



# Guía de Prevención y Tratamiento del Melanoma

**VERSIÓN ABREVIADA**





## INTRODUCCIÓN

La versión abreviada de la **“Guía de prevención y tratamiento del melanoma”** que aquí presentamos pretende resumir de forma sintética, con tablas y algoritmos los contenidos fundamentales que se explican de forma detallada en la versión completa publicada anteriormente por la Conselleria de Sanitat.

En este documento que ahora os presentamos se recogen los principales aspectos que hay que tener en cuenta para la prevención y el manejo de esta enfermedad: factores de riesgo para el desarrollo del melanoma, signos de alarma o de sospecha, tipos clínico-patológicos más importantes, exploraciones complementarias para la estadificación, clasificación del TNM, estadificación clínica y patológica, así como el tratamiento aplicado por estadios. Por último, se recogen las principales recomendaciones que se deben recordar.

La finalidad que se pretende con esta versión abreviada, es la de ser instrumento de trabajo útil por su fácil manejo y consulta para los profesionales sanitarios.

*Oficina del Pla del Càncer  
Direcció General de Salut Pública  
Conselleria de Sanitat*

*Edita:* Generalitat. Conselleria de Sanitat

© *de la presente edición:* Generalitat, 2007

*Elaboración:* Oficina del Plan del Cáncer  
Direcció General de Salut Pública

1ª edición, 2007

*Dep. Legal.:* V-4627-2007

*Imprime:* Grafimar, Coop. V.

**TABLA 1.**

**CLASIFICACIÓN DE FITZPATRICK DEL FOTOTIPO CUTÁNEO**

<b>Fototipo</b>	<b>Quemadura solar</b>	<b>Bronceado</b>	<b>Descripción</b>
<b>I</b>	Con facilidad	Nunca	Piel muy blanca, de tipo céltico.
<b>II</b>	Con facilidad	Mínimo	Piel blanca que tras mucha exposición solar adquiere un ligero tono café con leche.
<b>III</b>	Con cierta facilidad	Sí	Mucha población española tiene este fototipo. Con las primeras exposiciones solares se producen quemaduras pero en cuestión de una o dos semanas se adquiere un bronceado completo
<b>IV</b>	Requiere exposición intensa y mantenida	Con facilidad	Junto con el fototipo III representan la mayoría de la población mediterránea y, por lo tanto, la española. Similar al III aunque el bronceado se adquiere en unos pocos días.
<b>V</b>	La intensidad de la exposición ha de ser muy intensa	Muy fácilmente	Población con un cierto tono oscuro natural. Es la piel que tienen los indígenas americanos.
<b>VI</b>	Nunca	Siempre	Población de raza negra.

**TABLA 2.**

**CLASIFICACIÓN DE RIGEL PARA EL SÍNDROME DEL NEVUS ATÍPICO**

<b>Grupo</b>	<b>Puntuación*</b>
0	0
I	1
II	2
III	3+

\*La puntuación se basa en un sistema de puntos que asigna: 1 punto por tener una historia personal de melanoma; 2 puntos por cada miembro de la familia con un melanoma.

**TABLA 3.**  
**SIGNOS DE ALARMA**

Criterios ABCDE	Los 7 puntos de Glasgow	
	Criterios Mayores	Criterios menores
<b>A.</b> Asimetría <b>B.</b> Bordes irregulares <b>C.</b> Color no homogéneo <b>D.</b> Diámetro superior a 6 mm <b>E.</b> Evolución *	<b>1.</b> Cambio de tamaño/lunar nuevo <b>2.</b> Cambio de forma <b>3.</b> Cambio de color	<b>4.</b> Diámetro $\geq$ a 7 mm. <b>5.</b> Inflamación <b>6.</b> Sangrado <b>7.</b> Cambios en la sensibilidad **

\*Cambio de tamaño, forma, color, relieve, síntomas

\*\*Picor, dolor

**TABLA 4.**  
**GRUPOS DE RIESGO Y PERIODICIDAD DE VISITAS CLÍNICAS**

Grupo de Riesgo	Incluye	Intervalo visitas clínicas
<b>Bajo</b>	-Paciente con antecedente personal de melanoma ó con un familiar de primer grado con melanoma y que no tenga ninguna de las siguientes características: -Más de 50 nevus -Presencia de nevus atípicos -Presencia de daño solar -Presencia fototipo claro/ pelirrojo	<b>Anual</b>
<b>Intermedio</b>	-Paciente con antecedente personal de melanoma ó con un familiar de primer grado con melanoma y que tenga alguna de las características mencionadas en el grupo anterior. -Pacientes con un número de nevus comprendido entre 50-100	<b>Cada 6 meses</b>
<b>Alto</b>	-Pacientes que presenta alguna de estas dos características: -Más de 100 nevus -Múltiples nevus atípicos	<b>Cada 3-4 meses</b>

**TABLA 5. TIPOS CLÍNICO-PATOLÓGICOS DE MELANOMA**

<b>Tipo de melanoma</b>	<b>Frecuencia en raza blanca</b>	<b>Frecuencia en otras razas</b>	<b>Edad media (década de la vida)</b>	<b>Area corporal preferente</b>	<b>Crecimiento radial</b>	<b>Factores ambientales predisponentes</b>	<b>Particularidades</b>
<b>Melanoma de extensión superficial</b>	70 %	NE	4 <sup>a</sup> -5 <sup>a</sup>	♀-Miembros inferiores ♂-Espalda	Sí	Exposición solar intermitente	Es el melanoma más frecuente
<b>Melanoma nodular</b>	10-15%	NE	6 <sup>a</sup>	Tronco, cabeza y cuello	No	Probable relación exposición solar	Los amelanóticos se confunden con lesiones banales
<b>Melanoma sobre lentigo maligno</b>	5-10%	NE	7 <sup>a</sup> -8 <sup>a</sup>	Cara	Sí	Exposición solar crónica	Muy lento crecimiento
<b>Melanoma lentiginoso acral</b>	5-10%	>70% en negros ≈45% en asiáticos	7 <sup>a</sup>	Palmas, plantas y subungueal	Sí	No relación exposición solar	Tardan en ulcerarse por la gruesa capa córnea
<b>Melanoma desmoplásico</b>	1%	NE	6 <sup>a</sup> -7 <sup>a</sup>	Cabeza y cuello	No significativo	Probable relación exposición solar	-Mejor pronóstico respecto a otro MM de igual grosor -Gran número de recidivas y neutrotropismo -Difícil diagnóstico
<b>Melanoma de mucosas</b>	<1%	Probablemente más frecuente que en la raza blanca	7 <sup>a</sup>	Cavidad nasal, cavidad oral, conjuntiva ocular, mucosa genital y área perianal	Sí	No relación exposición solar	-Difícil diagnóstico -Muy mal pronóstico

**TABLA 6.**  
**PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**  
**Y ESTADIFICACIÓN PATOLÓGICA SEGÚN ESTADIO CLÍNICO**

Estadio	0	IA	IB	IIA	IIB	IIC
<b>Márgenes quirúrgicos</b>	0,5 cm	1cm	1cm	2cm	2cm	2-3cm
<b>Inclusión de fascia muscular</b>	no	no	no	no	no	opcional
<b>Indicación de BSCG</b>	no	Sólo si factores de riesgo *	sí	sí	sí	opcional

\*Se consideran factores de riesgo:

- Satelitisis microscópica
- Invasión vascular
- Ulceración
- Clark>III
- Regresión>50%
- Extirpación incompleta con margen profundo afecto



**TABLA 7.**

**ESTADIFICACIÓN: EXPLORACIONES SOLICITADAS**

<b>Exploraciones</b>	<b>0</b>	<b>IA</b>	<b>IB</b>	<b>IIA</b>	<b>IIB</b>	<b>IIC</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
Exploración Física (1)	+	+	+	+	+	+	+	+
Analítica (incluye LDH) (2)	+	+	+	+	+	+	+	+
Rx Tórax	+	+	+	+	-	-	-	-
Ecografía abdominal	+	+	+	+	-	-	-	-
Ecografía Ganglionar (territorio de drenaje) (3)	-	-	+	+	+	+	+	+
TAC toraco-abdominopélvico (4)	-	-	-	-	+	+	+	+
PET (5)	-	-	-	-	+	+	+	+

+ : significa indicación de realización

- : significa indicación de no realización

**(1)** Exploración física: la valoración clínica del paciente debe incluir:

- Una minuciosa anamnesis por aparatos.

- Una exploración física que incluya:

# Examen cutáneo de toda la superficie corporal.

# Palpación de todos los territorios ganglionares accesibles y de la piel:

desde la cicatriz hasta el territorio ganglionar correspondiente.

# Palpación abdominal ( para valorar la presencia de visceromegalias)

**(2)** Analítica: Debe incluir el perfil hepático con la determinación de la LDH, pues conviene recordar que es un parámetro que se debe evaluar para una adecuada estadificación según directrices de la AJCC (*American Joint Comité on Cáncer 2002*). Son opcionales otras determinaciones como marcadores tumorales (BetaS100).

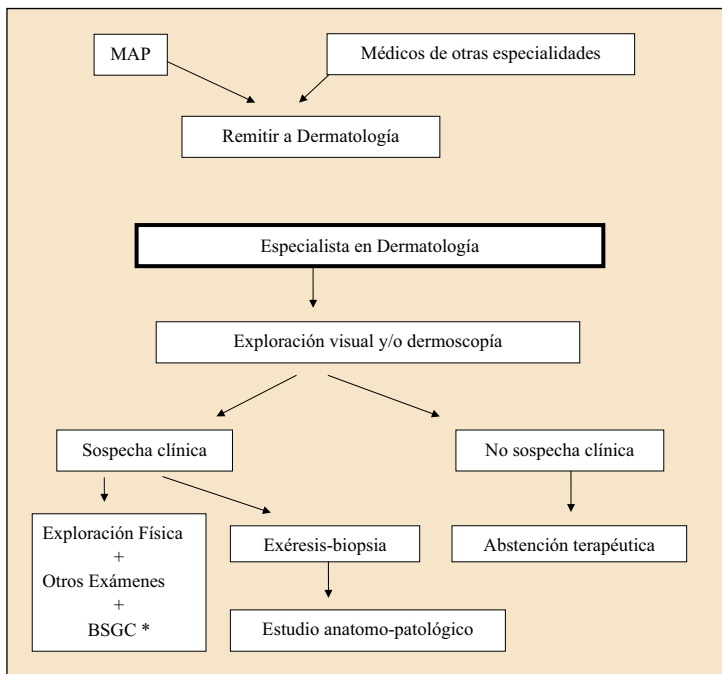
**(3)** Ecografía ganglionar: Se puede complementar la palpación de los ganglios locorregionales con una ecografía.

**(4)** TAC: Se recomienda incluir en la TAC el territorio cervical en los melanomas localizados en la cabeza ó en el cuello, y el territorio pélvico en los melanomas localizados por debajo de la cintura.

**(5)** PET: Se siguen las recomendaciones dictadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo que están explicitadas en el apartado correspondiente.

## I: ALGORITMO DE ACTUACIÓN

### Actuación ante la sospecha diagnóstica de Melanoma

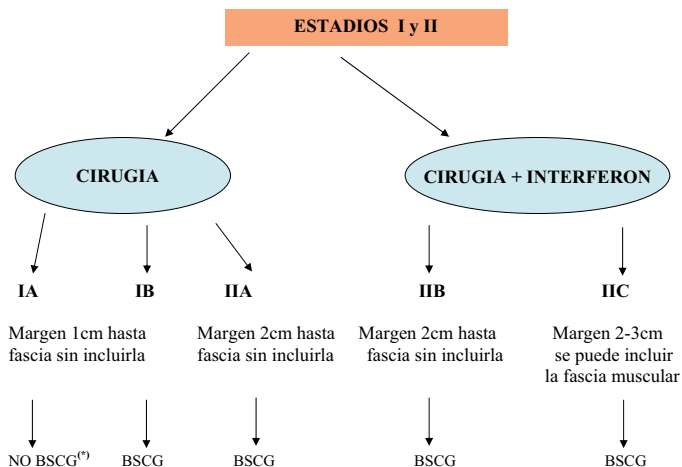
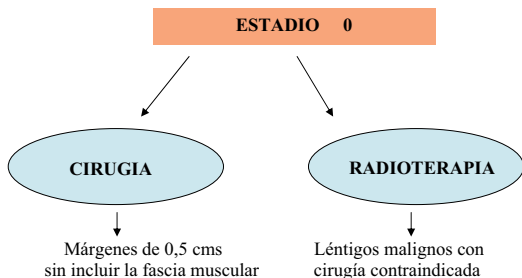


MAP: Médico de Atención Primaria

\* Indicada en:

- Estadios IIA y IIB
- Estadio IA si existe: satelitosis microscópica, invasión vascular, Clark>III, regresión>50%, ó extirpación incompleta con margen profundo afecto.
- Estadio IIC en pacientes con buen estado general.

## II: ALGORITMOS DE TRATAMIENTO



<sup>(\*)</sup> Indicada si:

Regresión extensa (>50% tumor) invasión vascular y satelitosis microscópica, afectación del margen profundo en la pieza de exéresis, Clark>III, ulceración.

**ESTADIO III**

**CIRUGIA + INTERFERON**

Si existen adenopatías palpables  
o Ganglio centinela positivo

LINFADENECTOMIA TERAPEUTICA

Metástasis cutáneas locorreionales

Resecables

Irresecables

EXTIRPACION RADIOTERAPIA<sup>(\*)</sup>

PERFUSION  
REGIONAL  
HIPERTÉRMICA  
O INFUSIÓN  
DE MIEMBRO  
AISLADO

<sup>(\*)</sup> Indicada también tras linfadenectomía cervical si existen 3 ó más ganglios afectados ó metástasis ganglionar con rotura capsular.

**ESTADIO IV**

**INDIVIDUALIZADO**

Metástasis únicas o en número pequeño

Enfermedad con metástasis múltiples

**CIRUGIA**

**RADIOTERAPIA**

**QUIMIOTERAPIA**

Metástasis óseas dolorosas  
Metástasis cerebrales múltiples  
Metástasis subcutáneas y ganglionares

Metástasis múltiples sintomáticas

**TABLA 8.**

**SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON MELANOMA**

<b>Estadio</b>	<b>Año tras el diagnóstico</b>	<b>Intervalos entre exámenes clínico</b>	<b>Pruebas complementarias</b>
0	De por vida	12 meses	No solicitar
IA	1-3	6 meses	Analítica (1), Radiografía de tórax, Ecografía abdominal y ganglionar. Cada 12 meses
	4-5	12 meses	
	>5	12 meses	No solicitar
IB+IIA	1-3	3-6 meses	Radiografía de tórax, ecografía abdominal y ganglionar. Cada 6 meses
	3-5	6-12 meses	Radiografía de tórax, ecografía abdominal y ganglionar. Cada 12 meses
	>5	12 meses	No solicitar
IIB+IIC+III	1-3	3-6 meses	TAC (2) toracoabdominal. Cada 6 meses
	3-5	4-12 meses	TAC (2) toracoabdominal. Cada 12 meses
	>5	12 meses	No solicitar
IV	Individualizado (3)		

- (1) Analítica: su periodicidad viene determinada también por otros factores de riesgo que presente el enfermo.  
Las elevaciones de la LDH sólo deben ser consideradas si se confirman con una segunda determinación realizada transcurridas más de 24 horas tras la primera determinación.  
Si se realiza la determinación de  $\beta$ S100 también se recomienda confirmarla con una segunda muestra separada con un intervalo de un mes.
- (2) TAC: Para el seguimiento es suficiente con la valoración toracoabdominal en todos los casos.
- (3) Pacientes metastásicos: La exploración y las pruebas complementarias están marcadas de forma individual según la sintomatología y el tratamiento realizado. Se puede considerar una actuación multidisciplinar que, generalmente, encuentra su “ámbito” en el Comité de Tumores de cada Hospital.

## PROTOCOLO DE INFORMES HISTOLÓGICOS

### Protocolo histológico para el melanoma cutáneo

NH <sup>o</sup> Clínica:	N. Biopsia:			
Nombre:				
Apellidos:				
Sexo:.....	Edad:.....	Localización:.....		Tipo de muestra:
1. Melanoma:	In situ _____			
	Invasor _____			
2. Tipo histológico:	- de extensión superficial _____			
	- tipo/sobre lentigo maligno _____			
	- nodular _____			
	- lentiginoso acral _____			
	- de mucosas _____			
	- desmoplásico _____			
	- otros: _____			
3. Fase de crecimiento:	Radial	No	Sí	intraepitelial invasor
	Vertical	No	Sí	
4. Máximo espesor tumoral (índice de Breslow):	_____ mm			
5. Nivel de Clark:				
6. Ulceración:	No	Sí	_____ mm	
7. N <sup>o</sup> mitosis/mm <sup>2</sup> (*):				
8. Regresión:	No	Sí:	<50%	>50%
9. Infiltrado linfocitario:	Peritumoral:	ausente	discontinuo	denso
	<b>Intratumoral:</b>	<b>ausente</b>	<b>débil/moderado</b>	<b>intenso</b>
10. Invasión vascular:	No	Sí		
11. Invasión perineural:	No	Sí		
12. Satelitosis microscópica:	No	Sí		
13. Lesión melanocítica asociada:	Ninguna			
	Nevus melanocítico común			
	Nevus displásico			
	Nevus melanocítico congénito			
	Otra:.....			
14. Tipo celular predominante:	Epiteliode			
	Fusocelular			
	Spitzoide/nevoide			
	Globoide (balonizado)			
	Otras:.....			
15. Elastosis actínica en la dermis de la piel sana peritumoral:	No	Sí		
16. ¿Es completa la resección del melanoma?	Sí	No:	lateralmente en profundidad ambos	

[\*: depende del microscopio pero se acepta el recuento sobre 5 campos a 400 aumentos]

# CLASIFICACIÓN TNM Y ESTADIFICACIÓN

## Clasificación TNM del Melanoma Maligno

### Tumor (T)

T0	Sin evidencia de tumor	
Tis	Tumor in situ	
T1	≤ 1.0 mm	a: Sin ulceración y nivel II/III de Clark b: Con ulceración o nivel IV /V de Clark
T2	1.01-2mm	a: Sin ulceración b: Con ulceración
T3	2.01-4 mm	a: Sin ulceración b: Con ulceración
T4	>4 mm	a: Sin ulceración b: Con ulceración

### Ganglios linfáticos (N)

N0	Ganglios negativos	
N1	1 ganglio	a: Micrometástasis* b: Macrometástasis**
N2	2 ó 3 ganglios	a: Micrometástasis b: Macrometástasis c: Metástasis en tránsito / satelitosis sin afectación ganglionar
N3	≥ 4 ganglios o combinación de metástasis en tránsito/ satelitosis o melanoma ulcerado y ganglios afectados	

### Metástasis (M)

M0	Sin metástasis	
M1	Metástasis cutánea a distancia, subcutáneas o ganglionares	LDH normal
M2	Metástasis pulmonares	LDH normal
M3	Otras metástasis viscerales Cualquier metástasis	LDH normal LDH elevada

\* Micrometástasis: son diagnosticadas después de cirugía electiva ó linfadenectomía del ganglio centinela

\*\*Macrometástasis:nódulos linfáticos detectables clínicamente confirmado por linfadenectomía terapéutica ó cualquier nódulo linfático metastático con extensión extracapsular



## ESTADIFICACIÓN CLÍNICA

<b>0</b>	Tis	N0	M0
<b>IA</b>	T1a	N0	M0
<b>IB</b>	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0
<b>IIA</b>	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
<b>IIB</b>	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
<b>IIC</b>	T4b	N0	M0
<b>III</b>	Cualquier T	N1,N2,N3	M0
<b>IV</b>	Cualquier T	Cualquier N	M1

*American Joint Committee on Cancer Staging System for Cutaneous Melanoma (AJCC 2002)*

## ESTADIFICACIÓN PATOLÓGICA

<b>0</b>	Tis	N0	M0
<b>IA</b>	T1a	N0	M0
<b>IB</b>	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0
<b>IIA</b>	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
<b>IIB</b>	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
<b>IIC</b>	T4b	N0	M0
<b>IIIA</b>	cualquier Ta	N1a,N2a	M0
<b>IIIB</b>	cualquier Tb	N1a,N2a	M0
	cualquier Ta	N1b,N2b	M0
	cualquier T	N2c	M0
<b>IIIC</b>	cualquier Tb	N1b,N2b,N3	M0
<b>IV</b>	cualquier T	cualquier N	cualquier M



## CONCLUSIONES:

---

### PREVENCIÓN PRIMARIA

- ★ Evitar la exposición solar en los niños menores de 3 años.
- ★ Evitar las quemaduras solares sobre todo durante la infancia y adolescencia.
- ★ Utilizar fotoprotectores solares y medidas físicas para disminuir el riesgo de quemaduras: el factor de protección mínimo recomendado es de 15, aunque es variable según el fototipo y el grado de exposición.

### PREVENCIÓN SECUNDARIA

- ★ Todas las personas deben incluir en su rutina de exploración toda la superficie cutánea cada 1 o 2 meses.
- ★ Se debe consultar a un especialista cuando se observen lesiones pigmentadas o antiguas que cambian de aspecto, o que sean diferentes a las demás del cuerpo.
- ★ Los pacientes que pertenecen a alguno de los grupos de riesgo deben ponerse en programas específicos de seguimiento por especialistas en Dermatología.

### DIAGNÓSTICO

- ★ Para el diagnóstico es fundamental la extirpación quirúrgica con márgenes ajustados (1-2 mm) de toda la lesión. Si esto no es posible se puede realizar una biopsia incisional que incluye la zona más sobreelevada para una correcta valoración del Breslow.
- ★ Es fundamental en todo informe histológico de un melanoma, la inclusión de los parámetros que son relevantes para la estadificación y el tratamiento.
- ★ Para la estadificación de un melanoma se realiza la biopsia selectiva del ganglio centinela que está indicado en determinados melanomas.
- ★ La biopsia del ganglio centinela se realiza a la vez que la ampliación de márgenes, o si esto no es posible antes.
- ★ Las pruebas complementarias varían según el estadio clínico.

## TRATAMIENTO

- ★ El margen necesario en la ampliación varía según el estadio clínico.
- ★ Se realizará linfadenectomía en los pacientes con ganglio centinela positivo o con adenopatías palpables. No se realiza de forma profiláctica en ningún caso.
- ★ La radioterapia puede ser útil en algunos casos con enfermedad locorregional o metastásica.
- ★ La enfermedad metastásica requiere un manejo multidisciplinar e individualizado.

## SEGUIMIENTO

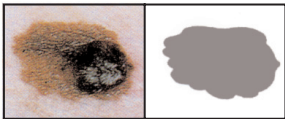
- ★ Para el seguimiento es imprescindible la exploración cutánea periódica de por vida por un especialista en Dermatología por el riesgo de un segundo melanoma.
- ★ La exploración física y la anamnesis por aparatos son los pilares del seguimiento, aunque algunas pruebas complementarias, variable según el estadio, pueden ser útiles.



## VIGILE LAS SEÑALES DE PELIGRO

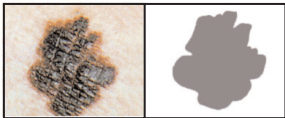
EN LESIONES PIGMENTADAS DE LA PIEL

HAY QUE CONSULTAR INMEDIATAMENTE AL DERMATÓLOGO  
SI ALGÚN LUNAR O MANCHA PIGMENTADA MUESTRA:



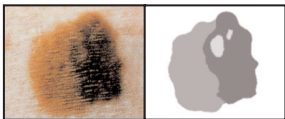
### **A** simetría

Una mitad es distinta de la otra.



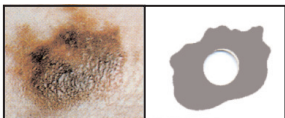
### **B** ordes irregulares

Bordes festoneados o poco delimitados.



### **C** olor variado

Cambios cromáticos de una a otra  
área; sombreado de moreno y marrón;  
negro; a veces blanco, rojo o azul.



### **D** iámetro

Más grande de 6 mm. como norma (el  
diámetro de una goma de borrar de un  
lápiz).

### **E** volución

Si aparece otro signo cutáneo anormal:  
inflamación, picor, sangrado, endureci-  
miento...

## Recuerde este **A B C D E**

PUEDEN SER SEÑALES DE MELANOMA

Pulgadas

1

2

3

4

5

6

7

CMs.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19





