

Guía para pacientes con melanoma cutáneo

ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA



© Academia Española de Dermatología y Venereología

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio, incluyendo las fotocopias o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin la autorización por escrito del titular de los derechos.

Se ha realizado un gran esfuerzo al preparar esta guía para proporcionar una información precisa y actualizada que esté de acuerdo con la práctica y estándares aceptados en el momento de su publicación.

El contenido de esta guía refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de la AEDV.

Prólogo

La Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) tiene, entre sus muchos objetivos, y de los más importantes, la información al público en general de las patologías más frecuentes de esta especialidad, reivindicando que el dermatólogo es el especialista de referencia para la misma. Dentro de este objetivo, destaca especialmente la relación y vinculación con las asociaciones de pacientes, que representan la vía más adecuada para contactar con pacientes con distintas patologías cutáneas.

Desde hace un año la AEDV mantiene, a través de su Fundación Piel Sana, reuniones periódicas con las asociaciones de pacientes con el objetivo de conocer

sus objetivos, necesidades... y poder colaborar, en la medida de nuestras posibilidades, con ellas.

Una de las peticiones comunes, manifestadas por estas asociaciones en diferentes reuniones que han mantenido con la Fundación, fue la de crear "Guías para Pacientes" por dermatólogos expertos --de referencia-- en las distintas patologías. Hoy podemos decir con satisfacción que este primer objetivo está logrado.

Esto no hubiera sido posible sin la colaboración de nuestros compañeros que, desde el primer momento, han aceptado de forma altruista esta colaboración. A ellos, nuestro más sincero agradecimiento. Es así mismo necesario agradecer

a la Fundación Piel Sana de la AEDV su apoyo y ánimo, desde su presidente hasta sus profesionales, y como no a las asociaciones de pacientes que nos han ayudado a corregir y mejorar estas publicaciones.

Nuestro único interés es que este trabajo, una vez vista la luz, sea de utilidad. Seguiremos trabajando en el beneficio de la Dermatología, de los dermatólogos y, sobre todo, de los pacientes con enfermedades cutáneas.

Dr. J. Soto de Delás
Director de la Fundación Piel Sana
Dr. J.C. Moreno Giménez
Presidente de honor de la AEDV
y Responsable de las relaciones
con Asociaciones de Pacientes

¿Qué es el melanoma cutáneo?

El melanoma cutáneo (MC) es un tumor de origen melanocitario (derivado de las células pigmentarias o melanocitos que son las responsables de dar color a la piel y al pelo). Su historia natural es bien conocida e incluye el crecimiento local del tumor (en una primera fase se extiende en horizontal (es decir por la epidermis) y posteriormente invade en profundidad), la producción de metástasis (vía linfática y hemática) que originan la diseminación de la enfermedad. Por tanto, su pronóstico está en relación directa con la precocidad del diagnóstico y la eficacia del tratamiento. La gran mayoría se curan si se detectan a tiempo.

Información Básica ¿Es un tumor frecuente el melanoma?

La incidencia del MC está aumentando de forma alarmante en los individuos de raza blanca en todos los Registros de Cáncer. En Europa es el noveno en frecuencia, diagnosticándose unos 200.000 casos al año. En España, se llega a unos 5.000 casos al año (una incidencia de 9 casos/100.000 habitantes/ año). Aunque solo representa el 1,5-7% de los cánceres de piel (el primero en frecuencia es el carcinoma basocelular, seguido del carcinoma espinocelular) es el responsable del 65% de las muertes por cáncer cutáneo y supone el 2% de las muertes por cáncer.

Melanoma cutáneo

Guía elaborada por:
Cristina Serrano Falcón
Dermatóloga
Granada



Esta cifra es estable a pesar del aumento de la incidencia, probablemente por un diagnóstico precoz (lo más importante), y las mejoras en el tratamiento. En España afecta especialmente a mujeres, con una edad media al momento del diagnóstico de 55 años, y de 57 en varones.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Cualquier persona puede desarrollar un melanoma cutáneo. Sin embargo, existen algunas características que hacen que la probabilidad de padecerlo sea mayor. En primer lugar, como factor externo, el más importante es la cantidad y la forma en la que se ha expuesto la persona a

la radiación ultravioleta, sea natural (sol) o artificial (cabinas de bronceado). Así, tanto la acumulación de una gran cantidad de radiación a lo largo de la vida, como la exposición intensa intermitente y en particular cuando produce una quemadura solar grave (enrojecimiento y formación de ampollas) aumentan considerablemente el riesgo de padecer un melanoma. Se debe recordar que el melanoma puede aparecer muchos años o décadas después de haber padecido las quemaduras. En segundo lugar, hay algunas características de la persona que la hacen más susceptible a que la exposición a la radiación ultravioleta sea más dañina como a) la pigmentación de la piel,

que es en definitiva la que determina la tendencia a quemarse o broncearse tras la exposición al sol. Las personas con una dificultad para broncearse y que se queman con facilidad con exposiciones cortas al sol tienen un riesgo mayor. Igualmente, por su relación con la pigmentación de la piel, las que tienen el pelo rubio o pelirrojo y los ojos claros también tienen un riesgo más. b) La tendencia a tener lunares (nevus), así las que tienen muchos (sobre todo más de 50) y, en particular, las que tienen lunares (nevus) atípicos, tienen un riesgo mucho mayor de padecer un melanoma.



Haber padecido un cáncer de piel con anterioridad o tener algún familiar de primer o segundo grado con melanoma, también aumenta el riesgo. Esto es debido a genes de susceptibilidad que justifican la existencia de varios casos en la familia, de los que los más importantes son CDKN2A, CDK4, MITF, POT1 o TERT, entre otros.

Los factores de riesgo resumimos en la siguiente tabla:

FACTORES DE RIESGO DEL MELANOMA		
EVIDENCIA FUERTE	EVIDENCIA DÉBIL	INCONSISTENTE
Factores ambientales - Exposición al sol. - Localización geográfica.	Factores ambientales - Obesidad. - Empleo industrial.	Factores ambientales
Factores individuales - Número de nevus. - Nevus displásicos (átipicos). - Historia familiar de melanoma. - Inmunosupresión. - Dificultad para broncearse (pieles claras, cabellos rubios, rojos o albinos). - Sufrir quemaduras por luz UV - Ojos azules o verdes.	Factores individuales - Historia de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM). - Nivel socioeconómico alto. - Pelo marrón. - Sexo varón. - Hormonas endógenas.	Factores individuales - Embarazo.

¿Cómo puedo prevenir el melanoma?

Hay dos tipos de prevención:

Prevención primaria: es la que actúa antes de que se inicie la enfermedad, y con ella se pretende disminuir los casos nuevos de melanoma. Consiste en reducir todo lo posible la exposición a los factores ambientales que aumentan el riesgo. Dado que el principal factor ambiental es la radiación ultravioleta, la regla básica es evitar tanto la acumulación de radiación como las quemaduras solares. Para ello se debe actuar de forma coherente al tipo de piel que se tiene y al tipo de actividad que se pretende realizar. Por ejemplo, una persona que tiene una piel que se broncea fácilmente y

no se quema con facilidad, no tiene necesidad de protegerse durante el invierno para periodos cortos (15-30 minutos). Sin embargo, una persona pelirroja o con muchos nevus debería protegerse durante todo el año y extremar las precauciones en el periodo estival. Para conseguir esto, se recomienda buscar la sombra, así como el uso de ropa, gorros, sombrillas, cremas protectoras (con factor de protección 50+) e, incluso, protección oral. Además, se recomienda encarecidamente abstenerse de utilizar cabinas de bronceado. En contra de creencias populares, no preparan la piel para el verano ni favorecen la síntesis de vitamina D, sino que, por el contrario, tienen un efecto más dañino que la propia radiación solar.

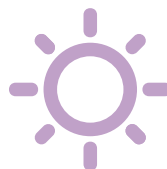
La OMS considera que el uso de estas cabinas tiene una capacidad de producir cáncer de piel, de manera similar a la que tiene el tabaco con el cáncer de pulmón.

Igualmente, deben acudir a su dermatólogo e incluirse en programas de diagnóstico precoz con visitas periódicas.

Por lo tanto la protección solar es especialmente importante en aquellas personas que tienen un riesgo aumentado por sus condiciones personales ya sean genéticas o de exposición ambiental:

- Fototipo bajo (Piel y pelo claros, pecas y lentigos abundantes, propensión a quemarse con el sol, y dificultad para broncearse)
- Diagnóstico previo de nevus displásicos o atípicos, o nevus congénitos.
- Antecedentes familiares o personales de melanoma.
- Exposición solar aguda e intermitente frecuente.

- Antecedente de quemaduras solares en la infancia ya que duplica el riesgo de melanoma en la edad adulta. "La piel tiene memoria".
- Uso habitual de cabinas de bronceado. Se ha demostrado que las personas que usan lámparas UVA antes de los 30 años incrementan de forma significativa el riesgo de padecer melanoma.



La protección solar es especialmente importante en aquellas personas que tienen un riesgo aumentado por sus condiciones personales ya sean genéticas o de exposición ambiental.

Prevención secundaria:

es la dirigida a conseguir
ues la dirigida a conseguir
un diagnóstico precoz,
y con ella se pretende
disminuir la mortalidad
debida a melanoma.

La autoexploración se
asocia a un diagnóstico
de melanoma en fase más
tempranas. Para conseguir
que esta medida sea eficaz,
se debe hacer con una
periodicidad mensual, debe
incluir la totalidad de la piel
(sin olvidar, por ejemplo,
el cuero cabelludo, la zona
genital, pliegues cutáneos
o las plantas de los pies), y
es recomendable ayudarse
de una fotografía inicial de
todo el cuerpo para poder
detectar lunares nuevos o
cambios en lunares previos.
Existen aplicaciones
móviles que son útiles para
ayudar a llevar a cabo esta

exploración, en la que se
pueden registrar de forma
organizada las fotos de
seguimiento (eDerma,
avalada por la AEDV).
Además, es importante
conocer qué características
de los lunares deben ser
tenidas en cuenta para
decidir cuándo deben
ser evaluadas por un
dermatólogo.

1	Fíjate en tu cara, incluyendo la nariz, labios, boca y también detrás de las orejas.	
2	Observa tu cuero cabelludo utilizando un peine para separar el pelo. Si no tienes mucha cantidad, revisa toda tu cabeza.	
3	Revisa tus manos, las palmas, el dorso y también entre los dedos.	
4	A continuación, fíjate en el cuello, el pecho y la parte superior del cuerpo. Mujeres: revisad entre las mamas y por debajo de las mismas.	
5	Levanta el brazo para examinar la parte interna del brazo y la axila.	
6	Utiliza un pequeño espejo para examinar la nuca y la espalda hasta abajo.	
7	Revisa los glúteos y la parte posterior de las piernas. Termina examinando las plantas de los pies y los espacios entre los dedos.	

El signo de alarma más útil es la observación de un lunar nuevo o un cambio en uno previo que haga que la apariencia sea diferente a la del resto de lunares del cuerpo. Este es el signo del patito feo. Son, así mismo, signos de alarma en un "lunar" la asimetría, los bordes irregulares, tener varios colores, un tamaño superior a 6 mm, y el cambio en tamaño, forma, o síntomas como el sangrado, picor, o dolor (REGLA ABCDE).

Para ayudarle a Auto-examinar sus lunares siga la regla del ABCDE

NEVUS BENIGNO (LUNAR)		MELANOMA	
A de			Asimetría
Los lunares son redondos y simétricos		Los melanomas iniciales son asimétricos	
B de			Borde
Los lunares tienen bordes regulares		La mayoría de melanomas iniciales tienen bordes irregulares y festoneados	
C de			Color
Los lunares son de color marrón claro u oscuro pero Homogéneo		Los Melanomas iniciales tienen color no homogéneo (2 ó más tonos: marrón, rojo, negro, blanco...)	
D de			Diámetro
Los Lunares tienen un diámetro inferior a 6 mm		Los Melanomas tienen en general un diámetro mayor de 6mm.	
E de	Evolución		

Formas clínicas

Melanoma de extensión superficial (MES):

Es la forma más frecuente, con una localización preferente en la piel que se ha expuesto de forma ocasional al sol, como miembros inferiores de las mujeres y en la espalda de los hombres. Tiene un patrón de crecimiento primero horizontal (durante 1-5 años crece sólo a nivel intraepidérmico), seguido de una fase de crecimiento vertical que corresponde a la invasión de dermis e hipodermis. (Fig. 1)

Melanoma nodular (MN):

El segundo en frecuencia. Se localiza en cualquier zona de la superficie cutánea. Tiene un crecimiento desde el

principio en profundidad, invasor y agresivo con una evolución media de 6 a 18 meses. Se presenta como un pequeño abultamiento negro o rojo de crecimiento rápido y progresivo que en unas semanas o meses puede llegar a alcanzar un tamaño de varios centímetros. (Fig. 2 y 2 bis)



Figura 1.
Melanoma de extensión superficial en espalda.



Figura 2 bis.



Figura 2.
Dos ejemplos de melanoma nodular.

Lentigo maligno-melanoma (LMM):

Se localiza casi de forma exclusiva en la piel fotoexpuesta durante años, como cabeza y cuello en personas de edad avanzada. Su crecimiento es lento con una evolución algo más lenta, entre 5 y 50 años. Su apariencia es la de una mancha de color marrón claro u oscuro, con unos bordes irregulares y un crecimiento superficial muy lento que puede llegar a durar décadas. La aparición de un "bulto" o una zona más oscura suele indicar que ha comenzado el crecimiento en profundidad. (Fig. 3 y 4)



Figura 3.
Lentigo maligno melanoma en estadio inicial "in situ".



Figura 4.
Melanoma invasor (nodular) sobre lentigo maligno.

Melanoma lentiginoso acral (MLA):

poco frecuente en nuestro medio y muy frecuente en individuos de raza negra (60-72%). Se localizan con más frecuencia en la planta de los pies, aparato ungueal y palma de las manos. recuerda el aspecto del lentigo maligno aunque la fase de crecimiento superficial es mucho más corta (meses o unos pocos años) (Fig. 5 y 6) En las uñas se observa una banda oscura longitudinal que se ensancha y oscurece de forma progresiva.

Algunos autores consideran el **Melanoma desmoplásico**; aunque es más una variedad histológica que clínica. Es poco frecuente. Predomina en personas de 60-70 años

y en cuero cabelludo. Se caracteriza por su tendencia a la invasión perineural con altas tasas de recurrencia local. Además de en la piel pueden aparecen melanoma en las mucosas y a nivel ocular. El melanoma ocular es la segunda localización en frecuencia del melanoma (3,7% del total).



Figura 5.
Melanoma lentiginoso acral, afectando talón.



Figura 6.
Melanoma lentiginoso acral con afectación subungueal y falanges distales.

Vivir con melanoma. ¿Qué debo saber si me diagnostican un melanoma?

El diagnóstico de sospecha se establece mediante datos clínicos y la dermoscopia (Examen con lupa de aumento) del tumor o de cualquier lesión pigmentaria. La confirmación la establece la histología (Anatomía patológica). Antes de planificar un tratamiento es preciso confirmar el diagnóstico. Lo principal es conocer cuál es el alcance de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Esto es lo que se conoce como estadiar al tumor para lo que se sigue la clasificación de la AJCC (American Joint Committee on Cancer). Esta nos

permite clasificar de forma objetiva al paciente (facilita los registros y ensayos clínicos..), y nos basamos en ella para la decisión del tratamiento posterior. Para asignar un estadio hay que conocer diferentes aspectos del melanoma que se resumen en la clasificación TNM. Estas siglas hacen referencia a las características del tumor (T), la extensión a los ganglios linfáticos (N) y a el resto de órganos del cuerpo (M). De la combinación de ellas existen hasta 14 estadios cuyo pronóstico es muy diferente, por lo que requieren de una actitud médica y terapéutica específica para cada uno de ellos.



En el tratamiento quirúrgico debe primar la seguridad oncológica sobre la estética.

Son factores pronóstico:

- **Grosor** o nivel de invasión del melanoma: son los milímetros de espesor del tumor, esto es la medida desde la superficie de la piel hasta la parte más profunda. Esta medida es la característica del tumor más importante para establecer el estadio. Se diferencia entre tumores menores de 0,8 mm, entre 0,8 y 1 mm, entre >1 mm y 2 mm, entre >2 mm y 4 mm, y de más de 4 mm. El pronóstico empeora a medida que aumenta el grosor del melanoma.

- **Ulceraciones** del tumor primario: es la pérdida de la epidermis como consecuencia del crecimiento del tumor. Es la segunda característica en importancia ya que se combina con el espesor para establecer la T del TNM.
- Presencia de **invasión vascular o de satelitosis microscópicas**: son agrupaciones de células tumorales alejadas del melanoma e indican que el melanoma tiene capacidad de extenderse

por los conductos linfáticos. Su presencia ya indica que existe afectación linfática y, por lo tanto, sirven para clasificar la N del TNM. Presencia de metástasis en la piel o en los ganglios regionales. La piel donde se desarrolla el melanoma está conectada con unos ganglios regionales por los conductos linfáticos.

En condiciones normales estos conductos sirven para que el sistema inmune (Sistema de defensa) actúe desde los ganglios a la piel frente a cualquier tipo de agresión. Las células cancerosas utilizan estos conductos para invadir los ganglios y, a veces, la piel que está en el trayecto entre el tumor y los ganglios. El número de ganglios con metástasis y la presencia de metástasis en la piel también se valoran para clasificar la "N" del TNM.

- **Metástasis sistémicas.** Se considera para valorar la "M" en la estadificación TNM.

También pueden considerarse otros factores como concentración sérica elevada de lactato-deshidrogenasa sérica, e índice mitótico, definido como número de mitosis por milímetro. Aunque no se ha incluido en la actual clasificación AJJC.

LA FPS, la AEDV, los dermatólogos deben ayudar a disminuir los casos de MC. Hay que actuar sobre poblaciones de riesgo y principalmente en niños, educándoles en el hábito de la fotoprotección.

¿Qué pruebas van a hacerme?

Es fundamental hacer una biopsia para establecer la "T". Se prefiere siempre que se pueda, la biopsia escisional o extirpación biopsia, ya que nos permite el estudio completo del tumor. Otras alternativas son la biopsia punch, en caso de tumores grandes o de difícil localización. Una vez confirmado el diagnóstico y establecida la "T" se debe hacer tratamiento quirúrgico del tumor primario e investigar si la enfermedad se ha extendido o no a ganglios. En el tratamiento quirúrgico debe primar sobre la estética la seguridad oncológica, cuyos objetivos son conseguir márgenes de seguridad libres. Estos márgenes se establecen entre 0,5 y 2 cms en función

de la profundidad del mismo. Si el melanoma es in situ (no invade la dermis) no hace falta realizar ninguna prueba para conocer el alcance de la enfermedad dado que no existe ninguna posibilidad de que haya metástasis y, por lo tanto, se procederá a completar el tratamiento quirúrgico, según los márgenes referidos. Si por contra el melanoma es invasor, dependiendo del espesor, se procede a investigar si el tumor se ha extendido a otros órganos. A todos los pacientes se les exploran mediante palpación los territorios ganglionares y se les realiza un examen cutáneo completo para detectar metástasis cutáneas y, también, otros melanomas o cánceres cutáneos. **Búsqueda de la "N". Para seguir estableciendo el**

estadio de la enfermedad según la AJCC tenemos que conocer el estado de los ganglios linfáticos. Si hay ganglios palpables, mayores de 0,8 mm se debe confirmar la naturaleza metastásica, o no, con una ecografía, y posteriormente se decidirá una punción aspiración o biopsia ganglionar para el estudio anatomopatológico del ganglio. Si fuera positivo (afectación ganglionar) habría que hacer una disección ganglionar terapéutica. Si no hay ganglios palpables, es discutida la abstención terapéutica, la realización de una disección ganglionar electiva. Si no hay ganglios afectados, se realiza la biopsia del ganglio centinela (BSGC) (Se recomienda melanomas T1b). Esta es una forma minuciosa de examinar el ganglio (a veces hay más

de uno) que está conectado con la piel donde se ha desarrollado el melanoma, para ver si hay células del mismo que no se hayan observado en la ecografía. Consiste en extirpar el ganglio, simultáneamente a la ampliación de márgenes (ver tratamiento más adelante), y analizarlo. Exploración del resto de órganos. La posibilidad de que, en el momento del diagnóstico, haya **metástasis ("M")** en el resto del cuerpo, aparte de los ganglios regionales, es prácticamente inexistente en los tumores pequeños. Por ello, solo se explora cuando existe un mínimo de riesgo. Así, se realizan pruebas de imagen con este propósito en los pacientes con melanomas que tienen más de 4 mm o si tienen 2 mm y están ulcerados, así como en los

que presentan afectación ganglionar o cutánea regional. Las pruebas más comúnmente utilizadas son el PET/TAC y la resonancia magnética cerebral.

¿Qué tratamiento me van a recomendar?

En prácticamente todos los casos, aunque el melanoma se haya extirpado con márgenes limpios, se realiza una ampliación de los márgenes cuya amplitud está relacionada con el espesor. El margen adicional de piel sana que se extirpa varía entre 0,5 cm para los melanomas in situ y 2 cm para los que tienen un espesor superior a 2 mm. En los melanomas de tipo lentigo maligno que están en la cara se utiliza la cirugía con control histológico exhaustivo de los márgenes dado que es más difícil

delimitar hasta dónde se extiende.

Si existe una afectación metastásica de los ganglios detectada de forma clínica (mediante palpación o ecografía), y confirmada con una biopsia, se realiza una linfadenectomía en la que se quitan todos los ganglios de la zona (la axila, la ingle, el cuello). A veces, según el número de ganglios con metástasis y el tipo de afectación, se complementa con radioterapia.

La afectación metastásica de los ganglios regionales detectada mediante la biopsia del ganglio centinela ya no requiere generalmente de una linfadenectomía posterior, salvo en situaciones individuales. Cuando hay afectación regional (cutánea o ganglionar) o si el tumor es grueso, puede requerirse

complementar el tratamiento con fármacos sistémicos.

Esto es el tratamiento adyuvante cuya finalidad es disminuir la probabilidad de que aparezcan metástasis en el futuro.

Cuando hay metástasis en otros órganos el tratamiento se decide de forma individual según la situación específica de la enfermedad y del paciente. Así, se puede utilizar la cirugía, la electroquimioterapia, la radioterapia, fármacos sistémicos o cualquier combinación de los mismos. En la actualidad existe una amplia variedad de fármacos que se pueden utilizar para el tratamiento de la enfermedad metastásica o en situaciones de riesgo alto de desarrollarla.

Existen fármacos que se han desarrollado para bloquear el efecto que producen algunas

alteraciones moleculares presentes en el tumor. Los más importantes son los inhibidores de BRAF y MEK, que bloquean el efecto que producen las mutaciones en BRAF en los melanomas (presentes en casi la mitad de los melanomas), frenan el crecimiento del melanoma y favorecen su eliminación. Aunque son mucho menos frecuentes, también hay fármacos frente a las mutaciones en KIT. Lógicamente, en ambos casos, solo se utilizan cuando el gen está mutado. Otro grupo de fármacos de relativamente reciente desarrollo son los que actúan promoviendo la respuesta inmune frente al melanoma.

Estos medicamentos desbloquean la respuesta inmunitaria y hacen que sea eficaz para destruir las células cancerosas. Se utilizan tanto con enfermedad metastásica como en adyuvancia, para disminuir la posibilidad de desarrollar metástasis.

¿Cuál va a ser el seguimiento?

La conducta a seguir tras el diagnóstico depende del estadio. En casos de melanoma de bajo grado, son necesarias revisiones periódicas que incluyan la exploración física, y considerar la necesidad de pruebas de imagen y analítica. En melanomas de alto grado se realizarán pruebas de imagen cuya periodicidad se determina según el estadio. Una persona que ha tenido un melanoma tiene un mayor riesgo de padecer un segundo melanoma y otros cánceres cutáneos, por lo que la revisión periódica de sus lunares es necesaria.

¿Debo modificar mi vida tras un diagnóstico de melanoma?

No, las recomendaciones son las mismas que se han comentado antes para la prevención. Es importante ser más riguroso en su cumplimiento y hacerlo extensivo a los familiares directos, puesto que tienen un riesgo aumentado de desarrollar un melanoma. Respecto al propio melanoma, conviene recordar que, como cualquier otro cáncer, puede dar metástasis y, aunque es más frecuente que lo haga

durante los primeros 3-5 años, pueden presentarse en cualquier momento de la vida. Por ello, si que será importante prestar atención a posibles molestias o síntomas, sobre todo cuando no puedan atribuirse a problemas comunes de salud, para consultarlo con el médico responsable.

Enlaces de interés:

<https://www.ivo.es/wp-content/uploads/2015/03/GUIA-DE-PREVENCIÓN-Y-TRATAMIENTO-DEL-MELANOMA-CONSELLERIA-DE-SANITAT.pdf>

<https://www.fisterra.com/guias-clinicas/melanoma-cutaneo/>

MELANOMA: UNA GUÍA PARA PACIENTES. ESMO/ACF Patient Guide Series. basada en las Guías de Práctica Clínica de la ESMO

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/063c0dc2-3278-11e3-a0f5-65699e4ff786/Cutaneo.pdf>

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cutaneous_melanoma.pdf

<https://seoq.org/docs/guia-melanoma-2-edicion.pdf>

https://www.cancer.gov/espanol/tipos/piel/pro/tratamiento-melanoma-pdq#_1

<https://seom.org/info-sobre-el-cancer/melanoma?showall=1>



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA



fundacionpielsana.es
facebook.com/fundacionpielsana
twitter.com/pielsana_aedv

