nodular: Se caracteriza por un crecimiento acelerado en profundidad. La presentación usualmente se asemeja a un bulto o nódulo oscuro, que puede ulcerarse y sangrar con facilidad. Su prevalencia oscila entre el 15-20% de los casos (13,17).
- Lentigo maligno melanoma: Suele presentarse en zonas del cuerpo con mayor exposición al sol, como el rostro y el cuello, en personas mayores. El crecimiento es lento y se manifiesta de forma de mancha plana, de un color marrón oscuro, que tiende a negro con los bordes irregulares (13,17).
- Melanoma acral lentiginoso: Es la forma menos común, y se localiza en las áreas con menor exposición solar, como las palmas, plantas de los pies y debajo de las uñas. Es más frecuente en personas de raza negra y su detección temprana suele ser un desafío (13,17).

## **2.7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Paciente que se sospecha de melanoma, debe descartar las siguientes patologías (19):

- Nevo azul
- Querato acantoma
- Epitelioma basocelular
- Granuloma piógeno
- Epitelioma espinocelular
- Sarcoma de Kaposi
- Lentigo solar

## **2.8. MANEJO Y TRATAMIENTO**

El tratamiento se aplica tomando en consideración el estadio o estratificación del tumor:

- Etapa temprana: se puede realizar cirugía y biopsia de ganglio centinela (20,21).

- Etapa avanzada: A parte de la cirugía, se puede aplicar inmunoterapia adyuvante para evitar la recaída y la terapia dirigida (20,21).
- Etapa metastásica: Inmunoterapia, terapia dirigida, se suma la quimioterapia que en ciertos casos ha presentado resultados favorables, y la radioterapia si existe metástasis en otras partes del cuerpo, como en el cerebro, así mediante este tratamiento podemos reducir el tamaño del tumor (20,21).

## **2.9. PRONOSTICO**

El tratamiento eficaz en estos casos es la cirugía, se puede establecer un pronóstico de acuerdo con el tipo de tumor, su riesgo y profundidad (20,21):

- Pronostico A: bajo riesgo, profundidad <1mm. Supervivencia a 5 años aproximadamente un 92.5%
- Pronostico B: riesgo intermedio, profundidad de 1-4mm. Supervivencia a 5 años del 72.6%
- Pronostico C: riesgo alto, profundidad >4mm. Supervivencia a 5 años de 48%

## **2.10. PREVENCIÓN**

Para prevenir todo tipo de cáncer de piel es importante evitar o reducir la exposición a los rayos UV, usar bloqueador solar, ropa que cubra la mayor parte del cuerpo, y auto examinarse para que, si encuentra una lesión, y esta le llama la atención, pueda acercarse al centro de salud más cercano para que le hagan un seguimiento de este y poder descartar un riesgo de malignidad (20,21).

## **CAPITULO III**

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio será de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Al no haber intervención por parte de los investigadores, se clasificará como observacional. La medición de las variables se realizará en una única ocasión dentro del periodo de estudio establecido. La investigación se llevará a cabo en el Hospital General Monte Sinaí.

#### **3.2. POBLACION Y MUESTRA**

##### **3.2.1 POBLACION**

La población estará conformada por todos los pacientes con diagnóstico de melanoma tipificados con el CIE-10: C430 a C439 que fueron atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2023 al 2024.

##### **3.2.2 MUESTRA**

La muestra se seleccionó utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se incluyó a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión previamente definidos y contaban con datos completos y verificables en sus historias clínicas.

#### **3.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

##### **3.3.1 Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de melanoma.
- Pacientes entre 45 a 80 años
- Pacientes con diagnóstico de melanoma
- Pacientes atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo 2023 al 2024

##### **3.3.2 Criterios de exclusión:**

- Historias clínicas incompletas

### 3.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	TIPO	RESULTADO FINAL
Edad	Reporte médico	Cuantitativa continua	45 - 51 años 52 - 58 años 59 - 65 años 66 - 72 años 73 - 80 años
Sexo	Reporte médico	Categórica nominal dicotómica	Femenino / Masculino
Raza	Reporte médico	Categórica nominal politómica	Mestiza Afrodescendiente Blanco Mulato Indígena
IMC	Reporte médico	Categórica nominal politómica	Bajo Peso Normal Sobrepeso Obesidad
Subtipo de melanoma	Reporte médico	Categórica nominal politómica	Melanoma de propagación superficial Melanoma nodular Melanoma lentigo maligno Melanoma lentiginoso acral Melanoma amelanótico Melanoma sintetizador de pigmentos.
Indice de Breslow	Reporte médico	Categórica nominal politómica	< 1 mm 1 – 2 mm 2 – 4 mm > 4 mm

Complicaciones sistémicas del melanoma	Reporte médico	Categórica nominal politómica	Metástasis Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica. Anemia Trombocitopenia Leucopenia Pérdida de peso
--	----------------	-------------------------------	---

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION Y ANALISIS DE LOS DATOS.**

La recolección de la información se realizó mediante la revisión de las historias clínicas que reposaban en el sistema operativa del nosocomio. La información solicitada se nos entregó por parte del departamento de estadística, en el que constaban el número de historia clínica de cada paciente. Esta información fue ordenada en una base de datos en Microsoft Excel.

### **3.6. MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.**

El software estadístico utilizado fue el SPSS versión 26.0, una vez completada la base de datos y extraída la información pertinente para esta investigación. Se realizó estadística descriptiva descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y se analizó las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central según su distribución.

### **3.7. ASPECTOS ETICOS**

Para asegurar la validez y confiabilidad del estudio, se identificó a todos los pacientes incluidos utilizando su número de historia clínica, garantizando así la protección de su privacidad y confidencialidad.

## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSION

#### 4.1. RESULTADOS

Se identificó un total de 78 pacientes diagnosticados con melanoma que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

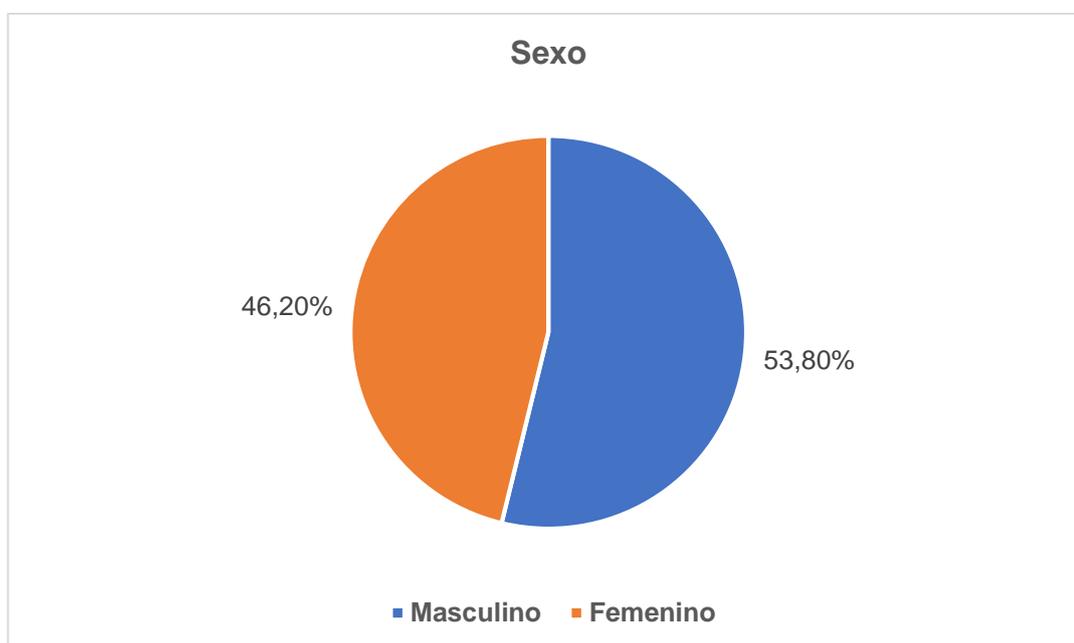
**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la población de estudio.

Variable	n (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	42 (53,8%)
Femenino	36 (46,2%)
<b>Edad, años</b>	
45 a 51	8 (10,3%)
52 a 58	13 (16,7%)
59 a 65	14 (17,9%)
66 a 72	17 (21,8%)
73 a 80	26 (33,3%)
<b>Raza</b>	
Mestizo	57 (73,1%)
Afrodescendiente	7 (9%)
Blanco	2 (2,6%)
Mulato	11 (14,1%)
Indígena	1 (1,3%)
<b>IMC</b>	
Bajo peso	7 (9%)
Normal	32 (41%)
Sobrepeso	29 (37,2%)
Obesidad	10 (12,8%)

Fuente: Base de datos HGMS. Alencastro-Rodriguez. 2025

**Análisis:** La tabla 1 describe las características sociodemográficas de los pacientes estudiados. Hubo un leve predominio del sexo masculino (53,8%), la edad más frecuente fue de 73 a 80 años (33,3%). La raza con la que más se autoidentificaron es con la mestiza (73,1%). En cuanto al IMC, el 37,2% presentó sobrepeso.

**Figura 1.** Distribucion del sexo de la población de estudio.



**Tabla 2.** Características de los melanomas dentro de la población de estudio.

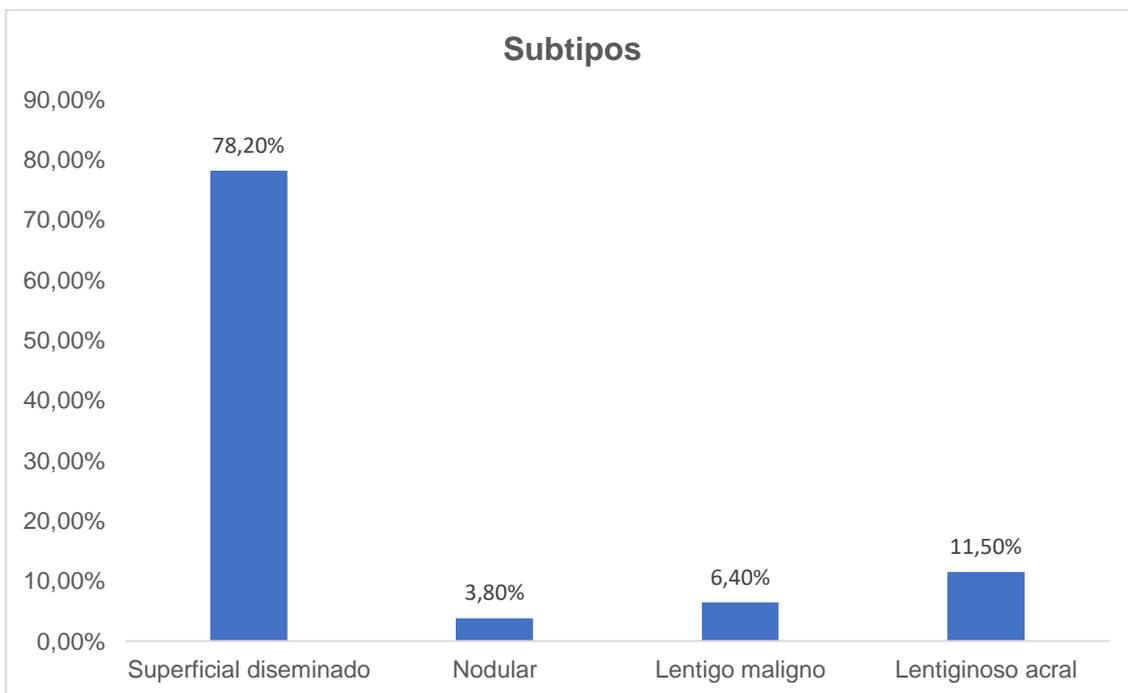
Variable	n (%)
<b>Subtipos</b>	
Melanoma superficial diseminado	61 (78,2%)
Melanoma nodular	3 (3,8%)
Melanoma lentigo maligno	5 (6,4%)
Melanoma lentiginoso acral	9 (11,5%)
<b>Ubicación</b>	
Tronco	23 (29,4%)
Miembro superior	28 (35,9%)
Miembro inferior	16 (20,5%)
Cabeza y cuello	11 (14,1%)
<b>Indice de Breslow</b>	
< 1 mm	49 (62,8%)

1 – 2 mm	9 (11,5%)
2 – 4 mm	16 (20,5%)
> 4 mm	4 (5,1%)

Fuente: Base de datos HGMS. Alencastro-Rodriguez. 2025

**Análisis:** La tabla 2 muestra las características de los melanomas según su tipo, ubicación y el índice de Breslow. El melanoma superficial diseminado es el más frecuente (78,2%), seguido del melanoma acral (11,5%). La localización predominante es en los miembros superiores (35,9%), posteriormente en el tronco (29,4%) y el 62,8% de los casos presentaron un índice de Breslow menor a 1 mm

**Figura 2.** Distribución de subtipos de melanoma en la población de estudio.

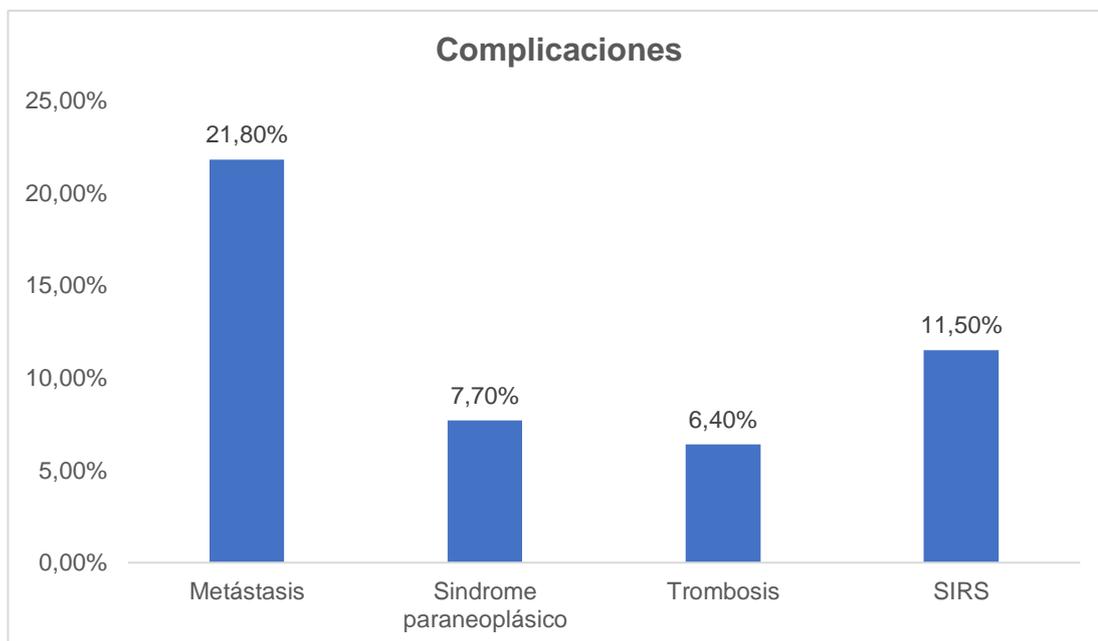


**Tabla 3.** Complicaciones sistémicas de los pacientes con melanoma.

Variable	n (%)
<b>Complicaciones</b>	
Metástasis	17 (21,8%)
Síndrome paraneoplásico	6 (7,7%)
Trombosis	5 (6,4%)
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica	9 (11,5%)

**Análisis:** La tabla 3 se describe las complicaciones sistémicas en la población de estudio. La metástasis es la más frecuente, presente en el 21,8% de los casos, seguida del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (11,5%) y el síndrome paraneoplásico (7,7%).

**Figura 3.** Complicaciones sistémicas de la población de estudio.



## 4.2. DISCUSION

El melanoma es una neoplasia maligna que ganado espacio dentro de los cánceres más frecuentes que afectan a nuestra población, es la forma más letal de neoplasia cutánea. En este trabajo de investigación se identificaron a 78 pacientes con diagnóstico de melanoma que fueron atendidos en el Hospital General Monte Sinaí. En relación con las características sociodemográficas, se observó más pacientes del sexo masculino (53,8%), lo que a diferencia con el autor Cervera-Bonilla S et al (22), en su estudio sobre el melanoma en una población colombiana en el que analizaron 107 pacientes, la razón hombre mujer fue de 0,69:1. Esta diferencia en cuanto al sexo también es compartida por el estudio de Palve JS et al (23), en el que ellos si marcan una diferencia importante en los grupos de estudio del predominio femenino hasta el 67%. Otro estudio que expone una diferencia

mínima, y que equipara ambos sexos es el de Rai P et al (24), en el que sexo femenino esta presente en el 85,6% y masculino 84,3%. Lancellotti MF (25) halló también una ligera predominancia femenina (52,3%), lo que sugiere variabilidad según la población analizada.

La edad más frecuente fue de 73 a 80 años (33,3%), lo que es similar al estudio de Li WQ et al (26), en el que la mayoría de los melanomas se diagnosticaron en pacientes mayores a los 70 años. Este rango de edad también se contrasta con el descrito por Rai P et al (24), en el que la concentración de pacientes es mayor a los 75 a 80 años (86,1%). No obstante, Palve JS et al (23), observó una incidencia en una edad más joven, que abarca desde los 50 a 65 años. Así mismo Patel VR et al (27), encontró también una edad más joven entre los 60 a 69 años (25,4%), en el que pertenecía la mayor parte de la población. Se ha descrito que la edad avanzada es un factor de riesgo para el melanoma, y a pesar de las diferencias atribuibles al entorno geográfico y los factores de exposición.

En cuanto a la distribución racial, el 73,1% de los casos eran mestizos, lo que no guarda relación con lo detallado por Rai P et al (24), donde el 91% de los pacientes eran caucásicos. Patel VR et al (27), también estudio la raza y menciona que la población blanca fue la predominante en el 96,7%. Esta diferencia en cuanto a la raza es esperada por la distinta composición étnica de las poblaciones que se estudiaron.

El melanoma superficial diseminado fue el tipo más frecuente en este estudio (78,2%). De manera similar, Palve JS et al (23) reportaron una prevalencia aún mayor, alcanzando el 92% de los casos. En contraste, Lancellotti MF (25) encontró una menor proporción de este subtipo (60%), en concordancia con los hallazgos de Cervera-Bonilla et al, que encontró que el melanoma lentiginoso acral como el más común en un 42%. lo que sugiere variabilidad en la frecuencia de los subtipos de tumores, pese a que en las regiones vecinas de estima que este tumor es el más común. Respecto a la ubicación de este tumor, el melanoma predominó en los miembros superiores (35,9%). En la misma línea, Cervera-Bonilla S et al (22), reportaron una mayor frecuencia en el tronco (45%), mientras que Patel VR et al (27), encontraron

un predominio en la cabeza y el cuello (38%). Este tipo de variaciones pueden deberse a diferencias en la exposición solar y hábitos de protección en cada población. La exposición solar ha demostrado aumentar el riesgo de melanoma, por las mutaciones del ADN que inducen, lo que las zonas más afectadas frecuentemente son los miembros superiores, que explica su frecuencia alta en esta investigación.

El índice de Breslow mostró que el 62,8% de los pacientes presentaban un espesor menor a 1 mm, en concordancia con los hallazgos de Li WQ et al. (26), quienes reportaron un 59% dentro de este rango. De manera similar, Palve JS et al. (23) encontraron que el 68% de los casos tenían un índice de Breslow menor a 1 mm. Dado que el espesor tumoral se asocia con el riesgo de malignidad, estos resultados refuerzan la relación epidemiológica entre el tamaño del tumor y su potencial agresividad. Esto es comprobado por Cervera-Bonilla S et al (22), en que el índice de breslow era mayor a 0,8 mm, por lo que el mayor porcentaje pertenecían a subtipos malignos y altamente metastásicos.

La metástasis fue la complicación sistemática más común, en el 21,8% de los casos. Este dato es similar a lo reportado por Rai P et al. (24), quienes observaron que, dentro de su población, el 25% tuvieron metástasis. Sin embargo, Palve JS et al. (23) describió una incidencia menor, del 15%, lo que podría estar relacionado con una detección oportuna y temprana.

La principal limitación de este estudio fue el diseño retrospectivo, lo que dificultó el seguimiento de los pacientes y de las complicaciones a corto y largo plazo. Además, el tamaño muestral limita la generalización de los resultados. No obstante, este trabajo tiene varias fortalezas, entre ellas, su contribución a la evidencia actual, ya que existen pocos estudios sobre la prevalencia del melanoma, sus características histopatológicas y otros factores demográficos en nuestra población.

## **CAPITULO V**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

1. No hubo una predominancia significativa entre los sexos, ligeramente hubo más casos en hombres, la edad avanzada fue el grupo etario más afectado, mestizos y con sobrepeso, características compartidas de la población local
2. El melanoma superficial diseminado fue el subtipo de cáncer más común, con una mayor localización de lesiones en los miembros superiores, posiblemente debido a la mayor exposición a las radiaciones ultravioletas.
3. La mayoría de las lesiones tenían un índice de breslow menor a 1 mm, lo que sugería una evolución más benigna.
4. La metástasis fue la complicación más prevalente, propio de este tipo de cáncer.

#### **5.2 RECOMENDACIONES**

1. Realizar estudios multicéntricos de forma prospectiva, para obtener resultados generalizables según la población de nuestro país.
2. Fortalecer los programas de detección precoz de melanoma, especialmente en poblaciones con factores de riesgo como edad avanzada, sobrepeso y alta exposición solar.
3. Implementar campañas educativas sobre fotoprotección y autoexploración cutánea, enfocadas en extremidades superiores, y promover el seguimiento dermatológico regular para detectar lesiones en etapas tempranas, cuando el índice de Breslow aún es bajo y el pronóstico más favorable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Melanoma [Internet]. 2023 (citado el 1 de Agosto del 2024).
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Estadísticas de Cáncer 2020 [Internet]. 2021 (citado el 1 de agosto del 2024)
3. Saginala, K., Barsouk, A., Aluru, J. S., Rawla, P., & Barsouk, A. Epidemiology of melanoma, 2021, Medical sciences, 9(4), 63.
4. Bobos, M. Histopathologic classification and prognostic factors of melanoma: a 2021 update. Italian journal of dermatology and venereology, 156(3), 300-321.
5. Bobos M. Histopathologic classification and prognostic factors of melanoma: a 2021 update. Ital J Dermatol Venerol. 2021 Jun;156(3):300-321. doi: 10.23736/S2784-8671.21.06958-3.
6. Ahmed B, Qadir MI, Ghafoor S. Malignant Melanoma: Skin Cancer- Diagnosis, Prevention, and Treatment. Crit Rev Eukaryot Gene Expr. 2020;30(4):291-297. doi: 10.1615/CritRevEukaryotGeneExpr.2020028454.
7. Dzwierzynski WW. Melanoma Risk Factors and Prevention. Clin Plast Surg. 2021 Oct;48(4):543-550. doi: 10.1016/j.cps.2021.05.001.
8. O'Neill, C. H., & Scoggins, C. R. Melanoma. Journal of surgical oncology, 2019, 120(5), 873-881.
9. Ossio, R., Roldan-Marin, R., Martinez-Said, H., Adams, D. J., & Robles-Espinoza, C. D, 2017. Melanoma: a global perspective. Nature Reviews Cancer, 17(7), 393-394.
10. Domingues, B., Lopes, J. M., Soares, P., & Pópulo, H. Melanoma treatment in review. ImmunoTargets and therapy, 2018, 35-49.
11. Casariego Z. J., Baudo J. E.. Trabajo de revisión: melanoma. Avances en Periodoncia [Internet]. 2004 Dic [citado 2024 Nov 04]; 16( 3 ): 157-177. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852004000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852004000300004&lng=es).
12. Infante Carbonell María Cristina, González Calzadilla María Esperanza, Jaén Infante Lianne, del Valle Piñera Sergio. Melanoma cutáneo: algunas consideraciones actuales. MEDISAN [Internet]. 2019 Feb

- [citado 2024 Nov 04] ; 23( 1 ): 146-164. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192019000100146&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000100146&lng=es).
13. Sapunar Z. Jorge, Pantoja A. Álvaro, Marín D. Luis, Ferrer-Rosende Pedro. Epidemiología y características anatomoclínicas del melanoma maligno en un instituto oncológico. Rev. méd. Chile [Internet]. 2022 Dic [citado 2024 Nov 04] ; 150( 12 ): 1585-1595. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872022001201585&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872022001201585&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872022001201585>.
  14. Ballesteros Zurita N, Melena Zapata J, Narvárez Olalla A. Perfil epidemiológico del cáncer de piel en Ecuador: estudio observacional descriptivo. Rev Med Vozandes. 2023;34(1):33-40.
  15. American Cancer Society. Cáncer de piel tipo melanoma: estadísticas clave [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2023 [citado 2024 Nov 4]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-piel-tipo-melanoma/acerca/estadisticas-clave.html>
  16. Casanova Seumaa JM, Ribera Pibernat M. Melanoma. Aten Primaria. 2004;33(6):335-346. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-melanoma-13059757>. [citado 2024 Nov 4].
  17. Acosta ÁE, Fierro E, Velásquez VE, Rueda X. Melanoma: patogénesis, clínica e histopatología. Rev Asoc Col Dermatol. 2009;17(2):87-108.
  18. Obaldía Mata AP, Murillo Barquero F, Pérez SC. Actualización sobre el abordaje del melanoma cutáneo. Rev Med Sinergia. 2023;8(1). Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v8i1.93>.
  19. Schwartz AR. Melanoma maligno y diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas en piel. Rev Chil Dermatol. 2011;22(6):728-734. DOI: 10.1016/S0716-8640(11)70485-0.
  20. Quinaluisa Erazo CA, Iñiguez Betancourt KS, Ortiz Quiroz PV, Font Batista L. Diagnóstico y tratamiento de melanoma cutáneo. RECIAMUC [Internet]. 6 de febrero de 2020 [citado 4 de noviembre de 2024];4(1):16-178. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/433>
  21. Ospina Aylen Vanessa, Contreras-Mejía Fernando, Yepes-Pérez Andrés, Lehmann Carlos, Bobadilla-Arévalo Iván Andrés, Lema-Medina Mauricio et al . Diagnóstico y tratamiento multidisciplinario de melanoma temprano y

- localmente avanzado. Consenso de expertos. Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO). *rev.colomb.cancerol.* [Internet]. 2021 Dec [cited 2024 Nov 04]; 25( 4 ): 196-209
22. Cervera-Bonilla S, Cuellar-Ríos IC, Castello-Beltrán S, Suárez LP. Melanoma en población colombiana: experiencia en un centro hospitalario de cuarto nivel. *Dermatol Rev Mex.* 2022;66(5):471-477. doi:10.24245/dermatolrevmex.v66i5.8146.
23. Lancellotti MF. Prevalencia de melanoma cutáneo durante el período 2017-2021 en el Servicio de Dermatología del Hospital Fiorito [tesis de grado en Medicina]. Universidad Abierta Interamericana; 2022.
24. Palve JS, Korhonen NJ, Luukkaala TH, Kääriäinen MT. Differences in Risk Factors for Melanoma in Young and Middle-aged Higher-risk Patients. *In Vivo.* 2020;34(2):703-8.
25. Li WQ, Cho E, Wu S, Li S, Matthews NH, Qureshi AA. Host characteristics and risk of incident melanoma by Breslow thickness. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2019;28(1):217–224. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-18-0607
26. Rai P, Shen C, Kolodney J, Kelly KM, Scott VG, Sambamoorthi U. Prevalence and risk factors for multimorbidity in older US patients with late-stage melanoma. *J Geriatr Oncol.* 2021 Apr;12(3):388-393. doi: 10.1016/j.jgo.2020.09.019.
27. Patel VR, Roberson ML, Pignone MP, Adamson AS. Risk of Mortality After a Diagnosis of Melanoma In Situ. *JAMA Dermatol.* 2023 Jul 1;159(7):703-710. doi: 10.1001/jamadermatol.2023.1494.



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Alencastro Ramírez Nahomy Elizabeth**, con C.C: 0850471640 y **Rodriguez Rua Nataly Mahiroby** con C.C: 0923442396 autoras del trabajo de titulación: **Prevalencia de melanomas en pacientes de 45 a 80 años atendidos en el Hospital General Monte Sinaí desde mayo del 2023 a mayo del 2024**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 10 de mayo del 2025

f. \_\_\_\_\_

Alencastro Ramírez, Nahomy Elizabeth

**C.C: 0850471640**

f. \_\_\_\_\_

Rodriguez Rua, Nataly Mahiroby

**C.C: 0923442396**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de melanomas en pacientes de 45 a 80 años atendidos en el Hospital General Monte Sinaí desde mayo del 2023 a mayo del 2024.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Alencastro Ramírez Nahomy Elizabeth Rodriguez Rua Nataly Mahiroby		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Mayo Galban Caridad Isabel		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Medico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	10 de mayo de 2025	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	<b>(21 de páginas)</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Dermatología, Medicina Interna, Geriátría		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Melanoma, mortalidad, cáncer, índice de breslow		

#### RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

Introducción: El melanoma es un cáncer cutáneo agresivo cuya incidencia ha aumentado en las últimas décadas. En etapas tempranas se presenta de forma superficial y con altas tasas de curación, pero al invadir la dermis, puede metastatizar. Objetivo: Determinar la prevalencia de melanomas en pacientes de 45 a 80 años atendidos en el Hospital General Monte Sinaí desde mayor del 2023 a mayo del 2024. Metodología: Este estudio tuvo un diseño retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes y se utilizó estadística descriptiva para expresar los resultados. Resultados: Se analizaron 78 pacientes con diagnóstico de melanoma. Hubo un ligero predominio masculino (53,8%) y la edad más frecuente fue de 73 a 80 años (33,3%). La mayoría se autoidentificó como mestiza (73,1%). En cuanto al IMC, el 37,2% presentó sobrepeso. El subtipo más común fue el melanoma superficial diseminado (78,2%), seguido del melanoma lentiginoso acral (11,5%). La localización más frecuente fue en los miembros superiores (35,9%), seguida del tronco (29,4%). El 62,8% presentó un índice de Breslow menor a 1 mm. Entre las complicaciones, la metástasis fue la más prevalente (21,8%), seguida del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (11,5%) y el síndrome paraneoplásico (7,7%). Conclusiones: El melanoma no es un cáncer de alta prevalencia, pero impacta significativamente la calidad



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

de vida debido a sus complicaciones, como la metástasis. En nuestra población, su forma más común y menor espesor permitieron una sobrevida superior a la esperada.

Palabras claves: melanoma, mortalidad, cáncer, índice de breslow

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593981314633 / +593 939746868	<b>E-mail:</b> nahomy.alencastro@cu.ucsg.edu.ec / nataly.rodriguez01@cu.ucsg.edu.ec
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Vasquez Cedeño Diego Antonio	
	<b>Teléfono:</b> +593 98 274 2221	
	<b>E-mail:</b> diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>		
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>		
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		