

# Capítulo 41

## Melanoma de cabeza y cuello

**Álvaro García-Rozado González**

**Pedro Villarreal Renedo**

**Matías Mayor Arenal**

---

## CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	577
1.1. Definición del problema .....	577
1.2. Repercusión social.....	577
1.3. Gestión sanitaria del problema.....	577
1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica .....	578
2. PREVENCIÓN .....	578
2.1. Factores etiológicos .....	578
2.2. Medidas preventivas.....	579
3. ENTIDADES CLÍNICAS.....	580
3.1. Melanoma sobre léntigo maligno (Léntigo maligno melanoma) .....	580
3.2. Melanoma de extensión superficial .....	580
3.3. Melanoma nodular .....	580
3.4. Melanoma desmoplásico.....	580
3.5. Melanoma mucoso.....	580
4. DIAGNÓSTICO.....	581
4.1. Historia clínica.....	581
4.2. Exploración física .....	581
4.3. Biopsia.....	581
4.4. Estudio de extensión .....	581
4.5. Estadiaje actualizado de la AJCC (American Journal Committee on Cancer)...	582
5. INDICADORES PRONÓSTICOS .....	583
6. MANEJO TERAPÉUTICO .....	584
6.1. Factores que condicionan la decisión terapéutica .....	584
6.2. Principios generales de tratamiento.....	584
6.3. Tratamiento recomendable por estadios.....	586
7. RESULTADOS.....	588
7.1. Seguimiento .....	588
7.2. Resultados terapéuticos.....	588
8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES .....	588
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	591

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Definición del problema

El melanoma cutáneo es una tumoración maligna que se origina a expensas de los melanocitos de la piel. A pesar de ser una neoplasia menos común que otras, como los carcinomas de células basales o los epidermoides, tiene mayor agresividad éstos, y con mucha frecuencia conduce a un desenlace fatal. Por ello, su detección precoz es de extrema importancia y va asociada a un alto índice de curación. Por el contrario, su diagnóstico en estadlos avanzados presenta un porcentaje mínimo de curaciones.

Dado que aproximadamente un tercio de los melanomas asientan en la región de cabeza y cuello, su conocimiento por el cirujano maxilofacial debe ser exhaustivo, y su motivación para la educación sanitaria de la población ante esta peligrosa enfermedad debe ser intensa y persistente. Además, desde el punto de vista de la Cirugía Oral y Maxilofacial también es conveniente reseñar la existencia de tipos menos frecuentes de melanomas como el melanoma mucoso o el melanoma desmoplásico.

### 1.2. Repercusión social

En Estados Unidos se estima que, en el año 2002, el melanoma cutáneo representaba el 5% de los casos nuevos de cáncer en el varón, y el 4% en la mujer. Estas cifras situaron al melanoma en el 5º y 6º lugar de neoplasias más frecuentes en varones y mujeres, respectivamente. Se estimó que, en ese año del 2002, en Estados Unidos existieron 53.600 nuevos casos de melanoma cutáneo, y se diagnosticaron alrededor de 34.300 casos de melanoma in situ. El riesgo de desarrollar un melanoma a lo largo de la vida se cifró en 1.72% (1 de 58) en los varones, y 1.22% (1 de 82) en las mujeres. Este riesgo de melanoma a lo largo de la vida se incrementa con la edad.

El melanoma primario de cabeza y cuello representa entre el 25% y el 35% del total de melanomas de la economía corporal. Entre las principales razones de esto se encuentran la exposición solar de cabeza y cuello y la variación regional de la distribución de melanocitos cutáneos, de forma que el contenido de melanocitos de cabeza y cuello es 2 a 3 veces mayor que en la media de cualquier otra región del cuerpo.

Dentro del área de cabeza y cuello las áreas de mayor riesgo de asentamiento de melanomas son la piel de la mejilla (46%), cuello (20%), cuero cabelludo (18%), orejas (12.5%), nariz (2%) y párpados (1%). Asimismo, existen diferencias de supervivencia entre las diferentes localizaciones, siendo el cuero cabelludo la piel de peor pronóstico, seguido de la región temporal, auricular, mejillas y cuello.

### 1.3. Gestión sanitaria del problema

La incidencia de melanoma ha crecido rápidamente en las últimas décadas en la mayoría de lugares del mundo. Probablemente la razón principal de ello sea el hábito creciente de

exposición solar buscando el bronceado estival. Además cada vez presenta un pico de incidencia en edades más jóvenes. Por lo tanto resulta un problema sanitario importante y que obliga a una concienciación de la población para evitar actitudes sociales que cada vez están más de moda.

## 1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

- Incrementar la concienciación de profesionales y pacientes sobre el problema sanitario del melanoma.
- Ayudar al profesional a la hora de tomar decisiones y homogeneizar la actuación de cirujanos maxilofaciales ante este tipo de enfermedades.
- Contribuir a mejorar los resultados terapéuticos para los pacientes.
- Servir de documento informativo que guíe a los pacientes a obtener mayor información sobre su enfermedad, especialmente en los aspectos preventivos.

## 2. PREVENCIÓN

---

### 2.1. Factores etiológicos

- *Exposición solar.* Constituye el factor predisponente más importante para el desarrollo del melanoma cutáneo. Clásicamente se ha considerado que los rayos ultravioletas B (280-320 nm) representan el factor más crítico en la patogénesis del melanoma. Sin embargo, en estudios recientes se evidencia que la radiación ultravioleta A (320-400 nm), e incluso la radiación visible, puede también desempeñar un papel etiológico considerable.
- *Lesiones precursoras.* Se considera que aproximadamente un tercio de los melanomas diagnosticados aparecen a partir de un nevus congénito, otro tercio sobre un nevus de 5 años de evolución, y otro tercio sobre un nevus de reciente aparición.

Se han descrito tres tipos de lesiones como precursoras de melanoma:

- Nevus congénitos.
- Nevus displásico.
- Léntigo maligno.
- *Características individuales.* Ciertas características fenotípicas incrementan el riesgo de desarrollar melanoma cutáneo:
  - Coloración clara de los ojos, especialmente las personas de ojos azules o verdes.
  - Personas de cabello rubio o pelirrojo.
  - Complexión pícnica.

- Patrón cutáneo rugoso.
- Historia de 3 ó más años de trabajo al aire libre durante el periodo de adolescencia.
- Historia de 3 ó más exposiciones solares intensas previas a los 20 años de edad.
- Presencia de queratosis actínica.

Se dice que los individuos con uno o dos de estos factores de riesgo tienen 5 veces más de desarrollar un melanoma, mientras que individuos con tres o más de estos factores tienen un riesgo 20 veces mayor que la media poblacional.

- *Factores genéticos:*

- Melanoma familiar/síndrome del nevus displásico: Los familiares de pacientes con melanoma familiar tienen un riesgo próximo a 100% de desarrollar un melanoma. Se ha estudiado la posible asociación de esta dato a determinadas alteraciones cromosómicas.
- Xeroderma pigmentosum: Es un síndrome hereditario autosómico recesivo que predispone para el desarrollo de tumoraciones cutáneas. Entre sus características se encuentran el desarrollo precoz de arrugas cutáneas, hipersensibilidad a los rayos solares, y presencia de múltiples lesiones neoplásicas de la piel en individuos jóvenes, incluidas carcinomas epidermoides, de células basales y melanomas.

## 2.2. Medidas preventivas

La principal medida preventiva del melanoma cutáneo es evitar o protegerse de la exposición solar. Esto puede ser llevado a cabo de varias maneras:

- Cremas de protección solar.
- Utilización de ropas, sombreros, y otras prendas que protejan a la piel de la exposición directa a los rayos solares.
- Disminución de las horas de exposición solar, particularmente en las horas de mayor verticalidad de los rayos solares.
- Evitar las quemaduras solares de los meses estivales, especialmente en personas de piel blanquecina.

## **3. ENTIDADES CLÍNICAS**

---

### **3.1. Melanoma sobre léntigo maligno (Léntigo maligno melanoma)**

Es el subtipo menos frecuente de melanoma (5-10%). Se trata de una lesión cuya principal característica es un crecimiento radial lento y prolongado durante varias décadas, con escasa capacidad invasiva. Los melanocitos neoplásicos permanecen superficiales a la unión dermoepidérmica, y el crecimiento intraepitelial se produce a través de los folículos pilosos y glándulas sudoríparas de la piel. Una característica diferencial entre el melanoma sobre léntigo maligno con respecto al léntigo maligno es que existe invasión de la dermis papilar.

### **3.2. Melanoma de extensión superficial**

Es el subtipo más común de melanoma (aproximadamente el 75% de casos). Se caracteriza por una lesión inicial de crecimiento radial, seguida posteriormente de un crecimiento vertical que puede conllevar fenómenos de ulceración y sangrado local. Los melanocitos neoplásicos se distribuyen por todas las capas de la epidermis, aunque mantienen una apariencia uniforme a pesar de su atipia.

### **3.3. Melanoma nodular**

Supone el 10% a 15% de los melanomas, y se caracteriza por ausencia de crecimiento radial de las lesiones y presencia precoz de crecimiento vertical, siendo una lesión invasiva prácticamente desde su aparición.

### **3.4. Melanoma desmoplásico**

Se caracteriza por una población de células fusiformes en un estroma fibroso distribuida por la dermis. Con frecuencia son lesiones no pigmentadas, y pueden infiltrar estructuras nerviosas.

### **3.5. Melanoma mucoso**

Es una entidad rara en cabeza y cuello (1-2% de melanomas), siendo sus localizaciones más frecuentes la nariz, senos paranasales, mucosa oral y nasofaringe. Con frecuencia las lesiones carecen de melanina, lo que complica enormemente el diagnóstico histopatológico. Se caracterizan por su agresividad clínica y mal pronóstico.

## 4. DIAGNÓSTICO

---

### 4.1. Historia clínica

El propio paciente o sus familiares detectan aproximadamente el 75% de los casos. La clave para un tratamiento efectivo reside en una detección precoz y acudir al médico en estadios iniciales.

### 4.2. Exploración física

La forma clínica más común de presentarse es como lesiones cutáneas pigmentadas que presentan cambio de coloración y/o crecimiento reciente. Otros signos de riesgo son la presencia de crecimiento vertical, sangrado, ulceración parestesias o dolor.

Es fundamental estudiar las características de la superficie y de los márgenes. Se describe un ABCD de exploración para identificar lesiones potencialmente malignas:

- Asimetría (A).
- Irregularidad de los bordes de la lesión (B).
- Variación de color (C).
- Incremento de diámetro (D).

### 4.3. Biopsia

Toda lesión sospechosa debe ser biopsiada para confirmar o descartar el diagnóstico de melanoma.

### 4.4. Estudio de extensión

Debe realizarse mediante la exploración clínica, analítica completa (hemograma y bioquímica incluyendo fosfatasa alcalina y LDH), pruebas de función hepática (GOT/GPT, Gamma GT) ecografía hepática y radiografía de tórax.

Si el examen clínico-radiológico evidencia algún signo de afectación metastásica se realizarán otras pruebas radiológicas (TC o RMN cráneo-tóraco-abdominal) o de medicina nuclear (gammagrafía ósea).

Los ganglios linfáticos regionales deben ser estadiados clínica y radiológicamente (TC, AJCC-UICC) en todos los casos. En los pacientes sin evidencia clínico-radiológica de metástasis (T2, T3 y T4, N0) el estadiaje regional debe establecerse mediante la linfadenectomía selectiva de los ganglios centinelas (GC) cervicofaciales.

#### 4.5. Estadaje actualizado de la AJCC (American Journal Committee on Cancer)

- Clasificación T:
  - T1: lesión < de 1.0 mm.
    - (a): sin ulceración.
    - (b): con ulceración o nivel IV o V de Clark.
  - T2: lesión de 1.01 a 2.0 mm.
    - (a): sin ulceración.
    - (b): con ulceración.
  - T3: lesión de 2.01 a 4.0 mm.
    - (a): sin ulceración.
    - (b): con ulceración.
  - T4: lesión mayor de 4.0 mm.
    - (a): sin ulceración.
    - (b): con ulceración.
- Clasificación N:
  - N1: Un ganglio linfático.
    - (a): con micrometástasis.
    - (b): con macrometástasis.
    - \* Consideradas en el estudio del ganglio centinela.
  - N2: 2 ó 3 ganglios linfáticos.
    - (a): con micrometástasis.
    - (b): con macrometástasis.
    - (c): metástasis en tránsito o satélites sin afectación de ganglios linfáticos.
  - N3: 4 o más ganglios linfáticos, o combinación de metástasis en tránsito o satélites y de ganglios linfáticos.
- Clasificación M:
  - M0: No metástasis a distancia.
  - M1: Metástasis a distancia en piel, tejido subcutáneo o ganglios linfáticos, con niveles normales de LDH.
  - M2: Metástasis pulmonares, niveles normales de LDH.
  - M3: Metástasis en otras localizaciones viscerales, niveles elevados de LDH.



## 5. INDICADORES PRONÓSTICOS

La supervivencia de los pacientes depende de multitud de factores pronósticos interrelacionados que pueden resumirse en la idoneidad de un diagnóstico y un tratamiento precoces.

La nueva clasificación de la American Joint Committee on Cancer (AJCC), oficial desde su publicación en el año 2002 incorpora nuevos factores pronósticos de forma más detallada, con el fin de realizar una estratificación más precisa de los pacientes (Tabla 1). Su complejidad refleja el debate actual y la multiplicidad de factores con implicación pronóstica en el melanoma cutáneo.

Los diferentes tipos clínico-morfológicos de MC no conllevan implícito un valor pronóstico.

1. *Localización anatómica del melanoma*: Los tumores primarios de cabeza y cuello tienen peor pronóstico que los de las extremidades. Asimismo parece que los melanomas de las llamadas zonas BANS (espalda, brazos, cuello y scalp) tienen cifras inferiores de supervivencia que los que asientan en regiones no-BANS. Aunque los MC situados en las regiones BANS no han demostrado tener más agresividad, la localización anatómica influye en el pronóstico. Los MC de la cabeza y el cuello presentan un peor pronóstico relativo, con una elevada incidencia de recurrencias y una alta mortalidad. La causa podría radicar en la extrema delgadez de la piel de esta región, lo que motivaría que para un determinado espesor, el riesgo de invasión vascular y linfática fuese mayor. Dentro de la cabeza y el cuello se describe un peor pronóstico para los melanomas originados en el cuero cabelludo y la piel cervical y mejor para los originados en el pabellón auricular y sobre todo en la cara.
2. *Profundidad invasiva*: Los parámetros histológicos de invasión del melanoma se basan clásicamente en los índices de Clark y de Breslow (apéndice I). Sin embargo, las conclusiones de la AJCC del 2002 consideran que el factor pronóstico más representativo es el grosor de la invasión, estableciendo diferentes grados de invasión y de pronóstico en 1 mm, 2 mm y 4 mm. Aunque se han propuesto multitud de cifras como punto de ruptura, el espesor tumoral, considerado durante décadas el principal determinante pronóstico, presenta una correlación lineal con la supervivencia y debe ser tratado como una variable continua. El nivel de Clark debe seguir reflejándose porque continua proporcionando información pronóstica en los tumores delgados (< 1 mm).
3. *Ulceración del tumor primario*. A diferencia de otros tumores, en el MC el tamaño del primario no presenta valor pronóstico. El estadio T debe calcularse inicialmente mediante la medición histopatológica del espesor tumoral, añadiendo una subclasificación designada como a ó b en función de la presencia de ulceración. Esta conlleva un peor pronóstico, comportándose como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad avanzada.
4. *Número de ganglios linfáticos afectados*. El estado histopatológico de los ganglios linfáticos regionales es el principal determinante pronóstico de esta neoplasia, por encima del espesor tumoral de Breslow y cualquier característica del tumor primario, motivo por el cual la AJCC aconseja realizar siempre el estadiaje de los mismos. La téc-

nica de detección y biopsia de los GC proporciona datos tan determinantes que se ha convertido en el procedimiento de elección para realizar el estadiaje ganglionar regional (N), incorporándose sus resultados en la última versión del sistema de clasificación del MC. En él, el tamaño de los ganglios linfáticos se reemplaza por el número de ganglios linfáticos afectados y la "carga" tumoral de los mismos (microscópico versus macroscópico). Estos dos datos son los predictores más importantes de supervivencia en los pacientes con enfermedad ganglionar, ofreciendo 2 tipos de clasificación, clínica e histopatológica. La supervivencia disminuye a medida que el número de ganglios afectados aumenta y/o la afectación es macroscópica.

5. *Niveles elevados de lactato deshidrogenasa (LDH) sérica.* El nivel elevado de LDH es el factor pronóstico independiente más importante en cuanto a disminución de la supervivencia en todos los estudios publicados de estadio IV, mas que la localización y el número de metástasis a distancia. Los pacientes con niveles séricos de LDH elevados tienen un pronóstico peor y su presencia en los pacientes con estadio IV hace que sea clasificados como M3.

## 6. MANEJO TERAPÉUTICO

---

### 6.1. Factores que condicionan la decisión terapéutica

- Factores individuales:
  - Patología sistémica.
  - Edad.
  - Condicionantes sociales.
- Factores inherentes a la enfermedad:
  - Localización.
  - Variante anatómico-clínica.
  - Estadío tumoral.
  - Profundidad tumoral.
  - Sintomatología asociada.

### 6.2. Principios generales de tratamiento

#### 1. *Biopsia:*

- Siempre que sea posible, se extirpará la lesión completa con un margen de 5 mm.
- Biopsia incisional: está indicada en caso de sospecha baja de melanoma, cuando el defecto creado requiera una reconstrucción compleja, o cuando sea inextirpable.

## 2. Extirpación del tumor primario:

- Extirpar con margen peritumoral de al menos 5 mm.
- Margen profundo: hasta el tejido celular subcutáneo.
- Tiempo máximo de espera aconsejable desde el diagnóstico hasta la extirpación tumoral: 2 semanas.

## 3. Ampliación de márgenes quirúrgicos:

- Márgenes laterales: en función del índice de Breslow de la pieza de extirpación completa:
  - "in situ": 5 mm.
  - < 2 mm: 1 cm.
  - 2 mm: 2 cm.
- Margen profundo: hasta la fascia muscular.
- Tiempo máximo de espera aconsejable entre la extirpación del tumor primario y la ampliación de márgenes: 30 días.

## 4. Biopsia selectiva del ganglio centinela:

Indicaciones: Se realizará en melanomas sin evidencia clínico-radiológica de metástasis (T2, T3 y T4, N0) con:

- Breslow  $\geq$  1 mm.
- Breslow < 1 mm con ulceración y/o Clark  $\geq$  IV siempre que la tumoración sea extirpable, no existan adenopatías palpables, no exista evidencia de enfermedad metastásica.
- Debe ser realizada en el mismo acto quirúrgico que la ampliación de márgenes, o en su defecto antes de la misma con el fin de mantener lo más intacto posible el patrón de drenaje linfático de la región donde asentaba el melanoma.
- Tiempo máximo de espera desde la extirpación del tumor primario y la biopsia selectiva del ganglio centinela: 30 días.

## 5. Linfadenectomía:

- Indicaciones:
  - Ganglios palpables.
  - Adenopatías identificadas en pruebas radiológicas.
  - Ganglio centinela positivo.
- Tiempo máximo de espera aconsejable desde la identificación de afectación ganglionar hasta linfadenectomía: 30 días.

- Si existen metástasis en los ganglios peri o intraparotídeos debe realizarse, además, una parotidectomía.

6. *Tratamiento adyuvante:*

- Interferón  $\alpha$  2b: Se ofertará la opción de este tratamiento con la información del riesgo-beneficio esperable en los siguientes casos:
  - Metástasis ganglionar, tras linfadenectomía.
  - Metástasis en tránsito o satélites, tras extirpación.
  - Biopsia selectiva de ganglio centinela negativa y Breslow  $> 4$  mm.
  - Melanoma con ulceración y Breslow 2.01 – 4 mm.
- El tratamiento debe iniciarse hasta 8 semanas después de la extirpación del tumor primario o hasta 6 semanas después de la linfadenectomía.

7. *Tratamiento de la enfermedad metastásica:*

- Extirpación quirúrgica de metástasis viscerales o cutáneas siempre que sea posible, valorando cada caso de forma particular.
- Protocolo de quimioterapia según Oncología Médica y/o Radioterapia en caso de metástasis a distancia, metástasis en tránsito o satélites inextirpables, o tumor primario inextirpable.

8. *Tratamiento con radioterapia:*

- Indicaciones:
  - Léntigo maligno, cuando no sea posible la extirpación quirúrgica.
  - Tratamiento de metástasis en tránsito y ganglionar, cuando no sea posible la extirpación quirúrgica.
  - Tratamiento paliativo de metástasis sintomáticas.

### 6.3. Tratamiento recomendable por estadios

1. *Melanoma in situ:* (pTis N0 M0)

- Tumor primario: Excisión quirúrgica con márgenes conservadores (0.5-1 cm).

2. *Estadio I:* (pT1-2 N0 M0)

- Tumor primario: Excisión quirúrgica con márgenes amplios (aceptable 1 cm).
- Linfáticos regionales: Observación versus biopsia de ganglio centinela versus vaciamiento ganglionar cervical electivo.

3. *Estadio II:* (pT3 N0 M0)

- Tumor primario: Excisión quirúrgica con márgenes amplios (recomendable 2 cm). Si márgenes quirúrgicos  $\leq$  1 cm, asociar radioterapia complementaria.
- Linfáticos regionales: Observación versus Biopsia de ganglio centinela versus Vaciamiento ganglionar cervical electivo.

4. *Estadio III:* (pT4 N0 M0, Cualquier pT N1-2 M0)

- Tumor primario: Excisión quirúrgica con márgenes amplios (recomendable 2 cm). Si márgenes quirúrgicos  $\leq$  1 cm, asociar radioterapia complementaria.
- Linfáticos regionales: Vaciamiento ganglionar cervical electivo  $\pm$  Parotidectomía.
- La radioterapia complementaria parece incrementar el control locoregional de la enfermedad.
- Contemplar tratamiento sistémico de forma individualizada: Quimioterapia vs Inmunoterapia vs Bioquimioterapia.

5. *Estadio IV:* (Cualquier pT cualquier N M1)

- Tumor primario: Excisión quirúrgica con márgenes amplios (recomendable 2 cm). Si márgenes quirúrgicos  $\leq$  1 cm, asociar radioterapia complementaria.
- Linfáticos regionales: Vaciamiento ganglionar cervical electivo  $\pm$  Parotidectomía.
- Metástasis: Cirugía vs Radioterapia vs Quimioterapia.
- Considerar tratamiento sistémico de forma individualizada: Quimioterapia vs Inmunoterapia vs Bioquimioterapia.
- Considerar tratamiento paliativo.

6. *Recidiva:*

- Recidiva locoregional: Valorar Cirugía vs Radioterapia  $\pm$  Tratamiento sistémico.
- Recidiva a distancia: Valorar Tratamiento sistémico  $\pm$  Cirugía (según respuesta terapéutica).
- Objetivo terapéutico: Máximo control locoregional posible de la enfermedad, y mejor calidad de vida posible de pacientes.

## 7. RESULTADOS

### 7.1. Seguimiento

La pauta de seguimiento recomendada en el M.D. Anderson Cancer Center de Houston (USA) es la siguiente:

Estadio	Examen físico	Radiología	Laboratorio
Melanoma in situ	Cada 6 meses x 4 años, después anualmente	No	No
Estadio I o II (no ulceración, espesor <1.0 mm)	Cada 6 meses x 4 años, después anualmente	RX tórax	LDH
Estadio I o II (con ulceración o espesor < 1.0 mm)	Cada 3 meses x 2 años, después cada 6 meses x 2 años, después anualmente	RX tórax	LDH
Estadio III o melanoma primario recidivante	Cada 3 meses x 2 años, después cada 6 meses x 3 años, después anualmente	RX tórax	LDH, Hemograma completo
Estadio IV	Individualizado	Individualizado	Individualizado

### 7.2. Resultados terapéuticos

Se ha descrito un índice global de recidivas locoregionales oscilante entre un 28% a un 56% de melanomas de cabeza y cuello.

En general, el pronóstico de pacientes con enfermedad localizada y melanomas menores de 1 mm de espesor es excelente, con supervivencias prolongadas en más del 90% de pacientes. En aquellos casos de melanomas mayores de 1 mm de espesor, la supervivencia esperada oscilar entre un 50% al 90%. Cuando existe afectación ganglionar cervical, la supervivencia apenas alcanza el 50% a los 5 años, con un rango amplio entre 10 y 60%. Los pacientes con metástasis tienen una supervivencia a los 5 años inferior al 10%.

## 8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES

El melanoma es una afección en la cual proliferan de forma descontrolada unas células de la piel denominadas melanocitos (células que dan coloración a la piel). Es una enfermedad maligna y más agresiva que otros cánceres de piel como los carcinomas basocelulares y los carcinomas epidermoides.

El melanoma puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo humano. En los hombres es más frecuente en el tronco y en cabeza y cuello. En las mujeres asiente con más frecuencia en

brazos y piernas. Se presenta generalmente en la edad adulta, aunque también puede aparecer en niños y adolescentes.

Los factores de riesgo más importantes son:

- Presencia de lunares de reciente aparición o con cambios de morfología.
- Exposición a la luz solar natural, especialmente las quemaduras solares durante la infancia y las frecuentes quemaduras del verano. Son especialmente peligrosas las horas del mediodía en que los rayos ultravioletas solares inciden de forma perpendicular sobre la piel.
- Exposición a rayos ultravioletas de solarium.
- Antecedentes familiares de melanoma.
- Cabello rubio o pelirrojo.
- Ojos claros, azules o verdes.
- Personas de piel clara, y con pecas.

Ante estos factores de riesgo, resulta evidente comprender que la principal medida preventiva es evitar la exposición solar y emplear ropas y cremas protectoras solares.

Es importante consultar al médico ante la presencia de lesiones sospechosas:

- Un lunar que cambia de tamaño, color o forma, o que presenta bordes irregulares, es asimétrico, produce ulceración, sangrado o picor intenso y mantenido.
- Aparición de lunares satélites en las proximidades de otro preexistente.
- Un cambio de tonalidad en la piel pigmentada.

El diagnóstico precoz del melanoma mejora el pronóstico y las posibilidades de curación.

## APÉNDICE I

- Niveles de Clark

I: Lesiones que afectan sólo epidermis (melanoma in situ), no invasivas.

II: Invasión de la dermis papilar sin alcanzar la unión dermis papilar – dermis reticular.

III: Invasión completa de la dermis papilar sin penetrar en la dermis reticular.

IV: Invasión de la dermis reticular, sin infiltrar el tejido celular subcutáneo.

V: Invasión del tejido celular subcutáneo.

ESTADIO		SUBTIPO
T1	≤ 1,0 mm	a: Sin ulceración b: Con ulceración o nivel IV o V de Clark
T2	1,01-2,0 mm	a: Sin ulceración b: Con ulceración
T3	2,01-4,0 mm	a: Sin ulceración b: Con ulceración
T4	> 4 mm	a: Sin ulceración b: Con ulceración
N1	1 ganglio	a: Micrometástasis b: Macrometástasis
N2	2-3 ganglios	a: Micrometástasis b: Macrometástasis c: Metástasis en tránsito/satelitosis sin afectación ganglionar
N3	4 ó más ganglios, conglomerado ganglionar, combinación de ganglios afectados y metástasis en tránsito/satelitosis o ulceración	
M1	Metástasis cutánea a distancia, subcutáneas o ganglionares	LDH normal
M2	Metástasis pulmonares	LDH normal
M3	Otras metástasis viscerales Cualquier metástasis	LDH normal LDH elevada

Tabla 1: Versión final del Sistema de estadiaje de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) para el melanoma cutáneo.



ESTADIO CLÍNICO				ESTADIO HISTOLÓGICO			
O	Tis	NO	M0	O	Tis	NO	M0
Ia	T1a	NO	M0	Ia	T1a	NO	M0
Ib	T1b T2a	NO	M0	Ib	T1b T2a	NO	M0
IIa	T2b T3a	NO	M0	IIa	T2b T3a	NO	M0
IIb	T3b T4a	NO	M0	IIb	T3b T4a	NO	M0
IIc	T4b	NO	M0	IIc	T4b	NO	M0
IIIa	Cualquier T1-4a	N1b	M0	IIIa	T1-4a	N1b	M0
IIIb	Cualquier T1-4a	N2b	M0	IIIb	T1-4a T1-4a	N1b N2a	M0 M0
IIIc	Cualquier T Cualquier T	N2c N3	M0	IIIc	Cualquier T Cualquier T	N2b,N2c N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1	IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Medina-Franco H, Beebken SW, Heslin MJ, Urist MM. Sentinel node biopsy for cutaneous melanoma in the head and neck. *Ann Surg Oncol* 2001; 8: 716-9.

O'Brien CJ, Coates AS, Petersen-Schaefer K, Shannon K, Thompson JF, Milton GW, McCarthy WH. Experience with 998 cutaneous melanoma of the head and neck over 30 years. *Am J Surg* 1991; 162: 310-5.

Schneider JS, Moore DH 2nd, Sagebiel RW. Risk factor for melanoma incidence in prospective follow-up. The importance of atypical (dysplastic) nevi. *Arch Dermatol* 1994; 130: 1002-7.

Shah JP, Graus DH, Dubner S, Sarkas S. Patterns of regional lymph node metastases from cutaneous melanoma of the head and neck. *Am J Surg* 1991; 162: 432-7.

Timmons MJ. Malignant melanoma excision: making a choice. *Lancet* 1992; 340: 1393-5.

Urist MM, Balch CM, Soong SJ, Milton GW, Shaw HM, McGovern VJ, Murad TM, McCarthy WH, Maddox WA. Head and neck melanoma in 534 stage I patients. A prognostic factors analysis and results of treatment. *Ann Surg* 1984; 200: 769-775.

Wells KE, Cruse CW, Daniels S, Berman C, Norman J, Reintgen DS. The use of lymphoscintigraphy in melanoma of the head and neck. *Plast Reconstr Surg* 1994; 93: 757-761.

Wells KE, Rapaport D, Cruse CW, et al. Sentinel lymph node biopsy in melanoma of the head and neck. *Plast Reconstr Surg* 1997; 100: 591-4.

Younes MN, Myers JN. Melanoma of the head and neck: Current concepts in staging, diagnosis and management. *Surg Oncol Clin N Am* 2004; 13: 201-29.

