

VI. CONCLUSIONES

1. Las variables de pronóstico independiente que nos permiten establecer un modelo predictivo de la evolución en los melanomas de extremidades son: Espesor de Breslow, Actividad mitótica, Presencia de tumor previo, Celularidad e Infiltrado linfocitario.
2. La forma anatomoclínica de peor pronóstico en los melanomas de extremidades es el Melanoma Lentiginoso Acral (MLA), seguido del Melanoma con crecimiento Polipoide (MP) y a mayor distancia del Melanoma de Extensión Superficial (SSM), en íntima relación con otras variables de mal pronóstico, si bien la forma anatomoclínica se excluye del modelo predictivo.
3. Encontramos diferencias en la aparición de metástasis entre los melanomas de cabeza y cuello (13,16%) y los melanomas de extremidades (30%) de nuestro medio.
4. No encontramos un paralelismo entre la expresión inmunohistoquímica de la proteína p53 y la pérdida de heterocigosidad en los genes que la codifica, por lo que podemos estar valorando de forma inadecuada el significado de la p53 en el melanoma cutáneo de extremidades.
5. Es importante valorar la localización (fotoexpuesta o no) a la hora de interpretar la expresión de la proteína p53.
6. El antígeno Ki-67 es un marcador inmunohistoquímico de mal pronóstico, mucho más sensible y objetivo que el conteo de mitosis.
7. La determinación de S-100 y HMB45 tiene valor pronóstico, ya que su expresión se pierde parcialmente a medida que aumenta el espesor.

De acuerdo con nuestros resultados, podemos formular nuevas hipótesis para futuros estudios:

1. La discordancia entre los resultados con la p53 cuando se determina mediante técnicas inmunohistoquímicas o mediante técnicas de biología molecular (PCR), ponen en duda los resultados recogidos en la literatura, por lo que creemos que es preciso valorar el significado clínico, etiopatogénico y pronóstico de las alteraciones del gen que codifica esta proteína. Para ello es preciso diseñar un estudio más amplio, con una casuística mayor y un tiempo de evolución y observación suficiente mínimo de 5 años.
2. A lo largo de los años, desde la descripción de las formas anatomoclínicas a nuestros días, se ha concedido un significado pronóstico distinto que va del todo a la nada. Primero se consideraban de peor pronóstico las formas nodulares y posteriormente este pronóstico se hizo dependiente del espesor, igualándose todas las formas anatomoclínicas, situación que no podemos confirmar con nuestros resultados. Por ello sería interesante valorar el significado pronóstico de cada forma anatomoclínica en situaciones de igualdad de espesor, expresión de Ki.67, p53, HMB45 y S-100.