

MELANOMA CUTÁNEO MALIGNO

ARTICULOS RELACIONADOS

1. INCIDENCIA

- a. Tasa de Incidencia: 10 casos/100.000 hab/año.
- b. Se incrementa con:
 - + Latitud: 12-17 en países nórdicos
 - + Menor pigmentación piel: 3-5 en mediterráneo.
 - + Incremento de uso de rayos UVB
- c. Tasa de mortalidad: 2,4/100.000 hab/año.
 - + 2 en mujeres
 - + 3 en varones
- d. Factores de Riesgo:
 - + Síndrome de nevus displásico esporádico o familiar.
 - + Quemaduras solares en la infancia.
 - + Tomar el sol o rayos UVA sin protección.

2. DIAGNOSTICO

- a. EXP Sospechosa: **ABCDE**
 - + Asimetría
 - + Borde irregular
 - + Color heterogéneo.
 - + Dinámica o Evolución o variación de color reciente, elevación o tamaño
- b. Diagnóstico:
 - + Biopsia excisional con 2 mm de margen.
- c. Clasificación:
 - + **Grosor máximo en milímetros (BRESLOW)**
 - + **Nivel de invasión (CLARK I-V)**
 - + **Afectación de bordes.**
 - + **Presencia de Ulceración**
 - + **Extensión de la regresión.**

3. ESTADIFICACIÓN

- a. Exploración física:
 - + Otras lesiones sospechosas, incluidos cabeza, genitales, manos y pies.
 - + Satelitosis
 - + Metástasis en tránsito.
 - + Regiones ganglionares.
 - + Metástasis sistémicas.
- b. Descartar metástasis:
 - + Hemograma, Bioquímica con LDH y fosfatasa alcalina.
 - + Rx de tórax.
 - + *Ecografía abdominal y de gg regionales si > 1 mm.*
 - + *PET NO es útil en diagnóstico inicial.*
- c. Factores de riesgo:
 - + Breslow
 - + Ulceración
 - + Mts ganglionares o a distancia.
- d. Estadificación:
 - + AJCC 2002

Clasificación TNM del Melanoma		
Clasificación T	Espesor	Ulceración
T1	≤1.0 mm	a: sin ulceración y nivel II/III b: con ulceración o nivel IV/V
T2	1.01-2.0 mm	a: sin ulceración b: con ulceración
T3	2.01-4.0 mm	a: sin ulceración b: con ulceración
Clasificación N	Nº de ganglios metastáticos	Tipo de afectación ganglionar
N1	1 ganglio	a: micro metástasis* b: macro metástasis**
N2	2-3 ganglios	a: micro metástasis* b: macro metástasis**
N3	4 o más ganglios metastáticos o metástasis en tránsito o satelitosis sin ganglios metastáticos	
Clasificación M	Localización	LDH sérica
M1a	Piel distante, subcutánea o metástasis linfática	Normal
M1b	Metástasis pulmonares	Normal
M1c	Otras metástasis viscerales Cualquier metástasis a distancia	Normal Elevada
*: micrometastasis se definen tras el estudio de la biopsia del ganglio centinela o de la linfadenectomía electiva. **.: Macrometástasis se definen como las metástasis linfáticas clínicamente detectables y confirmadas mediante linfadenectomía terapéutica o cuando las metástasis linfática muestran afectación extracapsular microscópica.		

AJCC	TNM stage	10-year survival (%)	Criteria for staging
IA	T1a N0 M0	87.9	T1a = Breslow ≤ 1 mm, no ulceration (U-) and Clark level $\leq$ III
IB	T1b N0 M0	83.1	T1b = Breslow ≤ 1 mm with ulceration (U+) or Clark level $\geq$ IV
	T2a N0 M0	79.2	T2a = Breslow 1.01–2.0 mm U-
IIA	T2b/T3a N0 M0	64.4/63.8	T2b = Breslow 1.01–2.0 mm U+/T3 = 2.01–4.0 mm U-
IIB	T3b/T4a N0 M0	53.9/50.8	T3b = Breslow 2.01–4.0 mm U+/T4 = > 4.0 mm U-
IIC	T4b N0 M0	32.3	T4b = Breslow > 4.0 mm U-
IIIA	Any T _a N1a/N2a M0	63.0/56.9	U-, N1a = 1 lymph node microscopically +/N2 = 2–3 nodes
IIIB	Any T _b N1a/N2a M0	47.7/35.9	U+, N1a = 1 lymph node microscopically +/N2 = 2–3 nodes
IIIC	Any T _b N1b/N2b M0	24.4/15.0	U+, N1b = 1 lymph node macroscopically +/N2 = 2–3 nodes
	Any T N3 M0	18.4	U- or U+, N3 = ≥ 4 nodes, satellite or in transit metastases
IV	Any T any N M1a	15.7	M1a = nodal metastases with normal LDH; distant skin, subcutaneous metastases with normal LDH
	Any T any N M1b	2.5	M1b = lung metastases with normal LDH
	Any T any N M1c	6.0	M1c = LDH elevated and/or any non-pulmonary visceral metastases

Percentage figures are median values for disease-specific survival with a standard deviation between 1% and 7%. AJCC, American Joint Committee on Cancer; TNM, Tumor–node–metastasis; LDH, lactate dehydrogenase.

4. TRATAMIENTO ENF. LOCALIZADA:

- a. **Excisión amplia con márgenes:** Se puede modificar en caso de dedos, cara y oreja.
 - ✚ 0,5 cm para in situ
 - ✚ 1 cm para Breslow < 2mm
 - ✚ 2-3 cm para Breslow > 2mm.
- b. No se recomienda Linfadenectomía o irradiación ganglionar.
- c. **Biopsia Selectiva de ganglio centinela en lesiones > 1 mm::**
 - ✚ Es necesaria y con linfadenectomía si + para micromts.
 - ✚ Sólo se recomienda en Centros con experiencia.
- d. NO EXISTE TRATAMIENTO ADYUVANTE ESTÁNDAR:
 - ✚ **Altas dosis de Interferón:**
 - 1. Aumentan SLP.
 - 2. Aumentan SG en 2 de 3 ensayos randomizados.
 - 3. Alta Toxicidad.
 - 4. No se ha definido la duración, dosis ni el tipo de Interferón (pegilado o no).
 - 5. INTERFERON PEGILADO durante 1 año en adyuvancia en estudio europeo disminuye 18% riesgo recurrencia (AVANCES ASCO 2008)
 - ✚ USO EXPERIMENTAL EN ENSAYO CLÍNICO:
 - 1. Inmunoterapia con Interleukina.
 - 2. Vacunas tumorales.
 - 3. Inmunoquimioterapia.
 - ✚ NINGÚN BENEFICIO
 - 1. Quimioterapia ADYUVANTE
 - 2. Extractos de muérdago
 - 3. Muérdago blanco
 - 4. Hormonoterapia.
- e. **RADIOTERAPIA.:** puede considerarse en caso de:
 - ✚ borde afecto en **léntigo maligno melanoma**
 - ✚ resección R1 (borde afecto) de metástasis sin posibilidad de reescisión.

5. TRATAMIENTO ENF. LOCOREGIONAL:

- a. **Resección completa de todos los ganglios y zonas afectos y de sus cercanías.**
 - ✚ Es tratamiento estándar.
 - ✚ NO SOLO GANGLIOS Y ZONAS AFECTAS
- b. Metástasis en tránsito o enf. inoperable:
 - ✚ Perfusión del miembro con Melfalán o TNF en centros experimentados.
 - ✚ RADIOTERAPIA sin datos de beneficio.
- c. No existe beneficio conocido de la Radioterapia o Quimioterapia adyuvante.

6. TRATAMIENTO ENF. A DISTANCIA: no incrementa supervivencia global

- a. **Quimioterapia paliativa:**
 - ✚ Monoquimioterapia:
 - 1. **DTIC:** FARMACO DE REFERENCIA, NO tratamiento estándar.
 - 2. **DTIC + SORAFENIB:** incrementa ILP respecto a DTIC (AVANCES ASCO 2008).
 - 3. Nitrosoureas, Vincas, Platinos, Taxanos y otros NO han demostrado superioridad ni en respuesta ni en toxicidad..
 - ✚ Poliquimioterapia: No superior a DTIC en fase III.
 - ✚ Inmunoquimioterapia: No superior a DTIC en fase III
- b. **Cirugía de metástasis viscerales:**

- ✚ Indicada siempre que sea posible.
 - ✚ Con buen estado general y
 - ✚ Con estudio de extensión riguroso incluyendo TAC y PET
- c. Radioterapia paliativa: sobre todo en mts cerebrales u óseas sintomáticas.

7. **SEGUIMIENTO**

- ✚ **INFORMACION A PACIENTE Y FAMILIARES:** EN PARTICULAR NIÑOS
 - Evitar quemaduras solares o largas proyecciones a sol o UVAs
 - Uso de protección solar adecuada
 - Autoexploración regular de piel y ganglios
 - Informar de:
 - 8% de riesgo de un 2º melanoma en 2 años.
 - Riesgo de aparición de otro tumor cutáneo.
 - Los pacientes con LENTIGO MALIGNO MELANOMA tienen un 35% de desarrollar otro tumor cutáneo maligno en 5 años.
- ✚ Enf localizada o loco regional: NO CONSENSO
 - Duración:
 - 5 años si Breslow < 1,5 mm
 - 10 años en resto
 - Historia, EXP FCA de cicatriz, gg linfáticos y resto de piel: cada 3 meses por 3 años y luego cada 6-12 meses.
 - NO técnicas de imagen SALVO en alto riesgo de recaída y en ellos:
 - Ecografía de áreas ganglionares
 - TAC
 - PET
 - Elevación de S 100 en suero mayor especificidad que LDH