

Melanoma

*Guías de tratamiento
para los pacientes*

Versión I/junio de 2002

Melanoma

Treatment Guidelines for Patients



**Sociedad Americana
del Cáncer™**



National
Comprehensive
Cancer
Network

Melanoma

Guías de tratamiento para los pacientes

Versión I/junio de 2002

El objetivo de la asociación entre la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society, o ACS, por sus siglas en inglés) es proveerle información sobre los tratamientos más modernos contra el cáncer a los pacientes y al público en general de una manera comprensible. El propósito de esta información, que se basa en las *Guías de práctica clínica* de la NCCN, es ayudarlo en el diálogo con su médico. Estas guías no sustituyen la experiencia o juicio clínico de su médico. La situación de cada paciente debe evaluarse individualmente. Es importante que discuta con su médico las guías y toda la información relacionada con las opciones de tratamiento. Para asegurarse de que tiene la versión más reciente de las guías, consulte la página en Internet de la Sociedad Americana del Cáncer (www.cancer.org), que ofrece información en español, o la de la NCCN (www.nccn.org). Para obtener la más reciente información también puede llamar a la Sociedad Americana del Cáncer al 1-800-227-2345 (un especialista en información sobre el cáncer le atenderá en español) o a la NCCN al 1-888-909-NCCN.

Un panel de diversos expertos redactó las *Guías de práctica clínica* de la NCCN. Las guías son una declaración del consenso de sus autores con respecto a la evidencia científica y sus puntos de vista sobre los métodos de tratamiento aceptados actualmente. Las guías de la NCCN se van actualizando a medida que se dispone de nuevos datos significativos. La versión de *Información para los pacientes* se actualizará según los nuevos datos y estará disponible en Internet en las páginas de la NCCN y de la Sociedad Americana del Cáncer. Para asegurarse de que tiene la versión más reciente, puede comunicarse con la Sociedad Americana del Cáncer o con la NCCN.

©2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la American Cancer Society. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para el uso personal y no comercial del lector.

Índice

Introducción	5
Cómo tomar decisiones sobre el tratamiento contra el melanoma	5
Información sobre la piel	6
Tipos de cáncer de la piel	7
Factores de riesgo conocidos del melanoma	8
Prevención del melanoma	10
Detección temprana del melanoma	12
Pruebas y exámenes para el diagnóstico y la evaluación del melanoma	13
Etapas del melanoma	17
Tipos de tratamiento contra el melanoma	19
Otros factores a considerar durante y después del tratamiento	23
Información sobre los estudios clínicos	24
Pruebas de detección (evaluación) y guías de tratamiento	27
Diagramas de toma de decisiones	
Pruebas de detección del melanoma	28
Evaluación y tratamiento para las etapas iniciales del melanoma	30
Evaluación y tratamiento para el melanoma en etapas más avanzadas	34
Seguimiento después del tratamiento inicial del melanoma	38
Tratamiento si el cáncer regresa (recede)	40
Tratamiento del melanoma que se presenta o recede con propagación a distancia	44
Glosario	48

Arthur G. James Cancer Hospital and
Richard J. Solove Research Institute at Ohio State University

City of Hope Cancer Center

Dana-Farber Cancer Institute

Duke Comprehensive Cancer Center

Fox Chase Cancer Center

Fred Hutchinson Cancer Research Center

H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute
at the University of South Florida

Huntsman Cancer Institute at the University of Utah

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center
of Northwestern University

Roswell Park Cancer Institute

St. Jude Children's Research Hospital

Stanford Hospital and Clinics

The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins

UCSF Comprehensive Cancer Center

University of Alabama at Birmingham
Comprehensive Cancer Center

University of Michigan Comprehensive Cancer Center

University of Texas M. D. Anderson Cancer Center

UNMC/Eppley Cancer Center
at the University of Nebraska Medical Center

Introducción

Este folleto les ofrece a los pacientes información de primera mano sobre cómo se trata el melanoma en los centros de cáncer principales de la nación. La Sociedad Americana del Cáncer (ACS) ha adaptado ahora para el público en general estas guías de tratamiento, diseñadas inicialmente por la National Comprehensive Network (NCCN) para los especialistas en cáncer. Para obtener otra copia de estas guías, así como información adicional, llame gratis a la Sociedad Americana del Cáncer al 1-800-227-2345 (un especialista en información le atenderá en español) o a la NCCN al 1-888-909-NCCN, o visite las páginas en Internet de estas organizaciones: www.cancer.org (ACS) y www.nccn.org (NCCN).

Desde 1995 los médicos han consultado a la NCCN® sobre los tratamientos contra el cáncer. Un diverso panel de expertos procedentes de 19 de los principales centros de cáncer de la nación redactó las *Guías de práctica clínica* de la NCCN.

Por más de 85 años el público ha confiado en la Sociedad Americana del Cáncer para obtener información sobre el cáncer. Los libros y folletos de la Sociedad les proveen información completa, actual y comprensible a cientos de miles de pacientes, sus familiares y amigos. Esta colaboración entre la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer le brinda una fuente fidedigna y comprensible de información sobre los tratamientos contra el cáncer al público general.

Estas guías para pacientes le ayudarán a entender mejor sus opciones de tratamiento contra el cáncer y las indicaciones de su médico. Le

instamos a que las discuta con su médico. Para que aproveche al máximo esta información, a continuación le recomendamos algunas preguntas que le puede hacer:

- ¿En qué etapa se encuentra mi cáncer?
- ¿Se extirpó con la cirugía todo el cáncer?
- ¿Cuál es la “profundidad” del melanoma primario?
- ¿Cómo afectan la etapa y profundidad del cáncer mis expectativas de cura?
- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
- ¿Qué riesgos o efectos secundarios conlleva cada una de las opciones de tratamiento y cómo afectarán mi calidad de vida?
- ¿Qué debo hacer para prepararme para el tratamiento, minimizar los efectos secundarios y acelerar mi recuperación?
- ¿Cuándo podré reanudar mis actividades normales?

Cómo tomar decisiones sobre el tratamiento contra el melanoma

El cáncer de la piel es el más común de todos los tipos de cáncer. El melanoma constituye sólo alrededor de 4% de los casos de cáncer de la piel, pero causa aproximadamente 79% de las muertes.

La Sociedad Americana del Cáncer calcula que en los Estados Unidos se diagnosticarán aproximadamente 53,600 casos nuevos de melanoma anualmente. La cantidad de melanomas nuevos que se diagnostican en este país está aumentando. Desde 1973, la tasa de

incidencia del melanoma (el número de melanomas nuevos diagnosticados por cada 100,000 personas cada año) ha aumentado más del doble, de 5.7 a 14.3.

Se espera que alrededor de 7,400 personas que viven en los Estados Unidos mueran este año a causa del melanoma. Desde 1973, el índice de mortalidad del melanoma (el número anual de muertes por melanoma por cada 100,000 personas) ha aumentado cerca de 44%, de 1.6 a 2.3. La buena noticia es que los índices de mortalidad se han mantenido estables durante los últimos 10 años.

Aunque el melanoma es una enfermedad grave, se puede tratar y curar. Es importante que usted reciba cuidado por parte de profesionales de la salud experimentados en el tratamiento del melanoma. Los dermatólogos y cirujanos pueden extirpar la mayoría de los melanomas delgados (menores de 1mm). Para los melanomas más gruesos y los que están en etapas avanzadas se requiere un equipo de profesionales. Este equipo puede incluir un dermatólogo, un cirujano, un oncólogo, un oncólogo radiólogo, un patólogo, una enfermera, un radiólogo, un trabajador social y, con frecuencia, su médico de cabecera. El objetivo de esta información es ayudarle a comprender sus opciones de tratamiento contra el melanoma para que usted y su equipo de atención del cáncer puedan trabajar juntos para decidir cuál satisface mejor sus necesidades médicas y personales.

Al final de esta discusión encontrará algunos diagramas de flujo que los médicos llaman “algoritmos”, “diagramas de toma de decisiones” o “camino clínicos”. Los diagramas representan las diferentes etapas del melanoma, y cada uno muestra cómo usted y

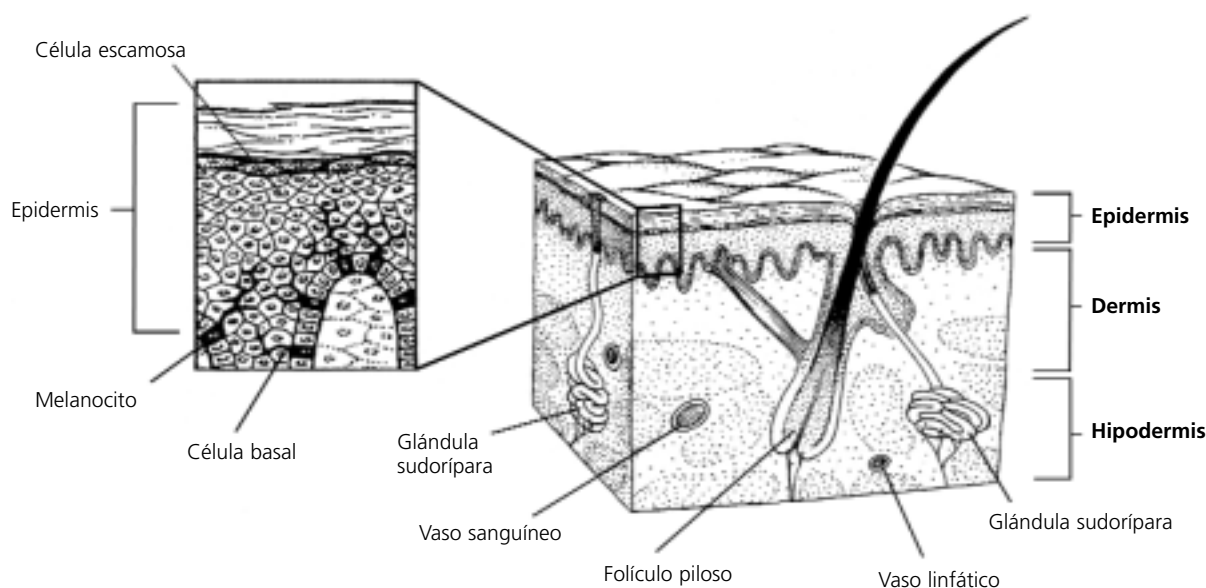
su médico pueden determinar las decisiones que usted necesita tomar con respecto a su tratamiento.

Para poder tomar una decisión basada en la información, necesita comprender algunos de los términos médicos que utiliza su equipo de cuidado médico. Puede ser que ya le sean familiares o quizás necesite remitirse a las distintas secciones enumeradas en el índice. No sólo encontrará información de referencia sobre el melanoma, sino que también obtendrá una explicación de las etapas del melanoma, el proceso de evaluación y detección, así como de los tratamientos. Estas tres categorías se utilizan en los diagramas de toma de decisiones. También hemos incluido un glosario de términos médicos.

Información sobre la piel

La piel tiene tres capas llamadas *epidermis*, *dermis* e *hipodermis*. La capa superior es la epidermis. La epidermis es muy delgada, con un grosor promedio de 0.2 mm (casi 1/100 de pulgada). Protege del medio ambiente a las capas más profundas de la piel y los órganos del cuerpo.

La parte exterior de la epidermis se llama estrato córneo o capa córnea y está compuesta de queratinocitos muertos (tipo principal de célula de la epidermis) que se desprenden continuamente. Debajo del estrato córneo hay capas de células de queratinocitos vivos, también conocidos como células escamosas. Estas células forman una proteína importante llamada queratina que contribuye a la capacidad de la piel de proteger al resto del cuerpo. La parte inferior de la epidermis, la capa basal, está formada por las células basales. Estas



células se dividen constantemente para formar queratinocitos nuevos que reemplazan a los queratinocitos más viejos que se desgastan y desprenden de la superficie de la piel.

En la epidermis también hay *melanocitos*. Estas células de la piel segregan el pigmento protector llamado melanina. La melanina le da el color bronceado o café a la piel y ayuda a proteger las capas más profundas de la piel de los efectos dañinos del sol. La lámina basal separa la epidermis de las capas más profundas de la piel.

La capa intermedia de la piel se llama dermis. La dermis es mucho más gruesa que la epidermis. Contiene folículos pilosos, glándulas sudoríparas, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios que se mantienen en su sitio gracias a una proteína llamada colágeno. El colágeno, que es producido por las células de la piel llamadas fibroblastos, le da a la piel su elasticidad y firmeza.

La linfa es un líquido transparente que contiene productos de desecho de los tejidos y

células del sistema inmunológico. Los vasos linfáticos llevan líquido a los *ganglios linfáticos* (pequeñas acumulaciones en forma de frijol de células del sistema inmunológico que son importantes para combatir las infecciones).

La capa más profunda debajo de la piel se llama hipodermis. La hipodermis y la parte inferior de la dermis forman una red de colágeno y células grasas. La hipodermis conserva el calor y tiene un efecto amortiguador que ayuda a proteger de lesiones a los órganos del cuerpo.

Tipos de cáncer de la piel

Tumores de la piel

Los cánceres de la piel se dividen en 2 tipos generales: melanoma y no-melanoma.

El cáncer de la piel de tipo no-melanoma (generalmente cánceres de *células basales* y de *células escamosas*) es el más común de los cánceres de la piel. Se llaman cáncer de la piel

nomelanoma porque se originan en las células de la piel que no son melanocitos. Debido a que raras veces hacen *metástasis* (se propagan a otras partes del cuerpo), se tratan de manera distinta al melanoma.

El melanoma es un cáncer que comienza en los melanocitos, que son las células que producen el color o pigmento de la piel conocido como *melanina*. Otros nombres para este cáncer incluyen melanoma maligno y melanoma cutáneo. Debido a que la mayoría de las células de los melanomas continúan produciendo melanina, los tumores del melanoma muchas veces son de color café o negro. El melanoma es mucho menos común que el cáncer de células basales y de células escamosas, pero es mucho más grave.

El melanoma aparece con mayor frecuencia en la espalda y el tórax de los hombres de piel blanca y en la parte inferior de las piernas de las mujeres de piel blanca, pero comúnmente se afectan también otros tipos de piel y otras áreas de la piel. El que su piel sea de pigmentación oscura disminuye su riesgo, pero no es una garantía de que no contraerá melanoma. Las personas de piel más oscura pueden contraer este cáncer en las palmas de las manos, las plantas de los pies y debajo de las uñas. El melanoma se forma raras veces en partes del cuerpo que no están cubiertas con piel, como los ojos, la boca, la vagina, el intestino grueso y otros órganos internos.

El melanoma, al igual que los cánceres de células basales y de células escamosas, casi siempre es curable en sus etapas iniciales. No obstante, tiende mucho más que el cáncer de células basales y de células escamosas a hacer metástasis (propagarse) a otras partes del cuerpo.

La mayoría de los tumores de la piel son *benignos* (no cancerosos) y casi nunca se convierten en cáncer. Los lunares son tumores benignos de la piel que surgen de los melanocitos. Remítase a la sección “Factores de riesgo conocidos del melanoma” para más información sobre los lunares.

Los tumores benignos que pueden surgir de otros tipos de células de la piel incluyen la queratosis seborréica (puntos de color bronceado, café o negro en relieve y de textura “cerosa” o superficie áspera), los hemangiomas (crecimientos benignos de vasos sanguíneos llamados manchas de fresa o vino) y las verrugas (crecimientos de superficie áspera causados por un virus).

Factores de riesgo conocidos del melanoma

Un factor de riesgo es cualquier cosa que aumente las probabilidades que tiene una persona de contraer una enfermedad como el cáncer. Los diferentes tipos de cáncer conllevan distintos factores de riesgo. Fumar es un factor de riesgo del cáncer del pulmón, la boca, la laringe, la vejiga, los riñones y de varios otros órganos. Sin embargo, el tener uno o incluso varios factores de riesgo no significa que la persona contraerá la enfermedad. El riesgo de por vida de contraer melanoma para las personas que viven en los Estados Unidos es de aproximadamente 1.4%. Esta cifra es un promedio, pues algunas personas tienen un riesgo mayor que otras.

A continuación se describen los factores de riesgo principales para contraer melanoma.

Lunares

Un *nevo* (nombre médico para lunar) es un tumor benigno (no canceroso) de melanocitos. Por lo general, las personas no nacen con lunares, sino que éstos van apareciendo durante la niñez y la adolescencia. El tener ciertos tipos de lunares aumenta el riesgo de contraer melanoma.

Un tipo de lunar que puede convertirse en melanoma es el nevo *displásico* o lunar atípico. Los nevos displásicos se parecen un poco a los lunares normales pequeños, aunque típicamente también se parecen un poco al melanoma. Estos lunares pueden aparecer tanto en las áreas de la piel expuestas al sol, como en las que usualmente se cubren, como las nalgas y el cuero cabelludo. Generalmente son más grandes que los otros lunares. Algunas personas tienen muchos nevos displásicos.

Muchas veces los nevos displásicos son hereditarios. Si alguno de sus familiares tiene nevos displásicos, usted tendrá una probabilidad de aproximadamente 50% de contraer estos nevos. El riesgo de por vida de contraer melanoma es entre 6% y 10% para los que tienen nevos displásicos, dependiendo de la edad, los antecedentes familiares, la cantidad de nevos displásicos y otros factores. Por ejemplo, una persona que tiene uno o más nevos displásicos, y al menos 2 parientes cercanos con melanoma, tiene 50% o mayores probabilidades de contraer melanoma.

Los lunares con los que nacen las personas se llaman nevos melanocíticos congénitos. El riesgo promedio de por vida de contraer melanoma puede ser alrededor de 6% para las personas con nevos melanocíticos congénitos.

No obstante, el tamaño del nevo congénito influye en este riesgo. Las personas con nevos congénitos grandes tienen un riesgo mayor, mientras que para las que tienen nevos pequeños el riesgo es menor.

Los lunares que no son displásicos ni congénitos no tienden a convertirse en melanoma. Sin embargo, las personas que tienen muchos lunares, y las que tienen algunos lunares grandes, tienen un riesgo mayor de contraer melanoma.

Piel blanca, pecas y cabello claro

El riesgo de contraer melanoma es aproximadamente 20 veces mayor para las personas de raza blanca que para las de raza negra. La causa de esto es el efecto protector de la pigmentación de la piel. Las personas de raza blanca que tienen el pelo rojo o rubio, que le salen pecas y se queman con facilidad tras exponerse al sol tienen un riesgo especialmente alto. Las personas con pigmentación oscura también pueden contraer melanoma, particularmente en las palmas de las manos, las plantas de los pies, debajo de las uñas, dentro de la boca y, raras veces, en los órganos internos.

Antecedentes familiares

El riesgo de contraer melanoma es mayor si a uno o más de los familiares de primer grado (madre, padre, hermanos, hijos) de la persona se les ha diagnosticado melanoma. Dependiendo de la cantidad de familiares afectados, el riesgo puede aumentar hasta 8 veces más que el de las personas que no tienen antecedentes familiares de melanoma. Aproximadamente 10% de todas las personas con melanoma tiene antecedentes familiares de este tipo de cáncer.

Inmunosupresión

Las personas que han recibido tratamiento con medicamentos que suprimen el *sistema inmunológico*, tales como los pacientes de trasplante de órganos, tienen un riesgo mayor de contraer melanoma.

Exposición excesiva a la radiación ultravioleta (UV) y quemaduras solares

La fuente principal de radiación ultravioleta es la luz solar. Las lámparas y cabinas bronceadoras son otra fuente de este tipo de radiación. Las personas que se exponen excesivamente a la luz procedente de estas fuentes tienen un mayor riesgo de contraer melanoma. El grado de exposición a la luz ultravioleta depende de la intensidad de la luz, del tiempo que la piel ha estado expuesta y de si ésta ha estado protegida con ropa y bloqueador solar.

Si usted ha tenido quemaduras graves con ampollas a causa del sol, particularmente en su infancia o adolescencia, también tiene mayor riesgo de contraer melanoma. Las exposiciones intermitentes e intensas están más asociadas con el riesgo de melanoma que las exposiciones prolongadas de intensidad más baja, aunque la dosis total de radiación ultravioleta sea la misma.

Edad

Aproximadamente la mitad de todos los melanomas ocurre en las personas mayores de 50 años. Sin embargo, a algunos jóvenes (entre 20 y 30 años de edad) también se les puede diagnosticar la enfermedad. De hecho, el melanoma es uno de los tipos de cáncer más comunes entre las personas menores de 30 años. El melanoma hereditario ocurre a una edad menor.

Xeroderma pigmentoso

El *xeroderma pigmentoso* (XP) es una condición hereditaria rara que es consecuencia de un defecto en una enzima que repara algunos daños al ADN (DNA, por sus siglas en inglés). Las personas con xeroderma pigmentoso tienen un mayor riesgo de contraer cánceres de la piel tanto melanoma como no-melanoma. Debido a que la capacidad de las personas con xeroderma pigmentoso de reparar el daño al ADN causado por la luz solar es menor, pueden contraer muchos cánceres en las áreas expuestas de su piel. Estos hechos ayudan a explicar la conexión entre la luz solar y el cáncer de la piel.

Prevención del melanoma

Las principales maneras de disminuir su riesgo de contraer melanoma son evitar estar al aire libre bajo la luz solar intensa durante mucho tiempo y tomar las medidas de seguridad contra el sol cuando se encuentre al aire libre. Usted puede mantener su nivel de actividad física y proteger su piel a la misma vez. Las medidas de seguridad contra el sol incluyen:

Buscar la sombra: la forma más sencilla y eficaz de limitar la exposición a la luz ultravioleta (UV) es evitar estar al aire libre bajo la luz solar durante mucho tiempo. Esto es particularmente importante al mediodía cuando la luz ultravioleta es más intensa.

Protegerse la piel con ropa: usted puede proteger la mayor parte de su piel con ropa, que incluya una camisa de manga larga y un sombrero de ala ancha. Las telas de tejidos ajustados y de color oscuro (especialmente azul) generalmente ofrecen la mejor protección contra el sol.

Utilizar bloqueador solar: se deben usar lociones antisolares o bloqueadores solares con un factor de protección antisolar (SPF, por sus siglas en inglés) de 15 o más en las áreas de la piel expuestas al sol, particularmente cuando la luz solar es intensa. Al aplicarse la loción, siga siempre las instrucciones. Para que sea eficaz, la loción debe aplicarse antes de exponerse al sol, usarse una capa gruesa en todas las áreas de la piel expuestas a la luz solar y reaplicar cada dos horas. Se recomienda que se aplique una onza (la cantidad que cabe en la palma de la mano). Muchas lociones antisolares se desvanecen cuando la persona suda o nada y deben volverse a aplicar para que ofrezcan protección. Use bloqueador solar aunque el día esté brumoso o el cielo esté cubierto de nubes ligeras o poco compactas, ya que la luz ultravioleta puede atravesarlas.

No se debe usar el bloqueador solar para ganar tiempo extra bajo el sol. El bloqueador solar no evita el melanoma, sólo reduce la cantidad de exposición a la luz ultravioleta. Los investigadores han descubierto que muchas personas usan los protectores solares para permanecer bajo el sol por más tiempo, pero esto resulta en la misma cantidad de exposición a la luz ultravioleta que recibirían si no hubiesen usado ningún bloqueador solar. Toda exposición excesiva a la luz solar es perjudicial. Sólo se debe usar el bloqueador solar para protegerse contra la exposición normal al sol.

Usar lentes de sol: unos lentes de sol que ofrezcan cobertura total alrededor de los ojos, con un porcentaje de absorción de rayos ultravioleta de un 99% a un 100%, protegen de forma óptima los ojos (en los que puede surgir una forma poco común de melanoma llamada melanoma uveal) y el área de la piel que los rodea.

Evitar otras fuentes de luz ultravioleta: el uso de camas bronceadoras y de lámparas de sol resulta peligroso, debido a que la radiación ultravioleta que emiten pueden dañar su piel. Por lo tanto, no debe usarlas. Existen cada vez más pruebas de que estos dispositivos pueden aumentar su riesgo de contraer melanoma.

Ser especialmente cuidadoso con la protección solar para los niños: los niños requieren especial atención. Los padres deben protegerles de la exposición excesiva al sol tomando las medidas que se describieron anteriormente. Es necesario explicarle a los niños mayores, a medida que se van independizando, que necesitan tener cuidado con la exposición solar. Es importante, particularmente en las zonas del mundo en las que hay alta exposición solar, crear el hábito de usar bloqueador solar cada vez que estén al aire libre y puedan exponerse a grandes cantidades de luz solar.

Identificar lunares anormales y extirparlos: como se señaló anteriormente, ciertos tipos de lunares conllevan un riesgo mayor de convertirse en melanoma. Según la apariencia de estos lunares, su médico puede observarlos de cerca mediante exámenes periódicos o puede extirparlos si tienen características que indican que pueden convertirse en melanoma. Por lo general, no se recomienda la extirpación rutinaria de un gran número de lunares como forma de prevención del melanoma. Si usted tiene muchos lunares, es recomendable que un dermatólogo le examine periódicamente y que usted se autoexamine la piel todos los meses. Todos los lunares que estén cambiando deben ser examinados por un médico con experiencia en el reconocimiento de cánceres de la piel, generalmente un *dermatólogo*.

Detección temprana del melanoma

El melanoma se puede detectar temprano. Todo el mundo puede participar en la detección del melanoma en sus etapas iniciales, cuando hay más probabilidades de cura. Parte de un examen de revisión periódica para la detección del cáncer debe incluir el examen de la piel por un médico calificado para diagnosticar cáncer de la piel. Los médicos deben estar dispuestos a hablar sobre cualquier reserva que usted tenga con respecto a este examen. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda un examen de revisión periódica para la detección del cáncer, que incluya un examen de la piel, cada 3 años para las personas entre 20 y 40 años de edad y anualmente para las que tienen 40 años o más.

Es importante también que usted se revise la piel, preferiblemente una vez al mes. Usted debe conocer el patrón de lunares, manchas, pecas y otras marcas en su piel para que pueda notar cualquier cambio. Es mejor hacer el autoexamen frente a un espejo de cuerpo completo. Se puede utilizar un espejo de mano para las áreas difíciles de ver.

Su cónyuge o su pareja puede ayudarle a hacerse estos exámenes, especialmente en las áreas difíciles de ver, tales como la parte posterior de los muslos. Se deben inspeccionar todas las áreas, incluidas las palmas de las manos, las plantas de los pies, la región lumbar y la parte posterior de las piernas. Sus amigos y familiares también pueden ayudarle al señalar alguna mancha en la piel que parezca anormal. Asegúrese de mostrarle a su médico cualquier marca que le preocupe y pídale que le examine las áreas que se le hace difícil ver.

Las manchas en la piel que muestren cambios de tamaño, forma o color deben evaluarse de inmediato. Cualquier llaga, protuberancia, imperfección, marca o cambio en el aspecto o la sensación de un área de la piel pudiera ser una señal o advertencia de que puede producirse cáncer. La piel puede volverse escamosa o áspera, o bien empezar a sangrar o exudar. Pudiera sentir picazón, dolor o sensibilidad, y es posible que la piel se inflame y se enrojezca.

Debido a que los lunares pueden convertirse en melanoma, o indicar un mayor riesgo de melanoma, es importante conocer la diferencia entre un melanoma y un lunar ordinario. A veces esto puede ser difícil, por lo que usted debe mostrarle a su médico cualquier lunar que le resulte dudoso.

Por lo general, un lunar normal es una mancha uniforme de color café, canela o negro en la piel. Puede ser plano o prominente, redondo u ovalado. Generalmente, los lunares miden menos de 6 milímetros (1/4 de pulgada) de diámetro (aproximadamente el ancho de la goma de un lápiz). El lunar puede ser de nacimiento o bien puede aparecer durante la infancia o la juventud. Pueden aparecer varios lunares al mismo tiempo, especialmente en las áreas de la piel expuestas al sol. Los lunares pueden desvanecerse a la larga durante la vejez.

Una vez que se forma un lunar, por lo general conserva el mismo tamaño, forma y color por muchos años. La mayoría de las personas tiene lunares, y casi todos son inofensivos. Sin embargo, es importante reconocer en un lunar los cambios que pueden indicar que pudiera estar formando un melanoma.

Señales y síntomas del melanoma

La regla del **ABCD** puede ayudar a distinguir un lunar normal de un melanoma.

Asimetría: la mitad del lunar no es igual a la otra mitad.

Bordes irregulares: los bordes del lunar son desiguales o dentados.

Color: el color del lunar no es uniforme. Puede tener diferentes tonalidades de canela, café o negro y, a veces, áreas rojas, azules o blancas.

Diámetro: el lunar mide más de 6 milímetros (alrededor de $\frac{1}{4}$ de pulgada) de ancho, aunque en los últimos años los médicos han detectado un mayor número de melanomas tan pequeños como de 3 milímetros ($\frac{1}{4}$ de pulgada).

Entre otras señales importantes del melanoma se encuentran los cambios de tamaño, forma o color de un lunar. Algunos melanomas no se ajustan a la regla del ABCD descrita anteriormente, por lo que resulta particularmente importante estar pendiente de los cambios en las lesiones de la piel.

Pruebas y exámenes para el diagnóstico y la evaluación del melanoma

Cómo se diagnostica el melanoma

Si el aspecto anormal de un área de su piel levanta sospechas de que pudiera tratarse de un melanoma, se deberán emplear otras pruebas y exámenes clínicos para descubrir si es un cáncer de la piel tipo melanoma, tipo no melanoma o algún otro problema de la piel.

Historia y examen físico

Por lo general, el primer paso es que su médico obtenga su historia clínica (preguntas acerca de los síntomas y los factores de riesgo). El médico le preguntará cuándo le apareció por primera vez la marca en la piel y si ésta ha cambiado de tamaño o de aspecto. También puede preguntarle si se expuso en el pasado a condiciones reconocidas como causantes de cáncer de la piel y si algún miembro de su familia ha tenido melanoma.

Durante el examen físico, su médico observará el tamaño, la forma, el color y la textura del área en cuestión, y si ésta sangra o se descama. Le examinará el resto del cuerpo para ver si tiene manchas o lunares que puedan estar relacionados con el melanoma. El médico podrá examinar también los ganglios linfáticos cercanos al área de piel que presenta la anomalía, como por ejemplo, los de la ingle, las axilas y el cuello. La inflamación de los ganglios linfáticos pudiera indicar la propagación de un melanoma.

Consulta con un especialista

Si su médico no es especialista en el diagnóstico de condiciones de la piel (dermatólogo) puede ser que le refiera a uno para que le haga pruebas adicionales y una biopsia.

Tipos de biopsia de la piel

Si el médico cree que usted pudiera tener un melanoma, tomará una muestra de piel del área sospechosa para examinarla bajo un microscopio, lo que se conoce como *biopsia* de la piel. Para hacer una biopsia de la piel, pueden utilizarse diferentes métodos. El método elegido depende del tamaño del área afectada y de su localización en el cuerpo.

Cualquier biopsia puede dejar una cicatriz. Puesto que los diferentes métodos producen distintos tipos de cicatrices, usted debe pedirle información al médico acerca de las biopsias y las cicatrices antes de que se practique el procedimiento.

Todas las muestras de biopsias de la piel se examinan bajo un microscopio. La muestra de piel se le envía a un *patólogo*, que es un médico especialmente adiestrado para realizar el examen microscópico y el diagnóstico de las muestras de tejido. A menudo, la muestra de piel se le envía a un dermatopatólogo, que es un dermatólogo o patólogo con capacitación adicional para efectuar diagnósticos analizando muestras de piel y podría tener más experiencia con ciertas condiciones de la piel que un patólogo general.

Todas las biopsias de la piel se llevan a cabo con anestesia local. Usted sentirá un ligero pinchazo de aguja y una leve sensación de ardor con cierta presión durante menos de un minuto.

Biopsia por raspado: después de insensibilizar el área con un anestésico local, el médico “raspa” las capas superiores de la piel (la epidermis y la parte más superficial de la dermis) con una hoja de bisturí. La biopsia por raspado resulta útil para diagnosticar muchos tipos de enfermedades de la piel y para tratar los lunares benignos. Sin embargo, no se recomienda si se sospecha la presencia de un melanoma, debido a que es posible que la muestra tomada mediante la biopsia por raspado no tenga el grosor suficiente para precisar la profundidad de extensión del melanoma.

Biopsia por punción: la biopsia por punción extrae una muestra de piel más profunda. Para este tipo de biopsia, el médico utiliza un instrumento que parece un cortador de galletas redondo muy pequeño. Una vez insensibilizada la piel con anestesia local, el médico hace girar el instrumento sobre la superficie de la piel hasta atravesar todas las capas, incluyendo la dermis, la epidermis y las partes superiores de la hipodermis. Generalmente no se recomienda este procedimiento cuando se sospecha la presencia de un melanoma, aunque puede ser apropiado para áreas como las palmas de las manos, las plantas de los pies, los dedos, la cara y las orejas, así como para las lesiones muy grandes.

Biopsias por incisión y biopsia por escisión: si el médico tiene que examinar un tumor que afecta las capas más profundas de la piel, realizará una biopsia por incisión o una biopsia por escisión. Se utiliza un bisturí para cortar a través del espesor completo de la piel. Se extrae una cuña o elipse de piel para hacer un examen adicional, y los bordes de la herida se suturan. La biopsia por incisión sólo extrae una parte del tumor. La extirpación total del tumor se llama biopsia por escisión. Ambos tipos de biopsia pueden llevarse a cabo con anestesia local. Por lo general, la biopsia por escisión es el método preferible cuando se sospecha la presencia de un melanoma.

Diagnóstico de un melanoma metastásico

Aunque muchos melanomas se curan completamente, algunos se propagan con tanta rapidez que el paciente puede presentar metástasis en los ganglios linfáticos, los pulmones, el cerebro, el tracto gastrointestinal o el hígado,

mientras que el melanoma original sigue siendo pequeño. Es posible que un melanoma que se ha propagado a otras partes del cuerpo no pueda detectarse hasta mucho tiempo después de haberse extirpado el melanoma original de la piel.

Cuando ha ocurrido tal propagación, el melanoma que ha hecho metástasis en ciertos órganos pudiera confundirse con un cáncer que se origina en ese órgano. Por ejemplo, un melanoma que se ha propagado a los pulmones puede confundirse con un cáncer primario del pulmón (que empieza en los pulmones). Existen pruebas especiales que se les puede hacer a las muestras de biopsia para determinar si se trata de un melanoma o de algún otro tipo de cáncer. Esto es importante porque los diferentes tipos de cáncer se tratan de manera distinta.

Análisis de sangre

No existen análisis de sangre específicos para detectar el melanoma metastásico, pero en ocasiones pudiera ser útil una prueba del LDH sanguíneo. Los niveles de LDH en la sangre pueden ser un marcador del melanoma que se ha propagado ampliamente. El *LDH* (lactato dehidrogenasa) es una enzima de la sangre que puede ser más alta de lo normal cuando hay muchas células cancerosas o cuando el cáncer ha dañado el hígado.

Estudios por imágenes

Radiografía de tórax: se puede tomar una radiografía de tórax para determinar si el melanoma se ha propagado (hecho metástasis) a los pulmones. Esta propagación puede causar uno o más tumores en los pulmones y a menudo hace que se acumule líquido alrede-

dor de los pulmones. Esta acumulación de líquido, llamada derrame pleural, se puede observar en una radiografía de tórax.

Los estudios por imágenes tales como la *tomografía computarizada* (CT, por sus siglas en inglés) y las *imágenes por resonancia magnética* (MRI,) se pueden usar para ver si el melanoma se ha propagado a otros órganos o a los ganglios linfáticos que están profundos en el cuerpo.

Tomografía computarizada (CT): es un procedimiento radiológico que produce imágenes transversales detalladas de su cuerpo. En vez de tomar una fotografía, como lo hace la radiografía de tórax convencional, la máquina (escáner) de tomografía computarizada toma muchas fotografías al tiempo que rota a su alrededor. Luego, una computadora combina estas fotografías en una imagen de una sección de su cuerpo. La máquina creará múltiples imágenes de la parte de su cuerpo bajo estudio.

Después de tomar el primer grupo de imágenes, es posible que usted reciba una inyección intravenosa de un “tinte”, o *agente de radiocontraste*, que ayuda a delinear mejor las estructuras en su cuerpo. Luego, se toma un segundo grupo de imágenes. Algunas personas pueden tener una reacción alérgica y presentan sarpullido o, en raras ocasiones, reacciones más graves como dificultad para respirar y baja presión arterial. Asegúrese de decirle al médico si alguna vez ha tenido una reacción a cualquier material de contraste usado para las radiografías. La tomografía computarizada puede detectar si el melanoma se ha propagado a los pulmones o el hígado y puede ayudar a detectar si hay algún ganglio linfático inflamado que pudiera contener cáncer.

Imágenes por resonancia magnética (MRI):

en esta prueba se usan ondas radiales e imanes potentes en vez de rayos X. Se absorbe la energía de las ondas radiales y luego se libera en un patrón formado por el tipo de tejido y ciertas enfermedades. Una computadora traduce el patrón de ondas radiales emitido por los tejidos en una imagen transversal muy detallada de las partes del cuerpo. Se puede inyectar un material de contraste, de la misma forma que en la tomografía computarizada. Las imágenes por resonancia magnética son útiles para examinar el cerebro y la médula espinal.

Tomografía por emisión de positrones

(PET): esta prueba usa *glucosa* (una forma de azúcar) que contiene un átomo radiactivo. Las células cancerosas en el cuerpo absorben más azúcar radiactivo porque la velocidad de su metabolismo es alta. Se inyecta la sustancia en una vena, y una cámara especial puede detectar la radiactividad. La tomografía por emisión de positrones se puede utilizar para añadirle información a los resultados de la tomografía computarizada y las imágenes por resonancia magnética.

Nota: por lo general, estos estudios por imágenes con agentes radiactivos no tienen efectos secundarios y la cantidad de radiactividad a la que usted se expone es mínima.

Procedimientos y estudios para detectar metástasis**Biopsia por aspiración con aguja fina**

(FNA): para esta biopsia se usa una jeringuilla con una aguja fina para extraer fragmentos de tejido muy pequeños de un tumor. Algunas veces se usa un anestésico local para adormecer el área. Esta prueba muy pocas veces causa

mucha molestia y no deja cicatriz. No se usa para el diagnóstico de lunares sospechosos, pero podría usarse para tomar una muestra de los ganglios linfáticos inflamados cercanos a un melanoma a fin de determinar si ha hecho metástasis (se ha propagado). Algunas veces se usa una tomografía computarizada (tipo especial de radiografía) para guiar la aguja en un tumor en un órgano interno como un pulmón o el hígado. Se puede usar esta prueba si el médico sospecha que el melanoma se ha propagado a estos órganos.

Biopsia quirúrgica (por escisión) de los ganglios linfáticos:

en este procedimiento se extirpan los ganglios linfáticos anormalmente inflamados a través de una incisión en la piel. Generalmente se usa un anestésico local. Esta técnica se usa con frecuencia para determinar si el tamaño de algún ganglio linfático indica que el melanoma se ha propagado, pero la biopsia por aspiración con aguja fina no detectó células del melanoma.

Biopsia del ganglio centinela: este es un nuevo procedimiento muy prometedor. Puede detectar los ganglios linfáticos que drenan líquido linfático del área de la piel en la que se formó el melanoma. Estos ganglios linfáticos se pueden examinar para verificar si hay alguna propagación del melanoma.

El día de la cirugía, se inyecta en el lugar del tumor una pequeña cantidad de un material radiactivo, un tinte azul o ambos. Se examina el cuerpo con un estudio por imágenes para identificar el primer ganglio (el *ganglio centinela*) que recoja el material radiactivo. Se extirpa este ganglio linfático para examinarlo bajo el microscopio. Si el ganglio centinela contiene células del melanoma, se extirparán quirúrgicamente los demás ganglios del área

en una fecha posterior. Si el ganglio centinela no contiene células del melanoma, no será necesario practicar otra cirugía de los ganglios linfáticos.

Si cerca del melanoma hay un ganglio linfático anormalmente inflamado, usualmente no se hace una biopsia de ganglio centinela, sino que se practica una biopsia por aspiración con aguja fina o una biopsia quirúrgica de este ganglio linfático.

Etapas del melanoma

La *clasificación por etapas* es un proceso para determinar hasta dónde se ha propagado el cáncer. Incluye una descripción del tamaño del tumor en la piel y si se ha propagado a otros órganos. Los sistemas de clasificación por etapas son una manera estándar que tiene su equipo de atención médica de resumir la extensión de su cáncer.

El sistema del American Joint Committee on Cancer (AJCC) se usa con mucha frecuencia para describir la extensión del melanoma. En este sistema se le otorga a cada cáncer una categoría T, una categoría N y una categoría M.

La categoría **T** se basa en el grosor del tumor y si está ulcerado (no tiene la capa de piel que cubre al melanoma).

La categoría **N** refleja si el melanoma se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos. La categoría N también refleja si las células cancerosas están comenzando a propagarse y se encuentran en los canales linfáticos que conectan con los ganglios linfáticos.

La categoría **M** indica si hay metástasis en los órganos distantes.

En la clasificación por etapas TNM se combina la información sobre el tumor, los ganglios linfáticos y la metástasis según un proceso llamado agrupación de etapas, a fin de asignar una etapa. La etapa se describe usando el 0 y los números romanos del I al IV.

Se utilizan varias pruebas y procedimientos para recopilar información sobre el melanoma y si se ha propagado a los ganglios linfáticos o a los órganos distantes. Esta información se utiliza para asignar las categorías T, N y M y una etapa agrupada.

Examen de la biopsia de la piel

Es importante medir el tamaño de un melanoma bajo un microscopio, pues se considera que la medida de su grosor es la mejor manera de determinar el pronóstico del paciente (la expectativa de supervivencia).

El patólogo que examina la muestra de la biopsia de la piel mide el grosor del melanoma bajo el microscopio con un instrumento llamado micrómetro que se parece a una regla pequeña. Esta técnica se conoce como *medición de Breslow*. Mientras más delgado sea el melanoma, mejor será el pronóstico. En general, los melanomas menores de 1 milímetro (mm) de profundidad (aproximadamente $\frac{1}{25}$ de una pulgada o el diámetro de un punto o una coma) tienen muy pocas probabilidades de propagarse. A medida que el melanoma se va haciendo más grueso, tiene mayores probabilidades de propagarse. El grosor del melanoma también sirve como guía para la selección del tratamiento.

Otro sistema describe el grosor de un melanoma en relación con su penetración en la piel, en vez de su medida en sí. El *nivel de Clark* de un melanoma usa una escala del I al V

(mientras más alto el número más profundo es el melanoma) para describir si el cáncer:

- Permanece en la epidermis (nivel de Clark I)
- Ha comenzado a penetrar la dermis superior (nivel de Clark II)
- Afecta la mayor parte de la dermis superior (nivel de Clark III)
- Ha penetrado la dermis inferior (nivel de Clark IV)
- Ha penetrado muy profundo hasta la hipodermis (nivel de Clark V)

Los números romanos del nivel de Clark no deben confundirse con los números romanos de la agrupación de etapas.

En la clasificación más reciente, la medición de Breslow del grosor ha cobrado mayor importancia que el nivel de penetración de Clark en la piel como el primer factor pronóstico. Esto se debe a que la medición del grosor es más fácil y depende menos del juicio del patólogo. Sin embargo, algunas veces el nivel de Clark nos indica que un melanoma está más avanzado de lo que pensábamos de acuerdo con la medición de Breslow. Por este motivo, se usan ambos sistemas para ayudar a clasificar un melanoma.

En cualquiera de los sistemas, se dice que el melanoma tiene peor pronóstico si el patólogo dice que está ulcerado (no tiene la capa que recubre la epidermis).

Descripción de las etapas agrupadas

Las categorías de clasificación por etapas que utiliza la NCCN varían levemente del sistema TNM. Las etapas que se usan en estas guías son las siguientes:

Etapas 0: el melanoma es in situ, es decir, afecta la epidermis pero no se ha propagado a la dermis. A esta etapa se le llama también nivel I de Clark.

Etapas I: el melanoma es menor de 1 mm o alrededor de $\frac{1}{25}$ de pulgada de grosor. En el sistema de Clark, esto puede ser el nivel II o III. Parece estar localizado en la piel y no se ha detectado en los ganglios linfáticos ni en órganos distantes.

Etapas I y II: el melanoma tiene un grosor Breslow entre 1 mm y 4mm o puede tener un nivel de Clark de IV con cualquier grosor. Todavía parece estar localizado en la piel y no se ha detectado en los ganglios linfáticos ni en órganos distantes.

Etapas III: el melanoma es muy grueso, ya sea que mida más de 4 mm o tenga un nivel de Clark de V o que se detecten masas o nódulos de melanoma a no más de 2 cm ($\frac{4}{5}$ pulgadas) de distancia del tumor principal.

También puede ser que el melanoma se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos al área de la piel afectada, pero no hay propagación a distancia. El grosor del melanoma no se considera.

Etapas IV: el melanoma se ha propagado más allá del área original de la piel y de los ganglios linfáticos cercanos hacia otros órganos tales como los pulmones, el hígado o el cerebro o a áreas distantes de la piel o de los ganglios linfáticos. No se considera el estado de los ganglios linfáticos ni el grosor, pero, en general, el melanoma será grueso y se habrá propagado a los ganglios linfáticos.

Tipos de tratamiento contra el melanoma

Después de que se realicen las pruebas diagnósticas, su equipo de atención del cáncer le recomendará una o más opciones de tratamiento. Analice estas opciones sin prisa. Si hay algo que no entienda, pida que se lo expliquen. La selección del tratamiento depende en gran medida del grosor del tumor primario y de la etapa de la enfermedad.

Tipos de cirugía contra el melanoma

Escisión amplia: cuando el diagnóstico de melanoma se establece mediante biopsia, será necesario extraer más cantidad de piel en el área del melanoma y examinar el tejido para asegurarse de que no queden células cancerosas en la piel. El tamaño de este margen de tejido normal depende del grosor del tumor.

Grosor del tumor	Márgenes recomendados
In situ	0.5 cm (1 pulgada = 2.54 cm)
Menos de 1 mm	1 cm
1 a 2 mm	1 a 2 cm
2 a 4 mm	2 cm
Más de 4 mm	Al menos 2 cm

Amputación: si el melanoma está en un dedo, el tratamiento pudiera consistir en amputar la mayor cantidad posible de ese dedo.

Resección de ganglios linfáticos: una vez que se diagnostica el melanoma, el médico examina los ganglios linfáticos más cercanos al melanoma. Si los ganglios linfáticos no están inflamados, se puede hacer una biopsia del ganglio linfático centinela. Si el ganglio linfático centinela no tiene cáncer, entonces es poco probable que el cáncer se haya propagado

a los ganglios linfáticos, por lo que usualmente no será necesario resear los demás ganglios linfáticos. Si el ganglio linfático centinela da positivo, generalmente se recomienda que se extirpen los demás ganglios linfáticos.

Si estos ganglios linfáticos se sienten anormalmente duros o inflamados, y los resultados de una biopsia por aspiración con aguja fina indican que el melanoma es metastásico, se puede llevar a cabo una resección de los ganglios linfáticos. En este procedimiento se extirpa la mayoría de los ganglios linfáticos situados en el área del melanoma y se examina con el microscopio para ver cuántos contienen cáncer.

La resección de los ganglios linfáticos puede causar algunos efectos secundarios significativos que pudieran ser permanentes. El que causa más molestias es el *linfedema*. Los ganglios linfáticos en la ingle y debajo del brazo ayudan a drenar líquido de las extremidades. Sin éstos se puede acumular líquido. Las medias o mangas elásticas pueden ayudar a algunas personas con esta condición.

Algunas veces se usan dispositivos especiales que aprietan las extremidades y que pudieran ser útiles. La razón por la que la resección de ganglios linfáticos no se practica a menos que el médico piense que es absolutamente necesario es por los efectos secundarios que conlleva y la molestia de la cirugía como tal. Discuta los riesgos de estos posibles efectos secundarios con su médico.

Cirugía contra el melanoma metastásico

Una vez que el melanoma se propaga desde la piel hasta otros órganos distantes (como los pulmones o el cerebro), es menos probable que

el cáncer se cure con cirugía. Incluso si sólo se detectan una o dos metástasis mediante los estudios por imágenes, tales como la tomografía computarizada y las imágenes por resonancia magnética, es posible que existan otras áreas de metástasis tan pequeñas que estas pruebas no las pueden detectar. No obstante, a veces sí se lleva a cabo una cirugía. Si hubiera una metástasis, o incluso varias, que puedan extirparse por completo, esta cirugía pudiera prolongarle la vida a algunos pacientes. Además, la extirpación de las metástasis en el cerebro, que pudieran eventualmente causar síntomas, puede ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente.

Quimioterapia

La *quimioterapia* sistémica utiliza medicamentos contra el cáncer que generalmente se inyectan en una vena o se administran por la boca. Estos medicamentos viajan a través del torrente sanguíneo a todas las partes del cuerpo y atacan las células cancerosas que ya se han propagado más allá de la piel para afectar a los ganglios linfáticos y otros órganos.

Los medicamentos utilizados en la quimioterapia destruyen las células cancerosas, pero también algunas células normales, tales como las células de la médula ósea productoras de sangre, las que recubren el tracto gastrointestinal y las de los folículos pilosos. Por consiguiente, su médico le prestará cuidadosa atención a la prevención y disminución de los efectos secundarios, los cuales dependen del tipo de medicamento, de la cantidad administrada y de la duración del tratamiento. Los efectos secundarios temporales de la quimioterapia pueden incluir náuseas y vómitos, pérdida del apetito, caída del cabello y llagas en la boca.

Puesto que la quimioterapia puede destruir las células normales de la sangre, los pacientes pueden tener bajos recuentos sanguíneos que pueden resultar en:

- Mayores probabilidades de infección (debido a una escasez de glóbulos blancos)
- Sangrado o hematomas después de cortadas o lesiones menores (debido a la escasez de plaquetas)
- Cansancio (debido a los bajos recuentos de glóbulos rojos, pero que también pudiera ser causado simplemente por la quimioterapia).

La mayoría de los efectos secundarios desaparece una vez que termina el tratamiento. Existen remedios contra muchos de los efectos secundarios de la quimioterapia, así que asegúrese de discutir los efectos secundarios con el equipo que atiende su caso. Por ejemplo, se pueden administrar medicamentos *antieméticos* para prevenir o reducir las náuseas y los vómitos.

Contra el melanoma en la etapa IV, se pueden utilizar varios tipos de quimioterapia. Aunque por lo general la quimioterapia no es tan eficaz contra el melanoma como contra otros tipos de cáncer, sí puede aliviar los síntomas o prolongar la vida de algunos pacientes con melanoma en etapa IV. En algunos estudios recientes se ha descubierto que la combinación de varios medicamentos de quimioterapia con uno o más medicamentos de inmunoterapia puede ser más eficaz que un medicamento de quimioterapia solo.

Los medicamentos de quimioterapia que se utilizan con frecuencia para tratar el melanoma incluyen:

- Dacarbazina (llamada también DTIC), sola o en combinación con otros medicamentos

de quimioterapia como la carmustina (conocida también como BCNU) y el cisplatino. La combinación de estos 3 medicamentos de quimioterapia, junto con el tamoxifeno (un medicamento de terapia hormonal utilizado con mayor frecuencia para tratar el cáncer del seno o mama) se llama “régimen de Dartmouth”.

- El cisplatino con vinblastina y darcabazina es otra combinación de quimioterapia para tratar el melanoma.
- La temozolomida es un nuevo medicamento que funciona de manera similar a la darcabazina, pero que se puede administrar en forma de pastilla.

Estas combinaciones de quimioterapia se pueden utilizar también con medicamentos de inmunoterapia tales como el alfa-interferón o la interleucina-2 (remítase a la sección sobre inmunoterapia). Este tipo de tratamiento también se conoce como bioquimioterapia.

La perfusión aislada de extremidades (administrarle quimioterapia a una extremidad sin tratar el resto del cuerpo) es un tipo de quimioterapia experimental que se utiliza a veces contra los melanomas metastásicos limitados a los brazos y las piernas. En este método se separa temporalmente la circulación de la extremidad afectada de la del resto del cuerpo y se inyectan altas dosis de quimioterapia a la arteria que alimenta la extremidad. Esto permite que se administren altas dosis al área del tumor sin exponer a los órganos internos a esta cantidad de quimioterapia porque de lo contrario podrían presentarse graves efectos secundarios. Generalmente, el líquido se calienta hasta que llegue a una temperatura entre 102° y 104° Fahrenheit

(38.88° y 40° centígrados). El melfalán es el medicamento usado más comúnmente para este procedimiento de quimioterapia.

Radioterapia

La *radioterapia* utiliza rayos o partículas de alta energía para destruir las células cancerosas. La radioterapia externa enfoca la radiación desde fuera del cuerpo sobre el tumor de la piel. Este tipo de radioterapia se utiliza para tratar a algunos pacientes con melanoma.

La radioterapia no se usa generalmente para tratar los tumores primarios de melanoma (el melanoma original que se presenta en la piel). Sin embargo, se puede usar para tratar el melanoma que ha regresado, ya sea en la piel o en los ganglios linfáticos, si no se puede extraer completamente mediante cirugía. También se puede usar para tratar la propagación a distancia.

Quizás la función principal de la radioterapia sea la *paliación* (alivio de los síntomas) de las metástasis al cerebro y a los huesos. No se espera que la radioterapia paliativa cure el cáncer. Por ejemplo, una metástasis del melanoma al cerebro pudiera causar parálisis parcial, mareos intensos u otros síntomas que se pueden aliviar temporalmente mediante radioterapia.

Inmunoterapia

La inmunoterapia mejora y estimula el sistema inmunológico del paciente para que reconozca y destruya las células cancerosas con más eficacia. Hay varios tipos de inmunoterapia que se utilizan en el tratamiento de pacientes con melanoma avanzado.

Terapia con citocinas: las *citocinas* son proteínas que activan el sistema inmunológico en forma general. Dos citocinas, el alfa-interferón y la interleucina-2, pueden ayudar a estimular la inmunidad en los pacientes de melanoma. Ambos medicamentos pueden ayudar a reducir el tamaño de los melanomas metastásicos (en etapa III o IV) entre el 10% y el 20% de los casos.

Los efectos secundarios de las citocinas pueden incluir fiebre, escalofríos, dolores y cansancio intenso. La interleucina-2, especialmente en altas dosis, puede hacer que se acumule líquido en el cuerpo de forma tal que la persona se hinche y se sienta bastante enferma. Algunos pacientes pudieran requerir hospitalización a causa de este problema.

Los pacientes que tienen melanomas más profundos a menudo tienen células cancerosas que se desprenden del melanoma primario y viajan a otras partes del cuerpo. El *tratamiento adyuvante* consiste en tratamientos que se administran además del tratamiento principal para evitar la propagación o crecimiento de cualquier célula cancerosa residual.

Los interferones son sustancias inmunológicas que el cuerpo produce como respuesta a las infecciones. El interferón alfa-2b se puede utilizar como tratamiento adyuvante. Este tratamiento se administra en inyecciones durante un año. Además de los efectos secundarios mencionados anteriormente, el interferón alfa-2b puede afectar el corazón y el hígado y los pacientes deben recibir seguimiento por parte de un oncólogo con experiencia en este tratamiento. El interferón alfa-2b que se le administra a los pacientes de melanoma en etapa III después de la cirugía puede retrasar significativamente la recurren-

cia del melanoma. Al tomar la decisión de usar la terapia adyuvante, los pacientes y sus médicos deben considerar los posibles beneficios y efectos secundarios de este tratamiento.

Terapia de vacunas: las vacunas contra el melanoma son tratamientos experimentales cuyos beneficios no se han comprobado aún. Se han hecho pruebas de estas vacunas con pacientes de melanoma en etapa III y etapa IV. Las vacunas antimelanoma son, de cierta manera, similares a las vacunas que se utilizan para prevenir las enfermedades causadas por virus tales como la poliomielitis, el sarampión y las paperas. Las vacunas antivirales por lo general contienen virus debilitados o partes de un virus que no pueden causar la enfermedad. La vacuna estimula el sistema inmunológico del cuerpo para destruir el tipo de virus más dañino.

De la misma forma, las células de melanoma debilitadas, o parte de las células del melanoma (llamadas antígenos), se pueden inyectar en un paciente en un intento por estimular el sistema inmunológico del cuerpo para que destruya selectivamente las células del melanoma. Generalmente, las células del melanoma o los antígenos están mezclados con las sustancias que ayudan a estimular el sistema inmunológico del organismo. Sin embargo, crear una vacuna contra un tumor como el melanoma es más difícil que crear una vacuna para combatir un virus. Hay estudios clínicos que se están realizando en la actualidad para probar el valor del tratamiento con vacunas en pacientes de melanoma en etapas III o IV, a veces combinadas también con la terapia de citocinas.

Inyecciones directamente en el tumor: en algunas ocasiones los melanomas se reducen y

desaparecen si se les inyectan ciertas sustancias. Las sustancias que se inyectan con mayor frecuencia son el bacilo de Calmette-Guérin (BCG), una forma de tuberculosis muerta que se usa para inmunizar a las personas contra la tuberculosis, y el interferón.

Cuidado de apoyo

La mayor parte de este documento explica maneras para curar a las personas con melanoma y cómo se extirpan o destruyen las células del melanoma para ayudarlas a vivir más tiempo. Sin embargo, otro objetivo importante es que usted se sienta lo mejor posible para que pueda continuar haciendo lo que siempre ha deseado hacer en la vida. No dude en discutir con su equipo de atención del cáncer sus síntomas o cómo se siente. Existen métodos eficaces y seguros para tratar los síntomas que pueda estar teniendo, así como para tratar los efectos secundarios causados por el tratamiento del melanoma. Esto se conoce como *cuidado de apoyo*.

El dolor es una preocupación importante para los pacientes de cáncer avanzado. El crecimiento del cáncer alrededor de ciertos nervios puede causar dolor intenso. Es importante que los pacientes no duden en comunicarle a sus médicos que tienen dolor. Para la mayoría de los pacientes, el tratamiento con morfina o con otros de estos medicamentos llamados opioides (medicamentos parecidos al opio) alivian el dolor considerablemente. Para más información sobre el tratamiento del dolor del cáncer puede comunicarse con la Sociedad Americana del Cáncer o con la NCCN para solicitar una copia del folleto *El dolor asociado con el cáncer: guías de tratamiento para los pacientes*.

Tratamientos complementarios y alternativos

Si usted está considerando usar algún tratamiento *alternativo* o *complementario* que no se haya probado, es mejor que lo hable primero con su equipo de atención del cáncer y que le solicite información a la Sociedad Americana del Cáncer o al Instituto Nacional del Cáncer. Algunos tratamientos aún no probados pueden interferir con los tratamientos médicos convencionales y pueden causar efectos secundarios graves.

Otros factores a considerar durante y después del tratamiento

Durante y después del tratamiento, es posible que pueda acelerar su recuperación y mejorar su calidad de vida si desempeña una función activa. Aprenda sobre los beneficios y desventajas de cada una de sus opciones de tratamiento y pregúntele a su equipo de atención del cáncer si hay algo que usted no entienda. Aprenda sobre los efectos secundarios del tratamiento, esté pendiente de ellos y repórtelos rápidamente a su equipo de atención del cáncer para que pueda tomar medidas para minimizarlos y acortar su duración.

Recuerde que su cuerpo es tan único como su personalidad y sus huellas digitales. Aunque el comprender la etapa de su cáncer y aprender sobre sus opciones de tratamiento puede ayudar a predecir los problemas de salud a los que pudiera enfrentarse, nadie puede anticipar cómo usted responderá al cáncer y su tratamiento.

Es posible que usted tenga fortalezas especiales tales como una historia excelente de

nutrición y actividad física, una fuerte red de apoyo familiar o una fe profunda, y que estas fortalezas influyan en su respuesta al cáncer. De hecho, los científicos especialistas en la conducta descubrieron recientemente que algunas personas que aprovecharon algún sistema social de apoyo, como un grupo de apoyo del cáncer, lograron una mejor calidad de vida. También hay profesionales experimentados en servicios de salud mental, trabajo social y servicios pastorales que pueden ayudarle a sobrellevar su enfermedad.

Usted también puede contribuir a su propia recuperación del cáncer tomando decisiones saludables en su estilo de vida. Si usted usa tabaco, este es el momento para dejar de hacerlo. Dejar el tabaco mejorará su salud en general, y el recuperar completamente su sentido del olfato puede ayudarle a disfrutar de una dieta saludable durante la recuperación. Si consume alcohol, limite la cantidad que consume. No tome más de 1 ó 2 copas al día. Una buena nutrición puede ayudarle a mejorar después del tratamiento. Siga una dieta nutritiva y balanceada que incluya muchos alimentos de origen vegetal como frutas, ensaladas, verduras y alimentos de granos integrales. Pregúntele a su equipo de atención del cáncer si usted se beneficiaría con alguna dieta especial. Es posible que pueda ofrecerle recomendaciones especiales para las personas que han tenido radioterapia, quimioterapia o cirugía.

Si usted está bajo tratamiento contra el cáncer, debe estar consciente de la batalla que se está librando en su cuerpo. La radioterapia, el tratamiento con citocinas y la quimioterapia se suman al cansancio causado por la enfermedad en sí, si se ha propagado. Bríndele a su cuerpo todo el descanso que necesite para que

pueda sentirse mejor a medida que transcurra el tiempo. Haga ejercicios una vez que sienta que ha descansado lo suficiente. Pregúntele a su equipo de atención del cáncer si su cáncer o sus tratamientos pudieran limitar su programa de ejercicios y sus demás actividades.

La cirugía y la radioterapia a veces pueden afectar cómo usted se siente con respecto a su cuerpo, y es posible que conlleven otros problemas físicos que pueden afectar la sexualidad. Su equipo de atención del cáncer puede ayudarle con estos problemas, así que no dude en compartir con éste sus preocupaciones.

Un diagnóstico de cáncer y su tratamiento son retos grandes en la vida, que le afectan tanto a usted como a todos sus seres queridos. Antes de que llegue al punto en que se sienta abrumado, considere asistir a una reunión de algún grupo local de apoyo. Si necesita ayuda individual de otra índole, comuníquese con el departamento de servicios sociales de su hospital o con la Sociedad Americana del Cáncer para ponerle en contacto con algún profesional o con otros servicios.

Información sobre los estudios clínicos

Los investigadores llevan a cabo estudios de tratamientos nuevos para contestar las siguientes preguntas:

- ¿Es más eficaz este tratamiento que los que ya están disponibles?
- ¿Qué efectos secundarios causa el tratamiento?
- ¿Compensan los beneficios los riesgos, incluyendo los efectos secundarios?

- ¿A qué tipo de pacientes es más probable que el tratamiento le resulte beneficioso?

Durante su tratamiento contra el melanoma, su médico puede recomendarle que participe en un estudio clínico de algún tratamiento nuevo. Usted debe saber que los científicos sólo llevan a cabo los estudios clínicos cuando creen que el tratamiento bajo estudio sí pudiera ser mucho mejor que otros tratamientos. Todos los estudios clínicos tienen que pasar por una evaluación de un comité de ética, que es responsable de asegurar que se atiendan de manera óptima las necesidades de seguridad del paciente. Nadie recibe un placebo (pastilla de azúcar) si ya hay un tratamiento eficaz disponible. Durante los estudios para algún medicamento que aún no ha sido aprobado por la Food and Drug Administration, algunas personas recibirán el tratamiento estándar, mientras que otras recibirán el medicamento experimental. Una computadora asigna al azar los participantes a cada grupo. Tendrá que probarse si el tratamiento experimental funcionará mejor que el tratamiento estándar. El nuevo tratamiento puede tener algunos efectos secundarios que su médico le explicará antes de que ingrese al estudio.

Los estudios clínicos se realizan en tres fases. El propósito del estudio en la fase I es descubrir la mejor manera de administrar el tratamiento y determinar qué cantidad se puede administrar con seguridad. Los médicos observan detenidamente a los pacientes en busca de cualquier efecto secundario. Aunque los tratamientos que se estudian en un estudio en la fase I se han probado bien en el laboratorio y en estudios con animales, los efectos

secundarios que tendrán en los pacientes no son del todo predecibles.

Los estudios clínicos en la fase II determinan la eficacia de un tratamiento experimental después de que se evalúa en un estudio en la fase I. Los médicos observan detenidamente a los pacientes y miden las localizaciones del cáncer presentes al principio del estudio clínico para determinar si hay algún efecto contra el cáncer. Además de supervisar a los pacientes para determinar la respuesta al tratamiento, se registra y evalúa cualquier efecto secundario que surja.

Los estudios clínicos en la fase III comparan los resultados del nuevo tratamiento con un tratamiento establecido. Estos estudios requieren a menudo de una gran cantidad de pacientes, a veces miles. Un “grupo de referencia” de pacientes puede recibir el tratamiento estándar (el más aceptado) mientras que el otro grupo, asignado al azar, puede recibir el tratamiento o medicamento bajo estudio. De esta manera los investigadores pueden comparar los dos para determinar si el nuevo tratamiento es más beneficioso para la supervivencia y la calidad de vida. Los médicos supervisan detenidamente a todos los pacientes que participan en un estudio clínico en la fase III en busca de efectos secundarios. Si los efectos secundarios son muy graves, el estudio se suspende.

La participación en un estudio clínico es completamente voluntaria. Sus médicos y enfermeras le explicarán el estudio en detalle y le darán un formulario de consentimiento para que lo lea y lo firme. Este formulario de consentimiento válido establece que usted comprende los posibles riesgos y que desea

participar. Incluso después de que haya firmado el formulario y de que comience el estudio clínico, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento y por cualquier motivo. El participar en un estudio clínico es una opción adecuada para todos los pacientes de melanoma, independientemente de la etapa en que se encuentre la enfermedad. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite. No obstante, verifique con su compañía de seguro médico si

cubre los costos de su participación en un estudio clínico.

El participar en un estudio clínico puede ayudarle directamente a usted, así como a otros pacientes de melanoma en el futuro. Por estas razones, la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer tienen el compromiso de que se lleven a cabo estudios clínicos y de ayudar a los pacientes de cáncer a aprender más sobre ellos.

NOTAS

Pruebas de detección (evaluación) y guías de tratamiento

Diagramas de toma de decisiones

Los diagramas de toma de decisiones, o algoritmos, que se presentan en las páginas siguientes representan opciones de tratamiento contra el melanoma partiendo de qué tan grueso es y hasta dónde se ha propagado. Cada uno le demuestra paso por paso cómo usted y su médico pueden determinar qué decisiones necesitan tomar sobre su tratamiento.

Tenga presente que no debe usar esta información sin contar con la experiencia de su médico quien conoce mejor su situación, historia médica y preferencias personales. También es recomendable que repase este folleto con su médico, pues él o ella le puede indicar cuál de los diagramas de toma de decisiones aplica en su caso. Hemos dejado algunos espacios en blanco en la sección de los diagramas de toma de decisiones para que usted o su médico tomen notas con respecto a los tratamientos. También puede usar ese espacio para añadir algunas preguntas que quiera hacerles a sus médicos sobre los tratamientos.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para la mayoría de los pacientes de melanoma. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

Las guías de la NCCN se actualizan según surge información nueva significativa. Para asegurarse de que tiene la versión más reciente, consulte la página en Internet de la Sociedad Americana del Cáncer (www.cancer.org), que ofrece información en español, o la de la NCCN (www.nccn.org). Para obtener la información más reciente sobre estas guías y el cáncer en general, también puede llamar a la Sociedad Americana del Cáncer al 1-800-227-2345 (un especialista en información le atenderá en español) o a la NCCN al 1-888-909-NCCN.

Presentación clínica

Biopsia

Lesión oscura sospechosa en la piel, como un lunar, mancha o marca

Es preferible extirpar la lesión completa, junto con 1 a 2 mm de piel normal circundante

De lo contrario, extirpación en toda su profundidad de la parte de la lesión que parezca mas gruesa

Un patólogo experto en tumores de la piel debe examinar luego la muestra de la biopsia

Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para la mayoría de los pacientes de melanoma. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

Pruebas de detección del melanoma

Este diagrama de toma de decisiones comienza cuando usted o su médico detectan una lesión oscura sospechosa en la piel, tal como un lunar, mancha o marca.

El siguiente paso es una biopsia. En este punto no se recomiendan otras pruebas. Se debe

extirpar quirúrgicamente toda la lesión, si es posible, junto con 1 a 2 mm (aproximadamente $\frac{1}{25}$ a $\frac{2}{25}$ de pulgada) de la piel normal circundante. Si esto no es posible, entonces se debe extirpar la parte más gruesa de la lesión, incluyendo su profundidad total.

Un patólogo (médico especialista en examinar muestras de tejido) experto en tumores de la

Pruebas de detección del melanoma

Patología

Evaluación preliminar

Hallazgos que reporta el patólogo

Medida de Breslow del grosor
Nivel de Clark para describir la profundidad de crecimiento de las células del melanoma
Si hay ulceración

Historia completa, examen físico y examen de la piel

©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

piel examinará la muestra y determinará si se trata de un melanoma. Él o ella (1) medirá el grosor de la lesión (escala de Breslow), (2) observará qué tan profundo ha crecido hacia el tejido normal subyacente (nivel de Clark) y (3) verificará si la parte superior de la lesión está ulcerada (es decir, ya no tiene la epidermis o capa externa de la piel).

Si se confirma el diagnóstico de melanoma, a usted se le debe tomar su historia médica completa y se le debe hacer un examen físico que incluya una inspección detallada y completa de la piel. Su médico buscará si tiene algún ganglio linfático inflamado, particularmente alrededor del melanoma, si tiene algún órgano inflamado y, por último, si tiene alguna otra lesión sospechosa en la piel.

Etapa clínica

Evaluación inicial

Etapa 0

In situ

No se necesitan pruebas

Etapa I

Menor de 1 mm de grosor

No se necesitan pruebas

Etapas I y II

1 a 4 mm de grosor

Radiografía de tórax y prueba
del LDH (opcional)**Etapa III**Más de 4 mm de grosor
y sin inflamación de los
ganglios linfáticosRadiografía de tórax y prueba
del LDH (opcional)

Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para la mayoría de los pacientes de melanoma. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

Evaluación y tratamiento para las etapas iniciales del melanoma

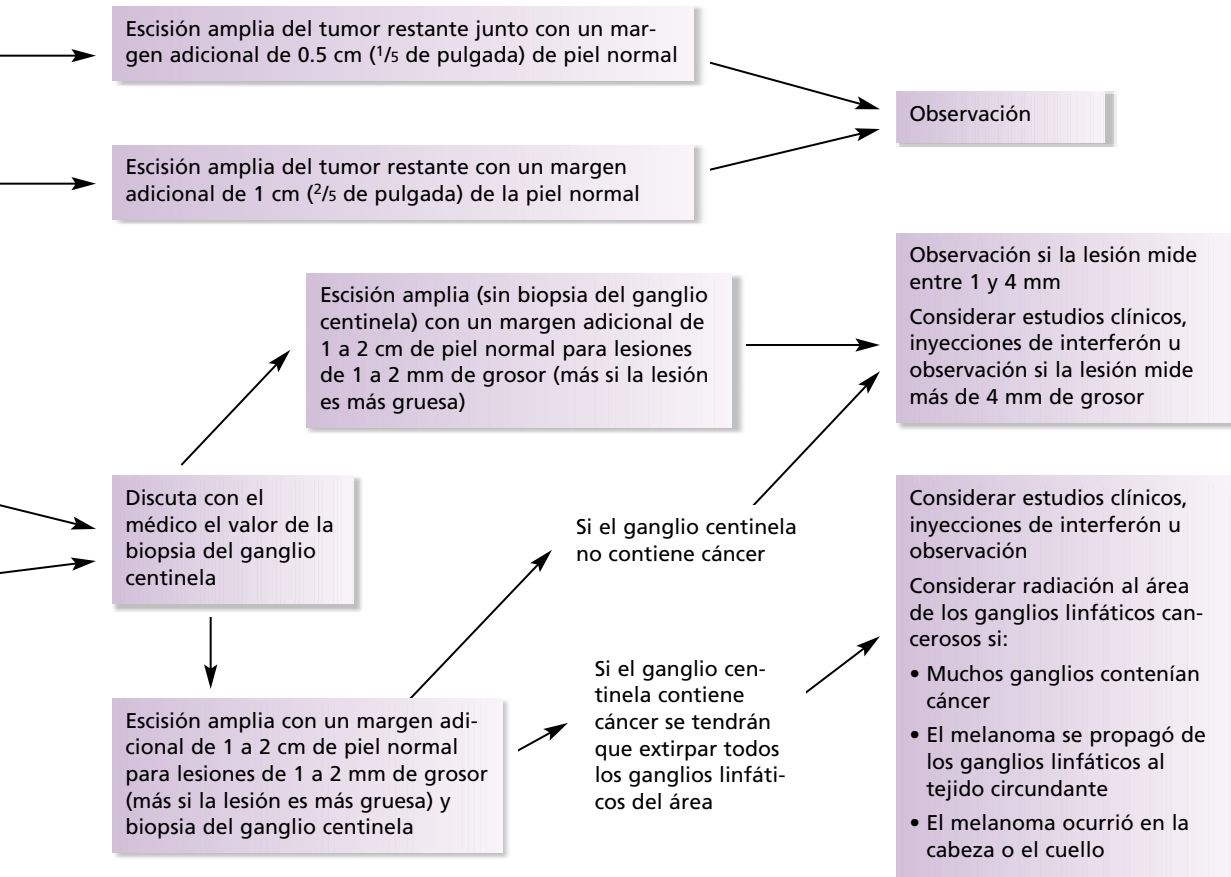
Si su melanoma se encuentra en la etapa 0 o I, lo que significa que está ya sea totalmente en la capa más superficial de la piel o que sólo mide

1 mm de grosor, no se necesitan pruebas. El único tratamiento debe consistir en una escisión más amplia de cualquier melanoma restante o del área circundante. Se debe extirpar aproximadamente entre 0.5 cm y 1 cm (^{1/5})

Evaluación y tratamiento para las etapas iniciales del melanoma

Tratamiento primario (principal)

Tratamiento adyuvante (adicional)



©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

a 2/5 de pulgada) adicional de piel. Si esto afectara su apariencia, por ejemplo, si es en su rostro, a veces se extirpa menos cantidad de piel. No se indica ningún tratamiento adyuvante (adicional).

Si su melanoma mide más de 1 mm de grueso, y sus ganglios linfáticos no están inflamados, las únicas pruebas que probablemente se harán son un análisis del nivel del lactato deshidrogenasa (LDH) en la sangre y una ra-

diografía de tórax. Es posible que su médico le recomiende una biopsia de uno o más ganglios centinelas porque el melanoma puede haberse propagado a los ganglios linfáticos circundantes. Esta es una opción que usted y su médico deben discutir. Si se identifica uno o más ganglios centinelas, entonces se les hace una biopsia a la vez que se extirpa el melanoma. Si el ganglio centinela contiene

cáncer, entonces se extirpan quirúrgicamente todos los ganglios linfáticos de esa área en una fecha posterior.

Independientemente de si se hace o no una biopsia del ganglio linfático centinela, se debe extirpar el melanoma con un margen de 1 a 2 cm (alrededor 1/2 a 1 pulgada). Este margen a veces es menor si causaría un problema con su apariencia.

NOTAS

Evaluación y tratamiento para las etapas iniciales del melanoma (continuación)

Si su melanoma medía más de 4 mm de grosor, o si sus ganglios linfáticos contenían melanoma, su médico podría recomendarle tratamiento adicional para prevenir una recurrencia. Debido a que no se sabe con seguridad cuál tratamiento es mejor, usted pudiera considerar participar en un estudio clínico. Otra opción es el tratamiento con interferón, o simplemente usted pudiera permanecer bajo observación sin ningún otro tratamiento.

Para el melanoma que se ha propagado a los ganglios linfáticos del cuello, pudiera ser beneficioso también el tratamiento con radiación al cuello. La radiación también pudiera ayudar si el melanoma en cualquier ganglio linfático se ha propagado fuera de los ganglios linfáticos al tejido circundante o si varios ganglios linfáticos contienen cáncer.

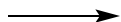
NOTAS

Etapa clínica

Evaluación

Etapa III

Tumor de cualquier tamaño
Ganglios linfáticos inflamados de cualquier tamaño



Biopsia de aspiración con aguja fina (FNA) o biopsia de ganglios linfáticos
Radiografía de tórax
Nivel de LDH en la sangre
Tomografía computarizada de la pelvis si los ganglios de la ingle están inflamados
Otros estudios por imágenes si lo indican los síntomas, examen físico u otras pruebas

Etapa III en tránsito

Tumor de cualquier tamaño
Masas de melanoma que se desvían del tumor principal hacia el drenaje linfático



Biopsia de aspiración con aguja fina (FNA) de la lesión en la piel o biopsia de ganglios linfáticos
Radiografía de tórax
Nivel de LDH en la sangre
Tomografía computarizada de la pelvis si los ganglios de la ingle están inflamados
Otros estudios por imágenes si lo indican los síntomas, examen físico u otras pruebas

Etapa IV

Melanoma con propagación a distancia (metástasis)



Biopsia de aspiración con aguja fina (FNA) o biopsia de ganglios linfáticos
Radiografía de tórax
Nivel de LDH en la sangre
Se puede hacer una tomografía computarizada o imágenes por resonancia magnética del tórax, abdomen y la pelvis
Otros estudios por imágenes si lo indican los síntomas, examen físico u otras pruebas

Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para la mayoría de los pacientes de melanoma. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

Evaluación y tratamiento para el melanoma en etapas más avanzadas

Se deben realizar más pruebas para el melanoma en etapa III con ganglios linfáticos inflamados cerca del melanoma o cuando varias masas de melanoma se encuentran se-

paradas del tumor principal. A todos los ganglios linfáticos inflamados se les debe hacer una biopsia, ya sea por escisión o por aspiración con aguja fina. Se debe obtener una radiografía de tórax y un análisis del nivel de lactato deshidrogenasa (LDH) en la sangre y se

Evaluación y tratamiento para el melanoma en etapas más avanzadas

Tratamiento primario (principal)

Escisión amplia del tumor restante con tanto como un margen adicional de 2 cm de piel normal y
Extirpación quirúrgica de la mayor cantidad posible de ganglios linfáticos del área afectada (si la biopsia del ganglio contenía melanoma)

Escisión de las lesiones con suficiente piel para tener un margen sano

Inyección local de bacilo de Calmette-Guérin (BCG) o interferón en las lesiones restantes o
Perfusión del área con quimioterapia (melfalán) (considerar un estudio clínico con factor de necrosis tumoral añadido) o
Radioterapia, u otro estudio clínico o tratamiento sistémico

El tratamiento es el mismo que se usa contra la enfermedad distante recurrente. Remítase al diagrama de toma de decisiones en las páginas 44 y 45.

Tratamiento adyuvante (adicional)

Estudio clínico, u observación o inyecciones de interferón o
Considerar radiación al área de los ganglios linfáticos cancerosos si:

- Muchos ganglios contienen cáncer
- El melanoma se propagó de los ganglios al tejido circundante
- El melanoma ocurrió en la cabeza o el cuello

Estudio clínico
u
Observación
o
Inyecciones de interferón

El melanoma desapareció

©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

recomienda una tomografía computarizada de la pelvis si los ganglios linfáticos de la ingle están inflamados. Se pueden realizar otros estudios por imágenes dependiendo de la localización del melanoma y de los síntomas que usted tenga.

Si la biopsia de uno o más ganglios linfáticos muestra melanoma, entonces se deben extirpar completamente todos los ganglios linfáticos de esa área.

Después de que se haya extraído quirúrgicamente todo el melanoma, su médico pudiera

considerar administrarle tratamiento adicional. Debido a que no se sabe con seguridad cuál tratamiento es mejor, usted pudiera considerar participar en un estudio clínico. Otra opción es el tratamiento con interferón. Para el melanoma que se ha propagado a los ganglios linfáticos del cuello, pudiera ser beneficiosa la radioterapia al cuello. La radiación también pudiera ayudar si el melanoma detectado en algún ganglio linfático también se encontraba en muchos ganglios de esa área o si se propagó de los ganglios linfáticos al tejido circundante. Otra opción sería la observación detallada, sin tratamiento, por su médico.

Si hay presentes varios melanomas que se están desviando del tumor principal (en tránsito), se deben extirpar, siempre que sea posible. Si esto no es posible, una opción de tratamiento sería la administración de inyecciones de bacilo de Calmette-Guérin (BCG) o de interferón directamente en el melanoma. Otro tratamiento posible es perfundir el área, si se trata de una extremidad, con una solución de melfalán calentada de 102 a 104 Fahrenheit (38.88 a 40 centígrados). Debido a que no se sabe con seguridad cuál tratamiento es mejor, usted pudiera considerar participar en un estudio clínico. Otros posibles tratamientos son la radioterapia al área o un tratamiento

NOTAS

Evaluación y tratamiento para el melanoma en etapas más avanzadas (continuación)

sistémico, tal como quimioterapia, tratamiento con citocinas o una combinación de ambos.

Si todas las metástasis del melanoma desaparecen completamente, usted puede considerar participar en un estudio clínico para recibir tratamientos adicionales, inyecciones de interferón, o puede elegir que su médico le observe detenidamente.

Por último, si su melanoma se encuentra en la etapa IV, lo que significa que ya se ha propagado a áreas distantes, el primer paso debe ser una biopsia de una de esas localizaciones dis-

tantes para confirmar que en realidad se trata de una metástasis. Esta biopsia puede ser por aspiración con aguja fina o por escisión. Otras pruebas que se deben realizar son una radiografía de tórax, un análisis de los niveles del lactado deshidrogenasa (LDH) en la sangre y posiblemente una tomografía computarizada del tórax o del abdomen y la pelvis, o las tres. También pudieran hacerse otros estudios por imágenes.

El tratamiento contra el melanoma en etapa IV se describe en el diagrama de toma de decisiones en las páginas 44 y 45.

NOTAS

Etapa clínica o patológica

Seguimiento

Etapa 0

In situ

Examen completo de la piel anualmente de por vida

Etapa I

Mide menos de 1 mm de grosor

Historia completa y examen físico, al menos anualmente, pero puede ser más seguido

Examen completo de la piel anualmente de por vida

Etapa I a la III

Mide 1 mm o más de grosor

No se hizo biopsia del ganglio centinela o la biopsia del ganglio centinela no contiene cáncer

Historia completa y examen físico con énfasis en los ganglios linfáticos y la piel cada 3 a 6 meses durante 3 años, luego cada 4 a 12 meses durante 2 años y luego anualmente

Radiografía de tórax y análisis del nivel del lactato deshidrogenasa (LDH) cada 6 a 12 meses (opcional)

Examen completo de la piel cada año de por vida

Etapa III

Los ganglios linfáticos locales contenían melanoma

Historia completa y examen físico con énfasis en los ganglios linfáticos y la piel cada 3 a 6 meses durante 3 años, luego cada 4 a 12 meses durante 2 años y luego anualmente

Radiografía de tórax, análisis del nivel del lactato deshidrogenasa (LDH) y un recuento sanguíneo completo cada 3 a 12 meses (opcional)

Tomografía computarizada si los síntomas lo indican

Examen completo de la piel cada año de por vida

Etapa IV

Metastásico

Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para la mayoría de los pacientes de melanoma. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

Seguimiento después del tratamiento inicial del melanoma

A todos los pacientes que han recibido tratamiento contra el melanoma, independientemente de la etapa, se les debe examinar la piel completamente todos los años.

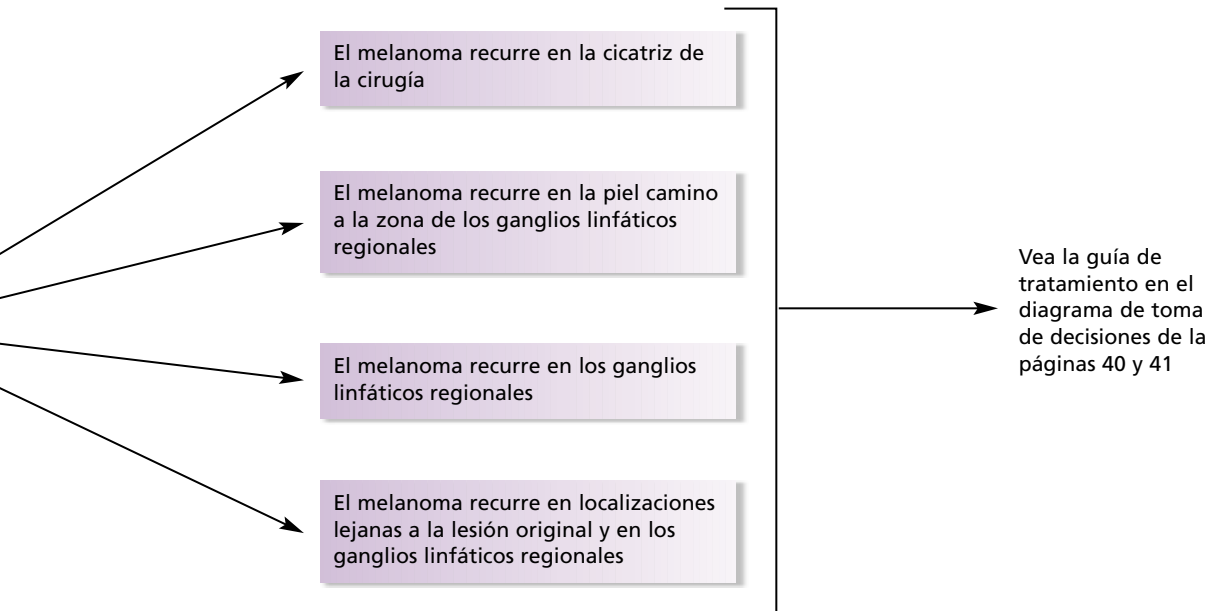
Los pacientes con cáncer en etapa 0 no necesitan seguimiento adicional. A los pacientes con cáncer en etapa I también se les debe tomar una historia completa y examen físico al menos una vez al año.

Si su melanoma medía más de 1 mm de grosor y no se había propagado a los ganglios linfáticos

Seguimiento después del tratamiento inicial del melanoma

Recurrencia

(se debe hacer una biopsia si es posible)



©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

cos, se debe tomar una historia completa y realizar un examen físico cada 3 a 6 meses durante 3 años, luego cada 4 a 12 meses durante 2 años y después anualmente. Es posible que su médico quiera hacerle una radiografía de tórax y un análisis del nivel de lactato deshidrogenasa (LDH) en la sangre cada 6 a 12 meses, aunque esto es opcional.

Si sus ganglios linfáticos contenían melanoma, entonces se le debe tomar una historia completa y realizar un examen físico cada 3 a 6

meses durante 3 años, luego cada 4 a 12 meses durante 2 años y después anualmente. Es posible que su médico quiera hacerle una radiografía de tórax, un recuento sanguíneo completo y un análisis del nivel de lactato deshidrogenasa (LDH) en la sangre cada 3 a 12 meses, aunque esto es opcional.

Si el médico cree que el melanoma ha *recurrido* (regresado), realizará una biopsia. Esto se puede hacer mediante la extracción de una pequeña muestra de tejido.

Tipo de recurrencia

Evaluación

El melanoma recurre en la cicatriz de la cirugía



Biopsia de la lesión para confirmar el melanoma
Radiografía de tórax
Análisis del nivel del lactato deshidrogenasa (LDH) en la sangre (opcional)
Se puede realizar una tomografía computarizada

El melanoma recurre en las lesiones en la piel y va camino a la zona de los ganglios linfáticos regionales (recurrencia en tránsito)



Biopsia por aspiración con aguja fina (FNA) o por escisión de la lesión
Radiografía de tórax
Análisis del nivel del lactato deshidrogenasa (LDH) en la sangre (opcional)
Tomografía computarizada de la pelvis si los ganglios linfáticos de la ingle están inflamados
Otras tomografías computarizadas si los síntomas, examen físico u otras pruebas lo indican

El melanoma recurre en los ganglios linfáticos regionales



Biopsia por aspiración con aguja fina (FNA) o extirpación de ganglios linfáticos para hacer una biopsia
Radiografía de tórax
Análisis del nivel del lactato deshidrogenasa (LDH) en la sangre (opcional)
Tomografía computarizada de la pelvis para determinar recurrencia en los ganglios linfáticos de la ingle



Sin extirpación previa de ganglios linfáticos



Con extirpación previa de ganglios linfáticos

Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para la mayoría de los pacientes de melanoma. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

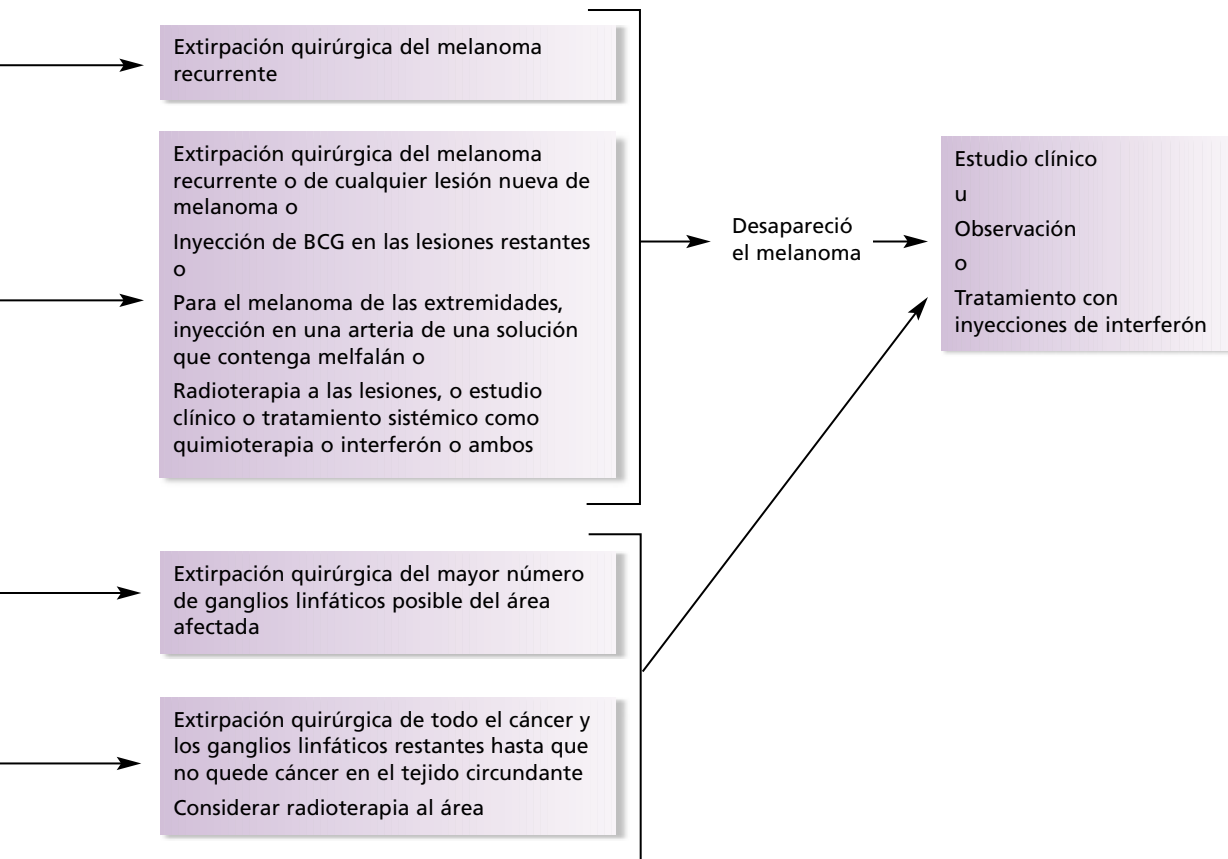
Tratamiento si el cáncer regresa (recurrencia) (figura 5)

Se debe realizar una biopsia para confirmar la primera recurrencia lo más pronto posible. Si el melanoma recurre en la cicatriz de la cirugía, se debe practicar una biopsia para con-

firmar el diagnóstico. Se puede hacer una radiografía de tórax y un análisis de los niveles de lactato deshidrogenasa (LDH) en la sangre junto con una tomografía computarizada si su médico cree que son necesarias. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica del melanoma recurrente.

Tratamiento si el cáncer regresa (recurre)

Tratamiento contra la recurrencia



©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

Si la recurrencia es en uno o varios ganglios existentes entre el cáncer de la piel original y los ganglios linfáticos cercanos (en tránsito), sólo se necesita hacer una biopsia. Se debe realizar una radiografía de tórax.

El análisis del nivel de lactato deshidrogenasa (LDH) en la sangre es opcional. Si la recurrencia es en una pierna, y los ganglios de la ingle están inflamados, se hará una tomografía computarizada de la pelvis. Si es posible, se deben resear todas las metástasis de melanoma en

tránsito (melanomas que se desprenden del tumor principal). Si esto no es posible, entonces se debe inyectar BCG o interferón directamente en las metástasis en tránsito. Otro tratamiento posible es perfundir el área, si se trata de una extremidad, con una solución caliente de melfalán. Debido a que no se sabe con seguridad qué tratamiento es mejor, es recomendable que considere participar en un estudio clínico. Otros tratamientos posibles

son la radioterapia al área o tratamiento sistémico como quimioterapia, tratamiento de citocinas o una combinación de ambos.

Si se inflama un ganglio linfático cercano a la lesión original, se debe confirmar la recurrencia, ya sea mediante una biopsia por aspiración con aguja fina o la escisión del ganglio linfático. Si el resultado de la biopsia es positivo, se debe hacer una radiografía de tórax junto

NOTAS

Tratamiento si el cáncer regresa (recurre) (continuación)

con una tomografía computarizada de la pelvis si la recurrencia es en un ganglio linfático de la ingle. Se puede hacer un análisis de sangre del nivel de lactato deshidrogenasa (LDH) en la sangre. Si no se extirparon previamente los ganglios linfáticos, entonces se debe extirpar quirúrgicamente la mayor cantidad posible de éstos. Si ya se habían extirpado, entonces se deben extirpar los ganglios linfáticos restantes junto con cualquier otro melanoma en el área.

Sus médicos pudieran indicarle radioterapia a esa área.

Si se elimina completamente todo el melanoma recurrente mediante cirugía o algún otro tratamiento, entonces es posible que le mantengan bajo observación sin tratamiento o usted puede considerar participar en un estudio clínico o puede recibir inyecciones de interferón como tratamiento adyuvante para tratar de prevenir otra recurrencia.

NOTAS

Etapa

Evaluación

Etapa IV

Diagnóstico de metástasis a distancia (propagación amplia)

Recurrencia con metástasis a distancia

Biopsia por escisión de la lesión en la piel si no es una recurrencia y biopsia de las metástasis a distancia para confirmar el diagnóstico
Tomografía computarizada del tórax, abdomen y pelvis
Imágenes por resonancia magnética del cerebro
Tomografía por emisión de positrones (opcional)

Una metástasis

Muchas metástasis

Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para la mayoría de los pacientes de melanoma. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

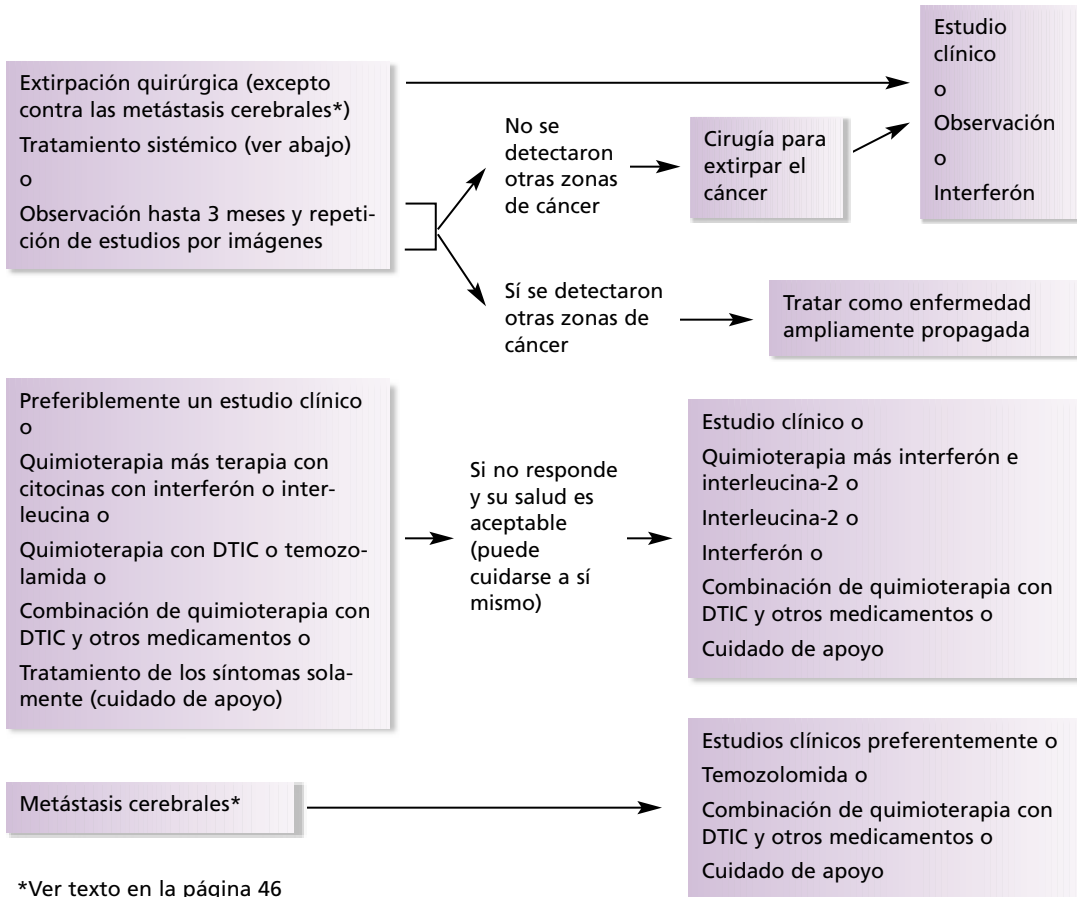
Tratamiento del melanoma que se presenta o recurre con propagación a distancia

Si el melanoma se había propagado a distancia antes de que se diagnosticara, se le debe practicar una biopsia por escisión de la lesión en la piel y una biopsia de la metástasis a distancia.

Si el melanoma regresó después de que le extirparon el melanoma original, entonces se debe practicar una biopsia del lugar en el que se sospecha hay propagación a distancia. En cualquiera de los casos, también deben hacerle tomografías computarizadas (CT, por sus siglas en inglés) del tórax, abdomen y pelvis,

Tratamiento del melanoma que se presenta o recurre con propagación a distancia

Tratamiento



*Ver texto en la página 46

©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

así como imágenes por resonancia magnética (MRI) del cerebro. Si está disponible, también le pudieran hacer una tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés).

Si sólo ha ocurrido una metástasis hay varias opciones. Si no hay otra enfermedad, se puede extirpar quirúrgicamente. Después de que se le practique una cirugía puede considerar participar en un estudio clínico, permanecer bajo

observación o recibir interferón. Si la cirugía no es una opción para usted, puede elegir recibir tratamiento sistémico o permanecer bajo observación. Si elige esta última opción se repetirán los estudios por imágenes dentro de 3 meses. Si después de 3 meses no tiene otras metástasis, puede que se le practique una cirugía seguida de un estudio clínico, observación o interferón.

Si se detecta una sola metástasis en el cerebro, puede ser que le practiquen una cirugía seguida de radiación o de observación. El tratamiento depende de la localización del tumor. Por favor discuta sus opciones de tratamiento con su médico. Si tiene múltiples metástasis en el cerebro, entonces la cirugía no es una alternativa y puede considerar las siguientes opciones: radioterapia a todo el cerebro o radiocirugía con o sin radiación a todo el

NOTAS

Tratamiento del melanoma que se presenta o recurre con propagación a distancia (continuación)

cerebro. Otras opciones de tratamiento son un estudio clínico, temozolomida, quimioterapia combinada con DTIC y otros medicamentos o cuidado de apoyo (tratamiento de los síntomas).

Si se observan múltiples metástasis en los estudios por imágenes, entonces la cirugía no es una alternativa y debe considerar participar en un estudio clínico o recibir tratamiento

sistémico. Las opciones incluyen quimioterapia más interferón e interleucina, y quimioterapia con DTIC o temozolomida o cualquiera de esos medicamentos combinados con otros medicamentos. Usted también pudiera decidir recibir tratamiento contra cualquier síntoma que tenga (cuidado de apoyo). Si alguno de esos tratamientos no resulta eficaz, y su salud es aceptable o buena, le pueden ofrecer otro de estos tratamientos.

NOTAS

Glosario

Agente de radiocontraste

Sustancia que se inyecta o traga antes de un examen con rayos X para ayudar a delinear las estructuras del cuerpo con mayor claridad.

Benigno

Que no es cáncer; que no es maligno.

Biopsia

Extracción de una muestra de tejido para determinar si tiene células cancerosas. Hay varios tipos de biopsia. En la biopsia por aspiración con aguja fina (FNA, por sus siglas en inglés) se usa una aguja muy fina para extraer líquido y células de una masa o protuberancia. En una biopsia por escisión, se extirpa toda la masa o tumor. En una biopsia por raspado se extrae la parte más superficial del tejido. En una biopsia por punción se extrae mediante perforación un pedazo de tejido del grueso completo de la piel.

Cáncer de la piel de células basales

Tipo más común de cáncer de la piel. Comienza en la capa más profunda de la epidermis llamada capa de células basales. Usualmente se origina en las áreas expuestas al sol, especialmente la cabeza y el cuello. El cáncer de células basales crece lentamente y no tiende a propagarse a las partes distantes del cuerpo. Este tipo de cáncer no se evita con el uso de bloqueador solar. Este tipo de cáncer no es melanoma.

Cáncer de la piel de células escamosas

Cáncer que comienza en la capa del medio o escamosa de las células de la epidermis. Este tipo de cáncer se puede prevenir si se usa bloqueador solar. No es melanoma.

Citocinas

Sustancias producidas en el organismo para estimular a las células del sistema inmunológico. También pueden disminuir la velocidad de crecimiento de algunas células.

Clasificación por etapas

Proceso para determinar si el cáncer se ha propagado, y, de ser así, hasta dónde. Se utiliza más de un sistema para la clasificación.

Cuidado de apoyo

Cuidado que se administra para ayudar a aliviar los síntomas y efectos secundarios del tratamiento para mejorar la calidad de vida del paciente.

Dermatólogo

Médico especialista en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la piel y que practica biopsias y extirpa los cánceres de la piel incluyendo el melanoma.

Dermis

Capa de piel debajo de la epidermis. Contiene vasos sanguíneos, nervios y folículos pilosos y está hecha de tejido fibroso fuerte.

Displásico

Significa que las células de un tejido parecen anormales y pudieran tornarse cancerosas.

Epidermis

Capa superior de la piel.

Estudios por imágenes

Término para referirse a los métodos utilizados para producir una imagen de las estructuras internas del cuerpo. Algunos de los estudios por imágenes utilizados para diagnosticar el cáncer son las radiografías, la tomografía computarizada (CT), las imágenes por resonancia magnética (MRI) y la ecografía (ultrasonido).

Ganglio centinela

Primer ganglio linfático al que el melanoma pudiera propagarse.

Ganglios linfáticos

Pequeñas acumulaciones, en forma de frijol, de tejido inmunológico, tal como los linfocitos, que se encuentran a lo largo de los vasos linfáticos. Ayudan a combatir infecciones y tienen una función en combatir el cáncer. También se conocen como nódulos linfáticos y glándulas linfáticas.

Hipodermis

Capa debajo de la dermis que contiene tejido fibroso y grasa.

Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)

Método para tomar fotografías del interior del cuerpo. En lugar de usar rayos X, en las imágenes por resonancia magnética se usa un potente imán y se transmiten ondas radiales por todo el cuerpo. Las imágenes aparecen en una pantalla de computadora, así como en placas.

Irrradiación craneal total

Radiación externa que se administra a todo el cerebro. Vea radioterapia.

LDH

Lactato deshidrogenasa. Enzima o proteína cuyo nivel se eleva en la sangre cuando hay una gran cantidad de cáncer en el organismo o cuando el cáncer ha invadido el hígado.

Linfedema

Complicación en la que se acumula exceso de líquido linfático en los brazos o piernas. A menudo ocurre después de que los ganglios y vasos linfáticos se extirpan quirúrgicamente o se dañan por la radiación o por la interferencia de un tumor con el drenaje normal del líquido. Esta condición puede ser persistente.

Medicamento antiemético

Medicamento que evita o alivia las náuseas y los vómitos, que son efectos secundarios comunes de la quimioterapia.

Medida de Breslow

Método para medir hasta dónde ha crecido el melanoma en la piel según su grosor.

Melanina

Pigmento de la piel o la sustancia que le da el color a la piel.

Melanocito

Célula de la piel que contiene pigmento, es responsable de que la persona se broncee y forma el melanoma cuando se torna maligno.

Metástasis

Propagación del cáncer a partes distantes del cuerpo por medio del sistema linfático o del torrente sanguíneo.

Nevo

Nombre médico para lunar, que es una marca pigmentada y al relieve que puede presentarse en casi cualquier parte del cuerpo.

Nivel de Clark

Es un método para medir hasta dónde ha avanzado el melanoma en la piel mediante la observación de qué tan profundo ha invadido las capas inferiores de la piel.

Patólogo

Médico especialista en el diagnóstico y clasificación de enfermedades por medio de pruebas de laboratorio tales como el examen de tejidos y células bajo el microscopio. El patólogo determina si un tumor es benigno o canceroso y, si es canceroso, el tipo exacto y grado de la célula.

Quimioterapia

Tratamiento con medicamentos para destruir las células cancerosas. La quimioterapia se usa con mucha frecuencia junto con la cirugía para tratar el cáncer cuando se ha propagado, ha regresado (recurrido) o cuando hay grandes probabilidades de que recurra.

Radiocirugía

Administración precisa de radiación a un tumor cerebral a la vez que se conserva el tejido normal circundante del cerebro. Los haces de radiación se dirigen desde varios ángulos posicionados para que se encuentren en el tumor. Los haces se unen para crear una dosis de radiación suficiente para destruir el tumor.

Radioterapia

Tratamiento con rayos de alta energía (como los rayos X) para destruir o reducir las células cancerosas. La radiación puede provenir de fuera del cuerpo (radiación externa) o de materiales radiactivos colocados directamente en el tumor (radiación interna o de implante).

Recurrente

Cáncer que ha regresado después del tratamiento. Recurrencia local significa que el cáncer ha regresado en la misma localización donde estaba el cáncer original. Recurrencia regional significa que el cáncer ha regresado en los ganglios linfáticos cerca de la primera localización. Recurrencia a distancia es cuando el cáncer hace metástasis, después del tratamiento, a los órganos o tejidos (como los pulmones, hígado, médula ósea y cerebro) más lejos de la localización original que los ganglios linfáticos.

Rayos X

Tipo de radiación que se puede usar en niveles bajos para producir una imagen del cuerpo en una placa o en niveles altos para destruir las células cancerosas.

Sistema inmunológico

Sistema de nuestro organismo diseñado para combatir las infecciones. Consiste de linfocitos y células que producen anticuerpos.

Tomografía computarizada

Estudio por imágenes en el que se toman muchas radiografías desde distintos ángulos del cuerpo. Una computadora combina las imágenes para producir fotografías transversales de los órganos internos. Excepto por la inyección de un tinte (necesario en algunos casos, pero no en todos), este procedimiento no es doloroso que se puede hacer en una clínica de servicios ambulatorios. También se conoce como “CT scan” o “CAT scan” (en inglés).

Tratamiento adyuvante

Tratamiento que se utiliza además del tratamiento principal. Generalmente se refiere a la quimioterapia, terapia hormonal, radioterapia y la inmunoterapia que se añaden después de la cirugía para aumentar las probabilidades de curar la enfermedad o mantenerla controlada.

Tratamiento alternativo

Uso de un tratamiento que no ha sido probado en lugar del tratamiento estándar (probado). Algunos tratamientos alternativos tienen efectos secundarios peligrosos o incluso que ponen en riesgo la vida. Hay otros cuyo peligro principal es que el paciente puede perder la oportunidad de beneficiarse del tratamiento estándar. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que los pacientes que estén considerando usar un tratamiento alternativo o complementario lo discutan primero con su equipo de atención médica. Vea también tratamiento complementario.

Tratamiento complementario

Tratamientos que se usan además del tratamiento estándar. Algunos tratamientos complementarios pueden ayudar a aliviar ciertos síntomas del cáncer, aliviar los efectos secundarios del tratamiento estándar contra el cáncer y mejorar la sensación de bienestar del paciente. Vea también tratamiento alternativo.

Tratamiento paliativo

Tratamiento que alivia síntomas, tales como el dolor, pero que no se espera que cure la enfermedad. Su propósito principal es mejorar la calidad de vida del paciente.

Xeroderma pigmentoso

Enfermedad hereditaria en la que la piel se daña fácilmente por la luz ultravioleta como la del sol.

Guías vigentes de tratamiento para los pacientes publicadas por la Sociedad Americana del Cáncer y la NCCN

Cáncer de seno - Guías de tratamiento para los pacientes

Breast Cancer Treatment Guidelines for Patients

El dolor asociado con el cáncer - Guías de tratamiento para los pacientes

Cancer Pain Treatment Guidelines for Cancer Patients

El cansancio asociado con el cáncer - Guías de tratamiento para los pacientes

Cancer-Related Fatigue Treatment Guidelines for Patients

Cáncer del colon y recto - Guías de tratamiento para los pacientes

Colon and Rectal Cancer Treatment Guidelines for Patients

Fiebre y neutropenia - Guías de tratamiento para los pacientes con cáncer

Fever and Neutropenia Treatment Guidelines for Patients with Cancer

Cáncer del pulmón - Guías de tratamiento para los pacientes

Lung Cancer Treatment Guidelines for Patients

Náuseas y vómitos - Guías de tratamiento para los pacientes con cáncer

Nausea and Vomiting Treatment Guidelines for Patients with Cancer

Cáncer del ovario - Guías de tratamiento para los pacientes

Ovarian Cancer Treatment Guidelines for Patients

Cáncer de la próstata - Guías de tratamiento para los pacientes

Prostate Cancer Treatment Guidelines for Patients

Las Guías de tratamiento del melanoma para los pacientes (Melanoma Treatment Guidelines for Patients) fueron redactadas por un grupo diverso de expertos y tienen como base las guías de práctica clínica de la NCCN. Estas guías para pacientes fueron traducidas al español por el Departamento de Traducción de la Sociedad Americana del Cáncer. Además, las siguientes personas colaboraron en la redacción, revisión y publicación de las guías.

Terri Ades, MS, APRN-BC, AOCN American Cancer Society	Alan N. Houghton, MD Memorial Sloan-Kettering Cancer Center	Stanley J. Miller, MD The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins
Daniel G. Coit, MD, FACS Memorial Sloan-Kettering Cancer Center	Ernestine Johnson Patient Representative	Dia Taylor National Comprehensive Cancer Network
Jorge Cortes, MD University of Texas M.D. Anderson Cancer Center	Herman Kattlove, MD American Cancer Society	Rodger Winn, MD National Comprehensive Cancer Network
	Joan McClure, MS National Comprehensive Cancer Network	

Las Guías de práctica clínica del melanoma (NCCN Practice Guidelines for Melanoma) originales fueron redactadas por los siguientes miembros del Panel de la NCCN:

William D. Bloomer, MD Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University	Timothy M. Johnson, MD University of Michigan Comprehensive Cancer Center	Steven F. Sener, MD Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University
David Chu, MD City of Hope Cancer Center	Mohammed Kashani-Sabet, MD UCSF Comprehensive Cancer Center	Kenneth K. Tanabe, MD Massachusetts General Hospital
Daniel G. Coit, MD, FACS Memorial Sloan-Kettering Cancer Center	William G. Kraybill, MD Roswell Park Cancer Institute	Stefano Tarantolo, MD UNMC Eppley Cancer Center at the University of Nebraska Medical Center
Burton L. Eisenberg, MD Fox Chase Cancer Center	Stanley J. Miller, MD The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins	John A. Thompson, MD University of Washington Medical Center
Joan Guitart, MD Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University	Douglas Reintgen, MD H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute at the University of South Florida	Marshall M. Urist, MD University of Alabama at Birmingham Comprehensive Cancer Center
Allan Halpern, MD Memorial Sloan-Kettering Cancer Center	Merrick I. Ross, MD University of Texas M.D. Anderson Cancer Center	Michael J. Walker, MD Arthur G. James Cancer Hospital & Richard J. Solove Research Institute at Ohio State University
Alan N. Houghton, MD/Chair Memorial Sloan-Kettering Cancer Center	Wolfram E. Samlowski, MD Huntsman Cancer Institute at the University of Utah	



Sociedad Americana
del Cáncer™

1.800.227.2345
www.cancer.org

Esperanza.Progreso.Respuestas.



National
Comprehensive
Cancer
Network

1.888.909.NCCN
www.nccn.org