

GRATIS

tome  
uno

6.ª edición

# QUÉ ES EL MELANOMA

*Una guía completa sobre el diagnóstico, las opciones de tratamiento y la vida después del cáncer*

*Publicado en asociación con la fundación AIM at Melanoma*

**AIM**  
AT MELANOMA  
FOUNDATION



# HERE FOR YOU

AIM at Melanoma Foundation is one of the top resources for melanoma patient support, education, research, and advocacy. We strive to provide patients and their caregivers—both the newly diagnosed as well as those looking to gain a greater understanding of their disease—with a full suite of tools to guide them along their treatment journey.



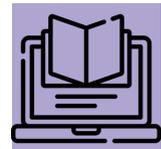
## Melanoma Support

Our melanoma medical expert provides accurate answers to a wide range of melanoma questions



## Melanoma Education

Our educational symposiums provide patient-friendly information by internationally renowned medical experts



## Melanoma Resources

Our website provides reliable, relevant, and current information about all aspects of melanoma

**AIM at Melanoma knows that a melanoma diagnosis can be confusing, but no one has to handle it alone.**

# QUÉ ES EL MELANOMA

Escanear para descargar



Una guía completa sobre el diagnóstico, las opciones de tratamiento y la vida después del cáncer

## EN ESTA GUÍA

- 2** **Introducción:** Saber más sobre su diagnóstico puede ser fortalecedor
- 3** **Perspectiva personal:** Mindi Helmandollar-Armatas
- 4** **Estadificación:** Opciones de tratamiento determinadas tras la estadificación del melanoma
- 6** **Comprender su diagnóstico:** Los resultados de las pruebas ofrecen gran información
- 8** **Planificación del tratamiento:** Los avances en la investigación conducen a mejores resultados
- 11** **Ensayos clínicos:** Comprender los fundamentos de los ensayos clínicos
- 12** **Cuidados paliativos:** Sea proactivo en el manejo de los efectos secundarios
- 14** **Atención de seguimiento:** Manténgase en sintonía con la salud de su piel
- 15** **Para sus amistades y familiares:** La prevención y la detección precoz pueden salvar vidas
- 16** **La vida después del cáncer:** Haga un plan de por vida para una salud óptima



## PATIENT RESOURCE

Director ejecutivo **Mark A. Uhlig**

Jefe de redacción **Charles M. Balch, MD, FACS**

Vicepresidenta sénior **Debby Easum**

Directora editorial **Colleen Scherer**

Redactora médica **Dana Campbell**

Director artístico **Brett McGuire**

Ilustrador médico **Todd Smith**

Vicepresidenta de Desarrollo Comercial **Amy Galey**

Correctora **Lori McCabe**

Dirección comercial **8455 Lenexa Drive  
Overland Park, KS 66214**

Para obtener más información **prp@patientresource.com**

Junta asesora **Visite nuestro sitio web en PatientResource.com para leer las biografías de nuestra Junta asesora médica y de pacientes.**

**Para obtener copias adicionales:** Para pedir copias adicionales de la *Guía Qué es el melanoma de Patient Resource*, visite PatientResource.com, llame al 913-725-1600 o envíe un correo electrónico a orders@patientresource.com.

**Presentaciones editoriales:** Las presentaciones editoriales deben enviarse a editor@patientresource.com.

**Descargo de responsabilidad:** La información presentada en la *Guía Qué es el melanoma de Patient Resource* no pretende sustituir los consejos de su médico. Las opiniones expresadas en la *Guía Qué es el melanoma de Patient Resource* son las de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la editorial. Si bien la *Guía Qué es el melanoma de Patient Resource* hace lo posible por presentar solo información fidedigna, los lectores no deberían considerarla como asesoría profesional, que solo puede brindar un profesional de la salud. Patient Resource, sus autores y sus agentes no serán responsables, ni siquiera legalmente, por la actualización permanente de la información ni por errores, omisiones o inexactitudes en esta publicación, ya sean por negligencia u otra razón, ni por ninguna otra consecuencia derivada de ellos. Patient Resource, sus autores y sus agentes no otorgan ninguna representación o aval, explícito o implícito, con respecto a la exactitud, exhaustividad u oportunidad de la información contenida aquí, ni de los resultados que pudieran obtenerse por el uso de la información. La editorial no brinda servicios médicos o profesionales de otro tipo. La publicación de anuncios, sean pagados o no, y los relatos de sobrevivientes no constituyen un aval. Si se requiere la asistencia de expertos médicos o de otro tipo, se deben buscar los servicios de un profesional competente.

© 2025 Patient Resource LLC. Todos los derechos reservados.  
PRP PATIENT RESOURCE PUBLISHING®

Si desea información de reimpresión, envíe un correo electrónico a prp@patientresource.com.



Publicado en asociación con  
**AIM at Melanoma Foundation**  
www.aimatmelanoma.org

## JEFE DE REDACCIÓN



**Charles M. Balch, MD, FACS, FASCO**

Profesor de Cirugía, The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Jefe de Redacción de Patient Resource LLC

Exvicepresidente ejecutivo y director ejecutivo de la Sociedad Americana de Oncología Clínica

Expresidente de la Sociedad de Oncología Quirúrgica

# Saber más sobre su diagnóstico puede ser fortalecedor

**Q**ue le diagnostiquen melanoma puede resultar impactante y abrumador. Respire hondo e infórmese todo lo posible sobre su diagnóstico. Una vez que haya digerido la noticia de que tiene cáncer, elabore un plan para seguir adelante con confianza. Los profesionales médicos a cargo de su atención serán una valiosa fuente de información y apoyo. Cuanto más sepa sobre el tipo de melanoma que padece, tendrá más capacidad para tomar las mejores decisiones para usted.

## ¿QUÉ ES EL MELANOMA?

El melanoma es un tipo raro de cáncer de piel. También conocido como melanoma cutáneo, es el tipo más grave porque puede propagarse fácilmente a las capas profundas de la piel, así como a los ganglios linfáticos y otros órganos. El melanoma comienza en las células conocidas como melanocitos, que producen melanina. Esta sustancia colorea la piel y los ojos. Independientemente del color de la piel, cualquiera puede padecer un melanoma, incluso las personas que nunca se queman al sol.

La piel tiene varias capas: la epidermis (capa externa), la dermis (capa interna) y la hipodermis (tejido subcutáneo). El melanoma suele desarrollarse en la epidermis (véase la figura 1). El cuello y la cara son localizaciones habituales de melanoma cutáneo.

**El melanoma cutáneo se presenta en cuatro tipos principales:**

- El melanoma de propagación superficial, el tipo más común, suele desarrollarse a partir de un lunar existente.
- El melanoma nodular suele aparecer de repente como un bulto en la piel.
- El melanoma lentigo maligno suele empezar en la cara, las orejas, el cuello y los brazos que han estado expuestos al sol durante largos periodos de tiempo.
- El melanoma acral (MLA) se encuentra en las palmas de las manos, las plantas de los pies o bajo el lecho ungueal.

## CÓMO SE PROPAGAN LOS MELANOMAS

Cuando el ADN de la piel está dañado, puede provocar un crecimiento anormal de los melanocitos. Cuando los melanocitos crecen sin control, forman un tumor y se convierten en un melanoma. A medida que se forman las células del melanoma, pueden propagarse a los ganglios linfáticos cercanos, entrar en el torrente sanguíneo y viajar a otras partes del cuerpo. El tratamiento precoz puede detener el melanoma antes de que se propague a los ganglios linfáticos cercanos o a órganos distantes. Por eso son importantes la detección precoz y el tratamiento.

El melanoma tiene dos fases principales de crecimiento. La primera se conoce como fase de

crecimiento radial. Esto ocurre cuando el melanoma crece horizontalmente a través de la piel y permanece dentro del nivel superior de la piel (epidermis). En esta fase de crecimiento, no es probable que los melanomas hagan metástasis (se propaguen a otras zonas).

En la siguiente fase, la fase de crecimiento vertical, el melanoma empieza a crecer hacia capas más profundas, como la dermis y la hipodermis, así como hacia la epidermis, y aumenta el riesgo de metástasis. Esto ocurre porque los vasos linfáticos se encuentran en la dermis inferior y la hipodermis. Las células del melanoma pueden utilizar estos vasos para propagarse a los ganglios linfáticos. Por ello, el espesor de un melanoma es el factor más importante para determinar el pronóstico.

**Para predecir el riesgo de propagación, los melanomas se clasifican en:**

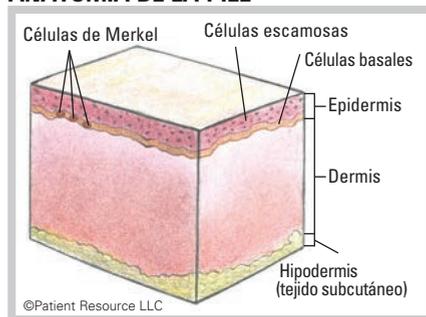
- Delgados (menos de 1 milímetro, o aproximadamente el grosor de una tarjeta de crédito)
- Intermedios (de 1 a 4 mm)
- Gruesos (más de 4 mm)

Para obtener más información sobre cómo se estadifica el melanoma, consulte *Estadificación*, página 4.

## TIPOS DE MELANOMA POCO FRECUENTES

Además de en la piel, los melanomas también pueden aparecer en revestimientos mucosos, como la boca, los genitales y la zona anal, y en los ojos. Son poco frecuentes en comparación con el melanoma cutáneo.

FIGURA 1  
ANATOMÍA DE LA PIEL



Los ojos están compuestos por varias capas de tejidos, como el iris, el cuerpo ciliar y la coroides (véase la figura 2). En el ojo pueden formarse dos tipos de melanoma.

- El melanoma uveal afecta a la capa media del ojo, y se desarrolla en la coroides, el iris o el cuerpo ciliar.
- El melanoma conjuntival se desarrolla en la conjuntiva, el tejido transparente que cubre la parte blanca del ojo y el interior de los párpados. El melanoma conjuntival es más poco frecuente que el melanoma uveal.

Además, algunos melanomas pueden ser amelanóticos, que carecen de pigmentación (color), y desmoplásicos, que contienen ciertos tipos de células.

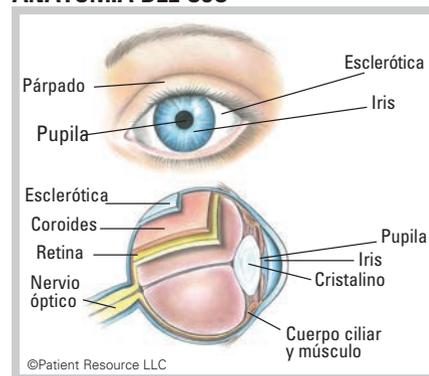
El melanoma mucoso también es poco frecuente. Se desarrolla en la mucosa del cuerpo, una membrana que recubre muchas cavidades y conductos internos. Dado que a menudo comienza en zonas ocultas y no causa síntomas específicos, muchos casos se diagnostican solo después de haber progresado a un estadio avanzado. Estas zonas del cuerpo tienen mucosas húmedas:

- Las vías respiratorias, en zonas como los senos paranasales, las fosas nasales y la boca. El melanoma mucoso de cabeza y cuello es el tipo más común.
- El tracto gastrointestinal, incluidos el ano y el recto (anorrectal).
- El aparato genital femenino, que incluye la vagina y la vulva.

Aunque el melanoma puede afectar al ojo y a las mucosas, esta guía se centra específicamente en el melanoma cutáneo, su tratamiento, efectos secundarios y supervivencia.

Si es posible, busque un médico especializado en el diagnóstico y tratamiento del melanoma. Considere también la posibilidad de buscar una segunda opinión, ya que otro especialista puede conocer diferentes estrategias de tratamiento y ensayos clínicos. ■

FIGURA 2  
ANATOMÍA DEL OJO



## Una sobreviviente aboga por la prevención del melanoma entre los adultos jóvenes

*Mindi Helmandollar-Armatas, a quien le diagnosticaron a los 23 años un melanoma en estadio III, nunca imaginó que podría padecer cáncer a una edad tan temprana. El diagnóstico la hizo sentirse sola y aislada de sus compañeros. Tras años de tratamientos intermitentes, incluidas algunas recidivas, está haciendo todo lo que puede para evitar que nadie se sienta como se sintió ella. En la actualidad, Mindi defiende la importancia de la educación, la prevención y el apoyo en relación con el melanoma.*



Cuando estaba en la secundaria y en la universidad era porrista. Por aquel entonces, aunque parezca mentira, se esperaba que luciéramos bronceadas en los partidos. En la universidad, incluso nos ofrecían sesiones gratuitas de cama bronceadora para animarnos a ello. No le di importancia porque todo el mundo lo hacía. Y, cuando se es joven, nadie piensa en los riesgos potenciales del bronceado. Mucha gente joven piensa que el cáncer es una enfermedad de personas mayores, pero yo aprendí rápidamente que el melanoma puede atacar a cualquier edad.

Después de graduarme de la universidad, un lunar en el lado izquierdo de mi pecho empezó a sangrar. El dermatólogo recomendó observación durante un par de meses. Si no desaparecía para entonces, dijo que regresara. Su sugerencia no me sentó bien, así que busqué una segunda opinión. El segundo dermatólogo decidió que lo mejor sería extirparlo. Cuando llegaron los resultados de patología, me quedé atónita. Tenía un melanoma en estadio III. Tenían tan solo 23 años.

Recibir un diagnóstico de melanoma me hizo sentir muy sola. Aunque tenía el apoyo de mi familia, no podía hablar de ello con nadie de mi edad porque no había manera de que se sintieran identificados.

Después de que me extirparan el melanoma, me sometí fielmente a exploraciones cada tres a seis meses y acudí a todas las citas de seguimiento. En ese momento, no fue necesario ningún tratamiento adicional. Después de cinco años, me "gradué" del cáncer. Aunque mi médico pensaba que mi riesgo de recidiva era bajo, seguí haciéndome las revisiones cutáneas anuales.

Ocho años después de mi diagnóstico original, aparecieron nuevos síntomas. Desarrollé vitiligo en la espalda. El vitiligo es un trastorno que causa manchas en la piel que pierden pigmentación o color. Mis pestañas y cejas se volvieron blancas, y tuve una tos que no desaparecía.

Las nuevas exploraciones mostraron un tumor en mi pulmón. La patología confirmó que el tumor original había hecho metástasis en mi pulmón. Mi diagnóstico se actualizó a melanoma en estadio IV.

Me extirparon el lóbulo inferior izquierdo del pulmón donde se halló el tumor. A diferencia de cinco años antes, había más tratamientos postoperatorios disponibles. Decidí probar una inmunoterapia. Por desgracia, mientras me sometí al tratamiento, desarrollé un nuevo tumor en la pierna. El tratamiento farmacológico no estaba controlando el cáncer, así que mi médico cambió a una terapia dirigida. No la toleré bien, así que probamos una combinación de terapia dirigida diferente y, afortunadamente, funcionó muy bien. Después, pasé cinco años y medio buenos con muy pocos efectos secundarios, hasta que me encontraron un nuevo tumor en el ovario derecho. Me operaron para extirparme el ovario derecho y la trompa de Falopio.

Yo no lo sabía, pero habían conservado una parte del tumor que me habían extirpado del pulmón años antes. Por lo tanto, pudieron compararlo



con este tumor y descubrieron que coincidían, lo que confirmó que se trataba de otra metástasis del melanoma original.

Tras la cirugía, comencé una nueva combinación de inmunoterapia. Después de tres tratamientos, desarrollé efectos secundarios que empeoraron rápidamente. El médico suspendió de inmediato una de las inmunoterapias con la esperanza de que aún pudiera tolerar la otra. Hasta ahora lo he logrado, y el plan es que continúe con este tratamiento otros dos años.

Todo lo que he vivido me ha hecho querer retribuir de alguna manera. Creo que es fundamental educar a los jóvenes sobre la prevención de futuros melanomas. Utilizo el título de maestra que obtuve para colaborar con un hospital universitario local en el diseño de un plan de estudios para estudiantes de secundaria, en el que se advierte de los peligros de pasar demasiado tiempo al sol y de utilizar camas solares.

También colaboro con AIM at Melanoma como mentora de otras personas y brindarles apoyo. Cuando me diagnosticaron por primera vez, era todo un reto encontrar recursos para gente de mi edad, así que estoy muy contenta de poder ayudar a otras personas que se encuentran en esa situación. Espero llegar a todas las generaciones y educarlas sobre la prevención del melanoma.

Hoy tengo más cuidado al exponerme al sol. Llevo ropa con un factor de protección solar de 50, que está especialmente diseñada para bloquear la luz ultravioleta del sol. Son increíbles los estilos disponibles, desde vestidos hasta ropa de trabajo. También uso un sombrero de ala ancha.

Mi consejo para cualquier persona a la que le hayan diagnosticado melanoma es seguir adelante, paso a paso. No es posible mirar atrás para ver que se hizo o se dejó de hacer, y no hay que tener miedo al futuro. Es necesario permanecer plenamente en el presente y abogar por uno mismo. Nadie conoce nuestro cuerpo mejor que nosotros. Debemos hablar si notamos algo extraño y no temer pedir una segunda o tercera opinión. Se lo digo a todo el mundo, la seguridad de la piel ahora puede salvarle la vida en el futuro. ■

# Opciones de tratamiento determinadas tras la estadificación del melanoma

**N**uestro médico solicitará una serie de pruebas para diagnosticar y conocer el melanoma. Las pruebas diagnósticas proporcionan información sobre la localización y el tamaño del tumor, si se ha propagado a los ganglios linfáticos o a otros órganos, cualquier biomarcador y el tipo o subtipo de cáncer.

Esta información se documentará en un informe de patología, que incluye una descripción de las células y los tejidos realizada por un patólogo basándose en pruebas microscópicas. Los resultados permiten a su médico determinar el estadio de su cáncer. La estadificación proporciona información esencial a su equipo médico. Define el alcance de la enfermedad y ayuda al equipo a predecir los resultados (pronóstico, o posibilidad de recuperación), así como a determinar el mejor plan de tratamiento para usted.

El melanoma suele clasificarse dos veces. En primer lugar, su médico toma en cuenta los resultados de su examen físico y de la biopsia cutánea para asignarle un estadio clínico. Durante un procedimiento más extenso, se extirpa la lesión (o la mayor parte posible de ella) junto con parte del tejido sano que la rodea. En un procedimiento diferente, pueden extirparse algunos ganglios linfáticos (véase *Mapeo de ganglio linfático centinela*, página 6). Tras revisar estas muestras con y sin microscopio y anotar las características clave, el patólogo también toma en cuenta los resultados de las biopsias de los ganglios linfáticos y de otros tejidos examinados. A continuación, se asigna un estadio patológico. Dado que el estadio patológico se basa en más detalles sobre el melanoma, esta estadificación es la más precisa y es importante para determinar las opciones de tratamiento adecuadas para su diagnóstico.

Los estadios clínico y patológico del melanoma se clasifican según el sistema de tumor, ganglio, metástasis (TNM) desarrollado por el American Joint Committee on Cancer (AJCC) (véanse las

**TABLA 1**  
**SISTEMA TNM DEL AJCC PARA LA CLASIFICACIÓN DEL MELANOMA CUTÁNEO**

Clasificación	Definición	
<b>Tumor (T)</b>		
Categoría T	Espesor	Estado de ulceración
<b>TX</b>	No puede evaluarse el espesor del tumor primario.	No aplicable
<b>T0</b>	No hay evidencia de tumor primario.	No aplicable
<b>Tis</b>	Melanoma <i>in situ</i> .	No aplicable
<b>T1</b> <b>T1a</b> <b>T1b</b>	≤ (no más de) 1,0 mm. < (menos de) 0,8 mm. < (menos de) 0,8 mm. 0,8 - 1,0 mm.	Desconocido o sin especificar Sin ulceración Con ulceración Con o sin ulceración
<b>T2</b> <b>T2a</b> <b>T2b</b>	> (más de) 1,0 - 2,0 mm. > (más de) 1,0 - 2,0 mm. > (más de) 1,0 - 2,0 mm.	Desconocido o sin especificar Sin ulceración Con ulceración
<b>T3</b> <b>T3a</b> <b>T3b</b>	> (más de) 2,0 - 4,0 mm. > (más de) 2,0 - 4,0 mm. > (más de) 2,0 - 4,0 mm.	Desconocido o sin especificar Sin ulceración Con ulceración
<b>T4</b> <b>T4a</b> <b>T4b</b>	> (más de) 4,0 mm. > (más de) 4,0 mm. > (más de) 4,0 mm.	Desconocido o sin especificar Sin ulceración Con ulceración
<b>Ganglio (N)</b>		
Categoría N	Número de ganglios linfáticos regionales afectados por el tumor	Estado de las metástasis*
<b>NX</b>	No se evaluaron los ganglios regionales.	No
<b>N0</b>	No se detectaron metástasis regionales.	No
<b>N1</b> <b>N1a</b> <b>N1b</b> <b>N1c</b>	Un ganglio con afectación tumoral o metástasis en tránsito, satelitales y/o microsateelitales sin ganglios con afectación tumoral. Uno clínicamente oculto. Uno detectado clínicamente. No hay enfermedad en ganglios linfáticos regionales.	No No Sí
<b>N2</b> <b>N2a</b> <b>N2b</b> <b>N2c</b>	Dos o tres ganglios con afectación tumoral o metástasis en tránsito, satelitales y/o microsateelitales con un ganglio con afectación tumoral. Dos o tres clínicamente ocultos. Dos o tres, al menos uno de ellos detectado clínicamente. Uno clínicamente oculto o detectado clínicamente.	No No Sí
<b>N3</b> <b>N3a</b> <b>N3b</b> <b>N3c</b>	Cuatro o más ganglios con afectación tumoral o metástasis en tránsito, satelitales y/o microsateelitales con dos o más ganglios con afectación tumoral, o cualquier cantidad de conglomerados ganglionares sin o con metástasis en tránsito, satelitales y/o microsateelitales. Cuatro o más clínicamente ocultos. Cuatro o más, al menos uno de los cuales se detectó clínicamente, o presencia de cualquier cantidad de conglomerados ganglionares. Dos o más ganglios clínicamente ocultos o detectados clínicamente o presencia de cualquier cantidad de conglomerados ganglionares.	No No Sí
* Las metástasis en tránsito se producen a más de 2 cm del melanoma primario (tanto en la superficie de la piel como debajo de ella) hacia los ganglios linfáticos regionales. Las metástasis satelitales se producen en la piel o debajo de ella, a menos de 2 cm del melanoma primario. Las metástasis microsateelitales en la piel o en la capa más profunda de la dermis cerca o en profundidad del melanoma primario se detectan tras un examen microscópico.		
<b>Metástasis (M)</b>		
Categoría M*	Localización anatómica	Nivel de LDH
<b>M0</b>	No hay indicios de metástasis a distancia.	No aplicable
<b>M1</b> <b>M1a</b> <b>M1a(0)</b> <b>M1a(1)</b> <b>M1b</b> <b>M1b(0)</b> <b>M1b(1)</b> <b>M1c</b> <b>M1c(0)</b> <b>M1c(1)</b> <b>M1d</b> <b>M1d(0)</b> <b>M1d(1)</b>	Evidencia de metástasis a distancia. Metástasis a distancia en la piel, tejidos blandos, incluido el músculo, o ganglios linfáticos no regionales. Metástasis a distancia al pulmón con o sin localizaciones de enfermedad M1a. Metástasis a distancia a localizaciones viscerales fuera del SNC con o sin localizaciones M1a o M1b de la enfermedad. Metástasis a distancia al SNC con o sin localizaciones de enfermedad M1a, M1b o M1c.	Véase más abajo No registrado o no especificado No elevado Elevado No registrado o no especificado No elevado Elevado No registrado o no especificado No elevado Elevado No registrado o no especificado Normal Elevado
* Sufijos para la categoría M: (0) LDH no elevada, (1) LDH elevada. No se utiliza ningún sufijo si la LDH no se registra o no se especifica.		

**TABLA 2**  
**FASES DEL MELANOMA CUTÁNEO**

Estadio	T	N	M
<b>0</b>	Tis	N0	M0
<b>IA</b>	T1a	N0	M0
	T1b	N0	M0
<b>IB</b>	T2a	N0	M0
<b>IIA</b>	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
<b>IIB</b>	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
<b>IIC</b>	T4b	N0	M0
<b>IIIA</b>	T1a/b-T2a	N1a o N2a	M0
<b>IIIB</b>	T0	N1b, N1c	M0
	T1a/b-T2a	N1b/c o N2b	M0
	T2b/T3a	N1a-N2b	M0
<b>IIIC</b>	T0	N2b, N2c, N3b o N3c	M0
	T1a-T3a	N2c o N3a/b/c	M0
	T3b/T4a	Cualquier N ≥ N1	M0
	T4b	N1a-N2c	M0
<b>IIID</b>	T4b	N3a/b/c	M0
<b>IV</b>	Cualquier T, Tis	Cualquier N	M1

Datos utilizados con permiso del Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer (American Joint Committee on Cancer, AJCC), Chicago, Illinois. La fuente original y primaria de esta información es el Manual para la determinación del estadio del cáncer del AJCC (AJCC Cancer Staging Manual), octava edición (2017), publicado por Springer Science+Business Media.

tablas 1 y 2). En este sistema se utilizan el tamaño y la extensión del tumor (T), si se encuentran células cancerosas en los ganglios linfáticos cercanos (N) y si el cáncer ha hecho metástasis, o se ha propagado, a otras partes del cuerpo (M). El espesor del melanoma primario se utiliza para clasificar el melanoma en la categoría T. Además, cada clasificación T se divide a su vez en dos grupos según si hay ausencia o presencia de ulceración (rotura en la capa exterior de la piel sobre el melanoma). La clasificación ganglionar (N) se usa para describir la cantidad de ganglios linfáticos que contienen células de melanoma.

Tenga en cuenta que el estadio de su cáncer puede cambiar. Si su cáncer reaparece después del tratamiento, pueden repetirse las pruebas diagnósticas para reevaluar su estadio. Esto se conoce como reestadificación. Si se asigna un nuevo estadio, suele ir precedido de una "r" para denotar que se ha vuelto a reestadificar.

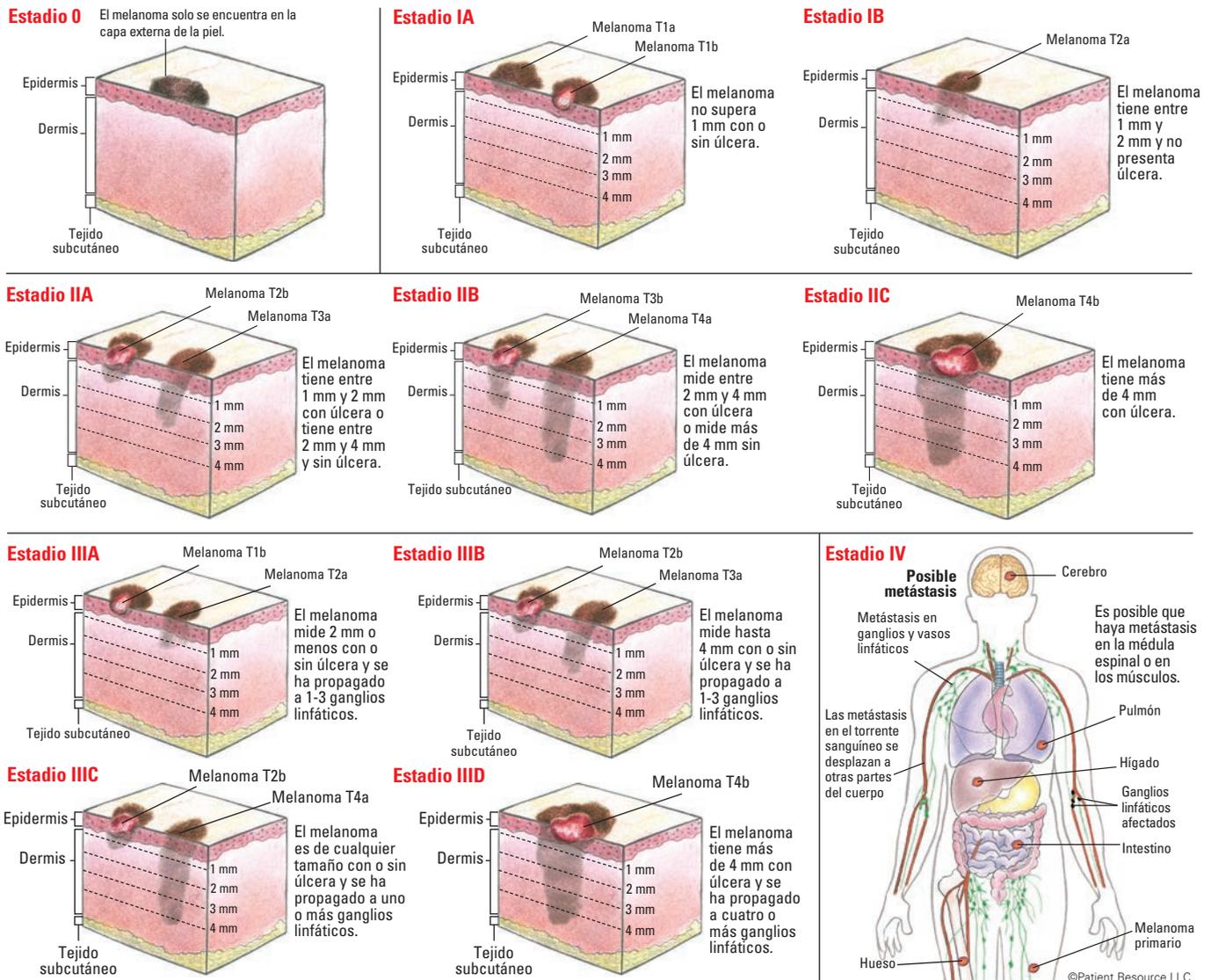
### COMPRESIÓN DE LOS TÉRMINOS UTILIZADOS EN PATOLOGÍA

Los resultados de las pruebas diagnósticas se incluyen en un informe de patología que su médico puede compartir con usted. Aprender estos términos le será de ayuda para comprender el estadio de su melanoma.

- **Localización:** dónde se encuentra el tumor
- **Espesor:** la medida total de la profundidad del crecimiento del melanoma bajo la epidermis y la altura sobre la piel
- **Tasa mitótica:** una medida de la rapidez con que las células cancerosas se dividen y crecen
- **Estado de ulceración:** evaluación microscópica para determinar si la capa superior de la piel del tumor sobre el melanoma está presente e intacta (no ulcerada) o rota o ausente (ulcerada)
- **Tasa mitótica dérmica:** cuántas células de melanoma crecen y se dividen activamente

- **Estado del margen periférico:** presencia o ausencia de células cancerosas en el tejido de aspecto normal que se extirpó alrededor del tumor
- **Estado del margen profundo:** presencia o ausencia de células cancerosas en el tejido de aspecto normal que se extirpó de debajo del tumor
- **Microsatelitosis:** presencia de pequeños tumores satelitales en los canales linfáticos que se han propagado a la piel cercana al primer tumor de melanoma y que solo pueden verse con un microscopio
- **Fase de crecimiento vertical:** evidencia de crecimiento del tumor a mayor profundidad en la piel
- **Invasión angiolinfática:** las células del melanoma han crecido en los vasos sanguíneos o linfáticos
- **Neurotropismo:** presencia de células de melanoma en los nervios de la piel o alrededor de ellos ■

### FIGURA 1 ILUSTRACIONES QUE MUESTRAN ALGUNAS FASES ESPECÍFICAS DEL MELANOMA CUTÁNEO



# Los resultados de las pruebas ofrecen gran información

**E**l melanoma solo puede confirmarse con una biopsia. Sin embargo, no todos los diagnósticos de melanoma son iguales. Por ello, es extremadamente importante que usted y su equipo médico conozcan todo lo posible sobre su tipo de melanoma. Para ello, se le realizarán otras pruebas además de la biopsia. Los resultados serán cruciales para ayudar a sus médicos a determinar el plan de tratamiento más adecuado para usted.

Comprender su diagnóstico empieza por ser consciente de las pruebas que le pueden realizar y saber por qué son importantes.

## BIOPSIA

La biopsia que se le practique dependerá del tamaño y la localización del melanoma. En una biopsia por escisión se extirpa un bulto entero o una zona sospechosa. En una biopsia por incisión se extirpa una porción de un bulto o zona sospechosa. En una biopsia con sacabocados se extrae un pequeño trozo redondo de tejido del tamaño aproximado de la goma de borrar de un lápiz. En una biopsia por rasurado se extirpa una anomalía cutánea y una fina capa de piel circundante.

Una vez extraída la muestra de la biopsia, un patólogo, que es un médico con formación especial en la identificación de enfermedades mediante el estudio de células y tejidos al microscopio, la examina en busca de las siguientes características, además de otras:

- El tipo y subtipo de melanoma
- El espesor del melanoma
- Si la capa superior de la piel está intacta o rota (ulcerada)
- La rapidez con la que crecen las células del melanoma (tasa mitótica)
- Si el melanoma se ha propagado a los vasos linfáticos, los vasos sanguíneos, los ganglios linfáticos u otros órganos.

La información obtenida de su biopsia se anotará en un informe de patología, que es la descripción de las células y los tejidos realizada por un patólogo basándose en pruebas microscópicas. Se utilizará para diagnosticar y estadificar su melanoma, y guiará a su médico en la selección de las opciones de tratamiento (véase *Estadificación*, página 4). Puede solicitar una copia de su informe de patología en cualquier momento.

## MAPEO DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA

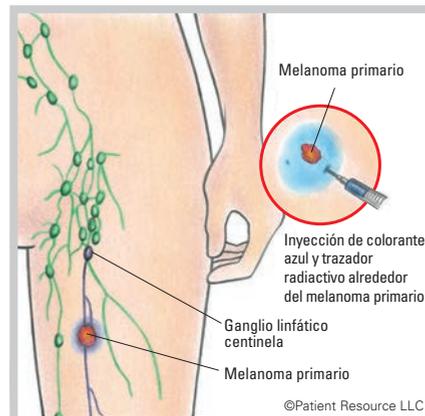
En los casos en los que existe un mayor riesgo de que el melanoma primario pueda haberse propagado a los ganglios linfáticos cercanos, se recomienda el mapeo del ganglio linfático centinela (GLC) (véase la figura 1). En este procedimiento se rastrea la trayectoria exacta del fluido corporal (linfa) que transporta los glóbulos blancos a medida que

drena desde la piel que rodea el melanoma hasta el ganglio linfático más cercano. El ganglio linfático drenante más cercano al melanoma se denomina ganglio linfático centinela.

Identificar con precisión qué ganglio linfático es el GLC es importante por muchas razones. La decisión de extirpar los ganglios linfáticos suele depender de si el melanoma se ha propagado a un GLC. También ayuda a determinar el estadio, así como la necesidad de pruebas genómicas, que a su vez, guían el tratamiento.

Para el mapeo de GLC se utiliza la linfoescintigrafía, un tipo especial de técnica de imagen que se realiza en el departamento de medicina nuclear de un hospital. Lo ideal es que se realice el mismo día que la cirugía para extirpar el melanoma. Se inyecta un trazador radiactivo en la piel alrededor del lugar del melanoma y un dispositivo de diagnóstico por imagen que detecta la radiactividad realiza una serie de imágenes que muestran la trayectoria del material radiactivo a medida que viaja hasta el grupo de ganglios linfáticos más cercano. El cirujano inyecta un tinte especial en la piel alrededor del lugar del melanoma para identificar visualmente el GLC. A continuación, el cirujano realiza una pequeña incisión en la zona de los ganglios linfáticos y extrae el GLC. Un patólogo examina cuidadosamente

**FIGURA 1**  
**MAPEO DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA**



el ganglio o ganglios para detectar la presencia de células de melanoma. Dado que el GLC es el primer lugar al que drena la linfa desde el lugar del melanoma, es muy poco probable que el melanoma se haya propagado a otros ganglios linfáticos si no se encuentran células cancerosas en el GLC.

## PRUEBAS GENÓMICAS

Numerosos cánceres están causados por mutaciones genéticas, que son cambios que se producen en el ADN. Mientras examina la muestra de su biopsia al microscopio, el patólogo puede realizar pruebas genómicas, o moleculares, para comprobar si existen mutaciones en determinados genes, proteínas u otras moléculas. Esta información podría indicar el comportamiento del cáncer, lo agresivo que podría ser y si hará metástasis (se propagará). Con ese conocimiento, los médicos pueden elegir opciones de tratamiento más personalizadas. En algunos tipos de cáncer, por ejemplo, se han descubierto mutaciones que pueden tratarse con terapia dirigida, un tipo de tratamiento diseñado específicamente para determinadas mutaciones, o determinar si puede optar a una inmunoterapia.

## Mutaciones

Estas y otras mutaciones permiten clasificar el melanoma en distintos subtipos:

- *BRAF* (aproximadamente la mitad de los melanomas contienen estas mutaciones)
- *NRAS* (pronunciado "ENE-ras")
- *NF-1*
- *KIT*
- *MEK1* y *MEK2* (estas mutaciones aumentan el crecimiento de las células cancerosas)
- *NTRK* (pronunciado "ENE-trac")

Varias terapias dirigidas, como los inhibidores de *BRAF*, los inhibidores de *MEK*, los inhibidores de *KIT* y las terapias de diagnóstico tumoral, están

## COMPRENDER LOS BIOMARCADORES

Tipo de biomarcador	Hallazgos relacionados con...
<b>Predictivo</b>	Si un determinado enfoque terapéutico puede ser adecuado
<b>De diagnóstico</b>	El tipo de tumor
<b>Otros</b>	Qué tan agresivo (de rápido crecimiento) es un tumor; una predicción de la supervivencia a largo plazo

aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. para tratar algunas de estas mutaciones (véase *Planificación del tratamiento*, página 8). En los ensayos clínicos se están probando tratamientos dirigidos a otras mutaciones. Es importante comprender que no todos los melanomas presentan mutaciones procesables. Sin embargo, en ese caso, existen otras opciones de tratamiento.

### Biomarcadores

Los biomarcadores, también llamados marcadores tumorales, marcadores biológicos o biomarcadores moleculares, son producidos por las células cancerosas u otras células del organismo en respuesta al cáncer. Las pruebas genómicas pueden utilizarse para detectar biomarcadores como genes o moléculas que pueden medirse en la sangre, el plasma, la orina, el líquido cerebrospinal u otros fluidos o tejidos corporales. Varios tipos de biomarcadores ofrecen información diferente. Por ejemplo, los biomarcadores de predicción indican si un fármaco aprobado es adecuado para tratar el melanoma de una persona. Las pruebas de

diagnóstico complementarias para biomarcadores moleculares, como *BRAF* o *KIT*, pueden indicar que la persona puede ser apta para futuros ensayos clínicos (véase la tabla 1).

### Para ciertos tipos de cáncer se realizan pruebas rutinarias de detección de algunos biomarcadores. Su médico puede realizar las siguientes pruebas:

- La lactato deshidrogenasa (LDH) es el biomarcador sérico (análisis de sangre) aceptado para el melanoma. Es un biomarcador de pronóstico que se mide para determinar si una persona tiene un riesgo elevado de metástasis. Una LDH elevada puede indicar que el cáncer ha progresado. La disminución de la LDH se ha asociado con la respuesta a la inmunoterapia porque se libera cuando las células del melanoma se dañan o mueren.
- La expresión de PD-L1 (también denominada puntuación positiva combinada o CPS, por sus siglas en inglés) puede medirse para determinar si las células tumorales o las células inmunitarias del microentorno del tumor contienen un nivel más elevado de PD-L1, lo que puede significar que un paciente podría ser un buen candidato para los inhibidores de puntos de control inmunitarios (véase *Planificación del tratamiento*, página 8). Sin embargo, hacer solo la prueba de detección de estos biomarcadores no es suficiente para determinar una respuesta terapéutica a la inmunoterapia en pacientes con melanoma u otros tipos de cáncer de piel.

- La carga de mutación tumoral (TMB, por sus siglas en inglés) es una evaluación de la cantidad de mutaciones genéticas en un tumor. Puede ayudar a los médicos a determinar si un paciente puede responder a la inmunoterapia. Se cree que cuanto mayor es el nivel de TMB, es más probable que el paciente responda a la inmunoterapia.
- Los linfocitos infiltrantes tumorales (LIT) son un tipo de célula inmunitaria que se ha desplazado desde la sangre hasta un tumor. Los LIT pueden reconocer y eliminar las células cancerosas. Se ha demostrado que los melanomas con un mayor número de LIT y aquellos con LIT en el interior del tumor tienen un mejor pronóstico y pueden responder mejor a la terapia. Además, algunos tratamientos dan como resultado mayor cantidad de LIT y pueden ser un biomarcador de respuesta con estas terapias. ■

### LA VOZ DE UN SOBREVIVIENTE » Shelly Polak



**« No importa el tipo de cáncer que padezca, investigue. Defienda sus derechos y necesidades. No pasa nada si no está de acuerdo con su médico, pero busque uno que escuche lo que usted tiene para decir y cuyo trato sea cercano y respetuoso, como uno más de la familia. »**



## TÉRMINOS QUE DEBE CONOCER

**A continuación, encontrará palabras relacionadas con el melanoma que posiblemente oiga. Si un miembro de su equipo médico utiliza un término que no le sea familiar, simplemente pídale que se lo explique. Es importante que entienda todo lo que pueda sobre su diagnóstico y las opciones de tratamiento.**

**Cutáneo:** Relacionado con la piel.

**Dermatólogo:** Un médico especialmente formado para diagnosticar y tratar los problemas de la piel.

**Metástasis en tránsito:** tipo de metástasis en la que el cáncer se propaga desde el tumor primario a través de un vaso linfático y comienza a crecer dentro de él antes de llegar al ganglio linfático más cercano.

**Linfocito:** tipo de célula inmunitaria (glóbulo blanco) presente en el tejido linfático y la sangre que ayuda al sistema inmunitario a combatir el cáncer y las infecciones. Los tipos principales son los linfocitos B (células B) y los linfocitos T (células T).

**Melanocitos:** célula de la piel y los ojos que produce y contiene el pigmento llamado melanina, que da a la piel su color bronceado o marrón. La melanina protege las capas más profundas de la piel de algunos efectos nocivos del sol.

**Tumor microsateletal:** células que se han propagado muy cerca del tumor primario y que solo pueden verse con un microscopio.

**Pigmento:** sustancia que da color. En el organismo, el pigmento melanina da color a la piel, los ojos y el cabello.

**Tumor satelital:** grupo de células tumorales en una zona cercana al tumor primario (original). En el melanoma, los tumores satelitales se producen cerca del tumor primario (a menos de 2 centímetros), sobre o bajo la piel, y pueden verse sin microscopio.

**Factor de protección solar (FPS):** Escala de calificación de los productos de protección solar que indica durante cuánto tiempo el producto brinda protección contra las quemaduras solares. Cuanto mayor sea el número de FPS, más protección proporcionará.

**Tópico:** Se refiere a la medicación aplicada sobre la piel o las mucosas, normalmente en forma de pomada, crema, gel, etc.

**Microambiente tumoral:** área que rodea y sostiene a un tumor. Está formada por células tumorales, células normales, células inmunitarias y vasos sanguíneos.

**Radiación ultravioleta (UV):** los rayos invisibles del sol, las camas bronceadoras y las lámparas solares que pueden causar quemaduras solares, envejecimiento prematuro de la piel, melanoma y otros cánceres de piel y problemas oculares.

Algunas definiciones son cortesía del sitio web del Instituto Nacional del Cáncer ([www.cancer.gov](http://www.cancer.gov))

# Los avances en la investigación conducen a mejores resultados

**E**l panorama del tratamiento del melanoma ha cambiado drásticamente en los últimos 10 años. La investigación y los ensayos clínicos han dado lugar a opciones de tratamiento más eficaces, lo que ofrece a los pacientes más esperanza. La gente sobrevive más tiempo tras un diagnóstico de melanoma y disfruta de una mayor calidad de vida.

Es esencial que comprenda las opciones disponibles para tratar su melanoma. Trabajar estrechamente con su equipo médico para conocer sus opciones y mantener conversaciones sinceras sobre cada opción y los posibles efectos secundarios le será de ayuda para sentirse más a gusto con las decisiones de tratamiento que tome.

## ASPECTOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO

El tratamiento del melanoma se centra en varios factores, entre los que se incluyen si es un tratamiento local (limitado a una zona específica) o sistémico (que viaja a otras partes del cuerpo), la vía de administración (inyección, infusión o por vía oral en forma de pastillas), si se administra antes o después de la cirugía y el orden en que se administra.

- Los tratamientos locales se dirigen a zonas específicas del cuerpo e incluyen cirugía y, ocasionalmente, radioterapia. Algunos tratamientos consisten en inyectar el fármaco directamente en la lesión o en aplicarlo de forma tópica en la piel próxima al melanoma.
- Los tratamientos sistémicos, incluidos los tratamientos farmacológicos como la terapia dirigida, la inmunoterapia y la quimioterapia, viajan a través del torrente sanguíneo. Pueden ayudar a destruir las células de melanoma que pueden estar ocultas en otros lugares, como el hígado, los pulmones o los huesos. Estas células cancerosas ocultas suelen ser demasiado pequeñas para detectarlas con pruebas de laboratorio o estudios de imagen.
- El tratamiento oral se administra en forma de pastillas.
- Antes de la cirugía se administra un tratamiento neoadyuvante para reducir el tamaño del tumor de modo que pueda extirparse con mayor facilidad o seguridad mediante cirugía.
- El tratamiento adyuvante se administra después del tratamiento primario, que suele ser la cirugía.
- La terapia de primera línea es el primer tratamiento que se administra.
- La terapia de segunda línea se administra cuando la terapia de primera línea no funciona, deja de ser eficaz o tiene efectos secundarios que no se toleran bien.

La mayoría de las personas recibirán más de un tipo de tratamiento. A continuación se describen algunos tipos comunes de tratamiento.

## CIRUGÍA

La cirugía suele ser el primer tratamiento utilizado para los melanomas locales y regionales en estadio temprano y también se utiliza para algunos melanomas metastásicos. A menudo, la cirugía es el único tratamiento necesario.

Los dos tipos principales de cirugía para el melanoma son los siguientes:

- Se utiliza una escisión amplia para extirpar el melanoma y una porción adicional de tejido de aspecto normal, que se denomina margen quirúrgico (véase la figura 1). Cuanto más grueso sea el melanoma, mayor será el margen quirúrgico necesario. Un patólogo examinará cuidadosamente al microscopio el tejido extraído del margen para determinar si queda alguna célula cancerosa. Si los márgenes contienen células cancerosas, puede ser necesaria una cirugía adicional.
- La disección de los ganglios linfáticos es un tipo de cirugía que, en algunos casos, se realiza para extirpar los ganglios linfáticos de la región después de una biopsia si los resultados patológicos muestran una propagación del melanoma (metástasis) en el ganglio linfático centinela (véase *Comprender su diagnóstico*, página 6). Al final de la intervención, es probable que el cirujano coloque

drenajes en la zona para recoger cualquier resto de sangre o líquido de la región donde se extirparon los ganglios linfáticos. A continuación, se cerrará la incisión y se cubrirá la herida con un apósito. Su equipo médico le dará información para el cuidado de la incisión y el drenaje, si fuera necesario.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

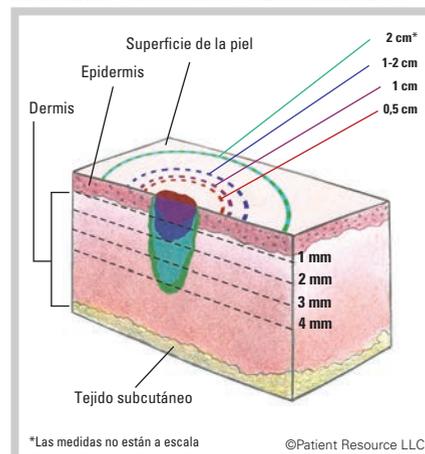
Los fármacos son un tipo de terapia sistémica que se utiliza para destruir las células cancerosas, impedir la progresión o ralentizar el crecimiento del cáncer. El tratamiento farmacológico puede administrarse por vía intravenosa (IV) a través de una vena, por vía subcutánea en la piel o por vía oral, y puede utilizarse solo o en combinación con otros tratamientos farmacológicos u otras opciones de tratamiento (véase la figura 2).

La mayoría de los tratamientos farmacológicos están aprobados para el melanoma irreseccable (inoperable) y metastásico, que se ha propagado a otros órganos. Sin embargo, también se ha avanzado en el tratamiento de los estadios más tempranos del melanoma, como los estadios II y III. Los tratamientos farmacológicos están aprobados como terapia de primera y segunda línea. La elección del momento y el tipo de tratamiento farmacológico depende del estadio del melanoma, del riesgo de recidiva, de si hubo tratamiento previo y de si hubo tratamiento neoadyuvante o adyuvante. Actualmente, la inmunoterapia y las terapias dirigidas pueden utilizarse como terapia de segunda línea para los estadios II y III.

Los tratamientos farmacológicos utilizados para tratar el melanoma incluyen:

**Terapia dirigida**, en la que se utilizan fármacos u otras sustancias para identificar y atacar tipos específicos de células cancerosas. A diferencia de

**FIGURA 1**  
**MÁRGENES QUIRÚRGICOS RECOMENDADOS**



\*Las medidas no están a escala

©Patient Resource LLC

**FIGURA 2**  
**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SISTÉMICO**



©Patient Resource LLC

la quimioterapia, que ataca tanto a las células sanas como a las cancerosas, la terapia dirigida está diseñada para afectar únicamente a las células cancerosas. Los fármacos de terapia dirigida aprobados para el melanoma se conocen como inhibidores de la transducción de señales, que bloquean la comunicación entre moléculas. El bloqueo de las señales puede acabar con algunos cánceres. Los fármacos de terapia dirigida pueden administrarse solos o en combinación con otros tratamientos farmacológicos. Las terapias dirigidas, administradas por vía oral, pueden utilizarse para tratar melanomas en estadios III y IV que sean inoperables o metastásicos.

Se han encontrado varias mutaciones (anomalías) en genes y proteínas del melanoma para las que existen terapias dirigidas aprobadas. Una de las mutaciones más comunes en pacientes con melanoma afecta el gen *BRAF*. Esta mutación puede hacer que las células del melanoma produzcan proteínas que favorecen el crecimiento del cáncer. Un tipo de terapia dirigida conocida como inhibidor de *BRAF* puede utilizarse como parte de un régimen de tratamiento para melanomas con esta mutación. Los inhibidores de *BRAF* atacan directamente a la proteína *BRAF* y pueden reducir o frenar el crecimiento de los tumores en melanomas que se han propagado o que no pueden extirparse por completo.

Otro objetivo es la proteína *MEK*. Los fármacos que bloquean las proteínas *MEK* se denominan inhibidores de *MEK* y también pueden utilizarse como parte de un régimen para tratar melanomas con mutaciones *BRAF*.

Para los pacientes con una mutación *BRAF*, los médicos podrían prescribir una combinación de un inhibidor de *BRAF* y *MEK*.

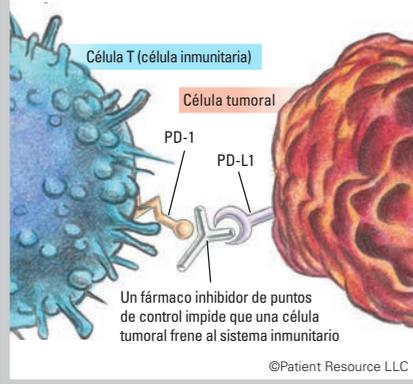
Otra mutación que se encuentra en algunos melanomas es el gen *NTRK*. El tratamiento aprobado para esta mutación se considera agnóstico al tumor porque está aprobado para tratar la fusión del gen *NTRK* independientemente del tipo de cáncer o de dónde se encuentre en el cuerpo.

En algunos melanomas poco frecuentes se ha encontrado una mutación en el gen *KIT* que puede tratarse con inhibidores de *KIT*.

La **inmunoterapia** ayuda al propio sistema inmunitario del organismo a reconocer y destruir las células cancerosas. Mediante el entrenamiento del sistema inmunitario para responder al cáncer, esta estrategia tiene el potencial de una respuesta que puede prolongarse más allá del fin del tratamiento. La mayoría se administra por vía intravenosa (IV), pero algunas pueden utilizarse como tratamiento local tópico. La inmunoterapia puede administrarse como tratamiento primario, también conocido como terapia de primera línea, para los melanomas que no pueden extirparse quirúrgicamente o que son metastásicos. Algunos fármacos de inmunoterapia pueden combinarse y utilizarse como tratamiento de segunda línea para pacientes que no han respondido bien a la inmunoterapia inicial.

### FIGURA 3 INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO

La respuesta inmunitaria se controla con puntos de control, que son los "frenos" del sistema inmunitario. Si los puntos de control PD-1 y PD-L1 se conectan, el sistema inmunitario se ralentiza y se vuelve menos eficaz a la hora de encontrar y atacar las células cancerosas. Los inhibidores de puntos de control inmunitario impiden que PD-1 y PD-L1 se conecten, lo que permite al sistema inmunitario seguir trabajando duro para eliminar las células cancerosas.



Las inmunoterapias aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. incluyen anticuerpos monoclonales (AcM), como los inhibidores de puntos de control inmunitario, así como citocinas, inmunomoduladores, virus oncolíticos, terapia con linfocitos infiltrantes tumorales (LIT) y un acoplador biespecífico de células T.

Los anticuerpos monoclonales (AcM) son anticuerpos fabricados en un laboratorio que se dirigen a antígenos tumorales específicos que se encuentran en las células cancerosas. Algunos AcM marcan las células cancerosas para que el sistema inmunitario las reconozca mejor y las destruya. Otros AcM acercan las células T, un tipo de glóbulos blancos, a las células cancerosas, lo que permite que las células inmunitarias las eliminen. También pueden transportar fármacos para el cáncer, partículas de radiación o citocinas de laboratorio (proteínas que permiten que las células se envíen mensajes entre sí) directamente a las células cancerosas.

Los inhibidores de puntos de control inmunitario son un tipo de AcM que ayuda al sistema inmunitario a reconocer mejor que las células del melanoma son extrañas al organismo, lo que permite a las células inmunitarias destruir mejor el cáncer (véase la figura 3). Los inhibidores de puntos de control inmunitarios son anticuerpos monoclonales que bloquean los receptores de PD-1 (proteína de muerte celular programada 1), PD-L1 (ligando de muerte celular programada 1) y CTLA-4 (antígeno linfocitario citotóxico 4), e inhiben así su señal de activación a la célula. Pueden administrarse por vía intravenosa o por inyección subcutánea.

Las **citocinas** son sustancias segregadas por determinadas células del sistema inmunitario que refuerzan todo el sistema inmunitario. Pueden usarse solas o combinadas con otros tratamientos para producir respuestas inmunitarias mayores y más duraderas. Las citocinas ayudan a la comunicación entre las células inmunitarias y juega un papel importante en la activación total de una respuesta inmunitaria. Este enfoque funciona mediante la introducción de gran cantidad de citocinas de laboratorio al sistema inmunitario para fomentar respuestas inmunitarias no específicas como terapia sistémica.

Las interleucinas ayudan a controlar la activación de ciertas células inmunitarias para destruir mejor el cáncer.

En la **inmunoterapia con virus oncolíticos** se utilizan virus que infectan directamente las células tumorales para provocar una respuesta inmunitaria. Generalmente se administra como tratamiento local mediante inyección directamente en el tumor.

La **terapia con linfocitos infiltrantes tumorales (LIT)** pertenece a una clase de inmunoterapia conocida como terapia celular adoptiva. Utiliza los propios linfocitos del paciente (un tipo de glóbulo blanco) como tratamiento contra el cáncer. Algunos linfocitos pueden reconocer un tumor como anormal y penetrar en él. La terapia LIT consiste en extraer estos linfocitos

Continúa en la página 10

## Sea puntual al tomar sus medicamentos

Algunos pacientes de melanoma tienen la opción de tomar los medicamentos de la terapia dirigida en la comodidad de su hogar. Estas terapias suelen ser medicamentos orales que usted es responsable de tomar puntualmente cada vez, lo que también se conoce como cumplimiento del tratamiento farmacológico. Tomar la medicación correctamente es importante porque puede influir en la eficacia del tratamiento y en el manejo de los efectos secundarios.

Si los medicamentos no se toman exactamente según lo prescrito, las consecuencias pueden ser efectos secundarios innecesarios o no aliviados, visitas al médico, hospitalizaciones e incluso la progresión del cáncer. Antes de iniciar el tratamiento, hable con su médico sobre cómo y cuándo tomar los medicamentos. Puede ser un reto acordarse de tomarlos, sobre todo si su plan de tratamiento le resulta abrumador o le causa confusión. No tema pedir ayuda para controlar su tratamiento en casa.



específicos del tumor del paciente, multiplicarlos en un laboratorio y luego reintroducirlos en el paciente para ayudar a destruir las células cancerosas. Está aprobada como terapia de segunda línea para melanomas que no pueden extirparse mediante cirugía o melanomas metastásicos que hayan sido tratados previamente con un inhibidor de puntos de control inmunitario.

Recientemente se aprobó un **acoplador biespecífico de células T** para el melanoma uveal inoperable o metastásico. Se dirige al antígeno leucocitario humano (HLA, por sus siglas en inglés) y se adhiere a una célula T, que forma parte de su sistema inmunitario (véase la figura 4). Este tratamiento ayuda al sistema inmunitario a encontrar y eliminar mejor las células cancerosas.

En la **quimioterapia** se utilizan potentes fármacos para destruir las células que se multiplican rápidamente por todo el organismo. Rara vez se utiliza como tratamiento único. Cuando se utiliza, suele formar parte de una combinación de otros tratamientos farmacológicos o en caso de que todos los demás tratamientos farmacológicos hayan fracasado. Se aprobó una nueva quimioterapia para el melanoma uveal que se ha propagado al hígado.

## RADIOTERAPIA

En la radioterapia se utilizan radiaciones de alta energía para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. Aunque la radioterapia no suele emplearse para tratar el melanoma original, puede administrarse en las zonas en las que se extirparon quirúrgicamente los ganglios linfáticos o después de la cirugía para extirpar el melanoma si se considera que el riesgo de recidiva es alto.

También puede administrarse para aliviar los síntomas relacionados con la propagación del melanoma, en particular a los huesos o el cerebro. Cuando se administra en el cerebro, puede utilizarse la radioterapia total o la radioterapia estereotáctica localizada. La radiación estereotáctica se administra en una zona específica del cuerpo a una dosis elevada.

Los tipos de radiación utilizados incluyen la radioterapia de haz externo, en la que se utiliza una máquina situada fuera del cuerpo para enviar la radiación hacia el cáncer, la radioterapia de intensidad modulada, la radioterapia guiada por imágenes y la radiocirugía estereotáctica o radioterapia estereotáctica.

## ENSAYOS CLÍNICOS

Los avances en el tratamiento del melanoma se deben a los ensayos clínicos. Se investigan continuamente nuevas terapias y los ensayos clínicos necesitan voluntarios. Pregunte a su médico si debe considerar esta opción como un tratamiento de primera línea o en cualquier otro momento del tratamiento (véase *Ensayos clínicos*, página 11).

## COMPRENDER LA RESISTENCIA

Los recientes avances en las terapias han cambiado las reglas del juego en el tratamiento del melanoma. Sin embargo, se sabe que el cáncer puede volverse resistente a estas terapias. Esto significa que la enfermedad puede dejar de responder tras un tratamiento prolongado.

Se cree que la resistencia se desarrolla cuando algunas células cancerosas sobreviven después de haber sido tratadas. Las células cancerosas que sobreviven al tratamiento se recuperan y comienzan a crecer y dividirse nuevamente, a menudo con nuevos cambios genéticos que el tratamiento inicial no está diseñado para atacar. Se está investigando para comprender cómo y por qué se desarrolla la resistencia y encontrar formas de prevenirla o ralentizarla para prolongar la eficacia de la terapia original.

Si se ha producido resistencia, pueden realizarse nuevas pruebas para determinar si se han desarrollado nuevas alteraciones genéticas. Si se detectan, es posible que exista un fármaco diferente para tratarla. Hable con su médico sobre la posibilidad de desarrollar resistencia a cualquier inmunoterapia o terapia dirigida que pueda tomar.

## RECIDIVA O MELANOMA SECUNDARIO

A pesar del éxito del tratamiento, el melanoma puede reaparecer meses o años después. Conocido como recidiva, el melanoma puede volver a aparecer en la misma zona que el melanoma original, en la piel o los tejidos circundantes, en los ganglios linfáticos o en otros lugares del cuerpo (lo que se conoce como recidiva a distancia).

Una vez que ha tenido un melanoma, corre el riesgo de tener un segundo melanoma. Un nuevo melanoma puede aparecer en cualquier parte de su cuerpo que no esté relacionada con el melanoma original. Acudir a las citas de seguimiento y realizar exámenes de la piel son importantes para detectar a tiempo una recidiva, de modo que el tratamiento pueda comenzar lo antes posible (véase *Atención de seguimiento*, página 14). ■

## LA VOZ DE UN SOBREVIVIENTE >>> Kathy Sallee



“Mi mejor consejo para otras personas a las que les han diagnosticado cáncer de piel es que entiendan su enfermedad y los tratamientos disponibles para que puedan tomar buenas decisiones por sí mismas. Y, por supuesto, consejo a todos que eviten exponerse al sol sin protección y que eviten las camas solares. No merece la pena arriesgar la vida por un buen bronceado.”

## PALABRAS QUE DEBEMOS CONOCER

Algunos de los términos de tratamiento que utiliza su equipo médico pueden resultar confusos. Estas explicaciones pueden ser de ayuda para contar con más información a la hora de tomar las importantes decisiones que lo/la esperan.

La **terapia de primera línea** es el primer tratamiento utilizado.

La **terapia de segunda línea** es la que se indica cuando la de primera línea no funciona o ya no es eficaz.

El **tratamiento estándar** se refiere a los tratamientos ampliamente recomendados y conocidos para el tipo y estadio de cáncer que usted tiene.

La **terapia neoadyuvante** es la que se administra para reducir el tamaño de un tumor antes del tratamiento primario (normalmente cirugía).

La **terapia adyuvante** es un tratamiento adicional contra el cáncer que se administra después del tratamiento primario (normalmente cirugía o radioterapia) para destruir las células cancerosas restantes y reducir el riesgo de que el cáncer reaparezca.

Los **tratamientos locales** se dirigen a un órgano específico o a una zona limitada del cuerpo e incluyen cirugía y radioterapia.

Los **tratamientos sistémicos** viajan por todo el cuerpo y suelen consistir en tratamientos farmacológicos, como la quimioterapia, la terapia dirigida y la inmunoterapia.

*In situ* se refiere al lugar original del cáncer. Por ejemplo, en el carcinoma *in situ* (cáncer en estadio 0), las células anormales solo se encuentran en el lugar donde se formaron por primera vez. No se han propagado.

**Progresión** significa que el cáncer crece o se propaga sin desaparecer tras el tratamiento.

La **supervivencia sin progresión** es el tiempo durante y después del tratamiento del cáncer que un paciente vive con la enfermedad, pero sin empeorar.

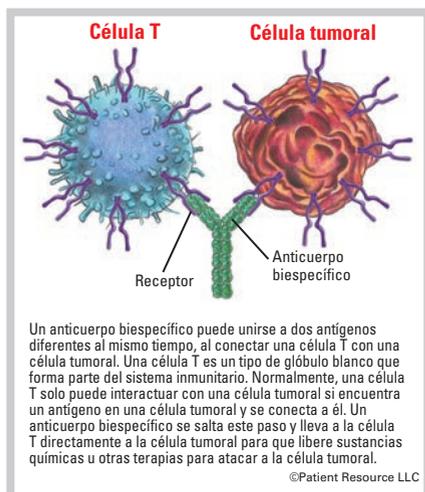
**Respuesta parcial** significa que el cáncer ha respondido al tratamiento pero sigue presente.

**Respuesta completa** es la desaparición de todos los signos de cáncer en respuesta al tratamiento. No siempre significa que el cáncer se haya curado.

La **recidiva ganglionar** se produce cuando el melanoma reaparece en los ganglios linfáticos.

La **supervivencia global** es la cantidad de tiempo que sobrevive un paciente tras su diagnóstico o el inicio del tratamiento.

FIGURA 4  
ACOPLADOR BIESPECÍFICO DE CÉLULAS T



# Comprender los fundamentos de los ensayos clínicos

**C**ada avance en el tratamiento del melanoma es el resultado de un ensayo clínico. Conocidos como ensayos de tratamiento, estos estudios de investigación evalúan lo bien que funciona una intervención, como un fármaco o una combinación de fármacos, un dispositivo, un procedimiento, un sistema de administración o una estrategia, en comparación con el tratamiento estándar actual. Además de tener acceso a un tratamiento que de otro modo podría no estar disponible, los participantes que se presentan de manera voluntaria para los ensayos clínicos prestan un gran servicio. Están contribuyendo al futuro de la atención oncológica.

Sin embargo, como ocurre con cualquier tratamiento oncológico, los ensayos clínicos presentan riesgos potenciales. Antes de considerar los ensayos clínicos como una opción de tratamiento, es esencial informarse adecuadamente para tomar una decisión.

## SEGURIDAD

Los ensayos clínicos se diseñan con estrictas medidas de seguridad establecidas y aplicadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos. Aunque muchos ensayos se centran en el desarrollo de nuevos tratamientos, la mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer incluyen tratamientos que ya están aprobados, a veces solos y a veces en combinación con nuevas terapias. Además, se siguen múltiples directrices y normativas para garantizar la protección de todos los participantes en los ensayos clínicos durante todo el proceso. Esto se hace a través de varios niveles de protección y un conjunto de reglas llamado protocolo. Todas las clínicas, hospitales, universidades, centros oncológicos y consultorios médicos participantes, independientemente de su tamaño o ubicación, deben seguir el mismo protocolo.

## MOMENTO

A menudo se piensa en los ensayos clínicos son una última opción, algo que se intenta solo después de que todos los demás tratamientos hayan fracasado. Sin embargo, esto no es verdad. Dependiendo del diagnóstico, puede considerarse un ensayo clínico como tratamiento de primera línea. Si su médico aún no ha hablado con usted sobre los ensayos clínicos, méncionelo. Merece conocer todas sus opciones de tratamiento.

## BÚSQUEDA DE UN ENSAYO

Muchos ensayos clínicos tienen lugar al mismo tiempo, por lo que es difícil que su médico esté al corriente de todos ellos. Al mismo tiempo que su equipo médico explora ensayos potenciales, usted también puede buscarlos en línea. Antes de empezar, tenga a mano su diagnóstico exacto, el informe de patología y los

detalles de sus tratamientos contra el cáncer actuales o anteriores para ayudar a determinar si cumple los criterios básicos de elegibilidad. Entonces, comience por utilizar la lista de centros de ensayos clínicos que figura a continuación. Su médico puede recomendarle otros sitios. Si encuentra un ensayo que le interese, coméntelo con su equipo médico.

## LOCALIZACIÓN

No es necesario vivir cerca de un gran centro oncológico para participar en un ensayo clínico. En realidad, hay ensayos en todo el país: en centros oncológicos de renombre nacional de las principales ciudades, centros médicos universitarios, hospitales regionales e incluso consultorios de oncólogos. Y, gracias a los avances tecnológicos, hoy en día en muchos ensayos se utiliza la telemedicina, por lo que no siempre es necesario desplazarse para acudir a las citas o firmar el formulario de consentimiento informado en persona.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si encuentra un ensayo, se le entregará un documento llamado Consentimiento Informado. En el consentimiento informado se explica detalladamente el protocolo de ese ensayo clínico, incluidos los criterios de elegibilidad del ensayo, las pruebas y los procedimientos, los medicamentos y las dosis, los posibles efectos secundarios, el calendario para acomodar las pruebas y las citas que se requieren para el ensayo, y la duración del estudio. Se le pedirá que lea y firme el formulario de consentimiento informado antes de seguir adelante con el ensayo. Es importante tener en cuenta que incluso después de firmar y comenzar el ensayo, puede retirarse en cualquier momento, por cualquier motivo.

Gracias a estos estudios se siguen logrando grandes avances en el tratamiento del melanoma, y

## LA VOZ DE UN SOBREVIVIENTE >>> Bob Heffernan



**«Nunca tenga miedo de la investigación, especialmente si padece un tipo de cáncer poco frecuente. Los investigadores están en constante comunicación y suelen conocer los avances en desarrollo mucho antes que su oncólogo. Es importante seguir adelante tanto como sea posible porque nunca se sabe cuándo se descubrirá el próximo avance. Me uní al ensayo clínico de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) para un tratamiento revolucionario que incluía linfocitos infiltrantes tumorales (LIT), que son células inmunitarias que se desplazan desde la sangre hasta un tumor para intentar atacarlo.»**

la investigación continua es esencial para aprender más sobre la prevención y la cura. Actualmente se están llevando a cabo ensayos clínicos centrados en el melanoma en los que se investigan terapias dirigidas, inmunoterapias, terapia con células T CAR, vacunas y otras. Pregunte a su médico si debe considerar la posibilidad de participar en un ensayo clínico en cualquier momento de su tratamiento. ■

## MITOS y REALIDADES

Los mitos sobre los ensayos clínicos pueden influir fácilmente en la decisión de una persona a la hora de explorar esta posible opción de tratamiento. Vea a continuación algunos mitos desmentidos.

**MITO:** Los participantes pueden recibir un placebo ("píldora de azúcar").

**REALIDAD:** Los placebos rara vez se utilizan en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Los participantes nunca recibirán un placebo en lugar de tratamiento.

**MITO:** Los participantes son tratados como "coneillos de indias".

**REALIDAD:** La mayoría de los participantes en ensayos clínicos afirman haber tenido una buena experiencia y sentirse tratados con respeto y dignidad.

**MITO:** Los ensayos clínicos son el último recurso.

**REALIDAD:** Es habitual que muchas personas se sientan así, pero hoy en día los ensayos están abiertos a pacientes en todos los estadios de la enfermedad. Dependiendo del diagnóstico, puede considerarse un ensayo clínico como tratamiento de primera línea.

**MITO:** El costo del tratamiento de un ensayo clínico no está cubierto por el seguro médico.

**REALIDAD:** Muchas aseguradoras cubren los costos normales del tratamiento en ensayos clínicos contra el cáncer, y algunos estados tienen cobertura obligatoria. Además, Medicare cubre la mayor parte de los costos de la atención en un ensayo clínico.

## RECURSOS PARA ENSAYOS CLÍNICOS

- ▶ [Clinicaltrials.gov](http://Clinicaltrials.gov) ..... [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)
- ▶ [National Cancer Institute](http://NationalCancerInstitute) ..... [www.cancer.gov/clinicaltrials](http://www.cancer.gov/clinicaltrials), 800-422-6237

# Sea proactivo en el manejo de los efectos secundarios

**U**no de los temores más comunes con respecto al tratamiento del cáncer son los posibles efectos secundarios. Aunque la mayoría de los cánceres y sus tratamientos provocan efectos secundarios, estará rodeado de un equipo médico que lo/la ayudará a controlar los síntomas desde el momento en que reciba el diagnóstico. Le recomendamos que hable con su equipo médico antes de iniciar el tratamiento sobre los posibles efectos secundarios y qué hacer si se producen.

Comunicar honestamente cómo se siente, tanto física como emocionalmente, es un paso importante que puede dar. Cuanto antes comparta sus preocupaciones, más rápidamente podrán ser abordadas. También es importante hablar con sinceridad con su familia, su cuidador y su equipo médico sobre los efectos secundarios que tiene y su nivel de gravedad.

## EFFECTOS SECUNDARIOS FÍSICOS COMUNES

Algunos efectos secundarios físicos pueden ser perturbadores, mientras que otros son una molestia (véase la tabla 1). Pregunte a su médico cómo puede reconocer los síntomas, cuándo pueden aparecer y cómo puede ayudar a controlarlos. Controlar los efectos secundarios le permite seguir el tratamiento sin interrupciones, facilita que su organismo lo asimile y, en general, mejora su bienestar.

Quizá le reconforte saber que las personas suelen responder de manera diferente a los mismos tratamientos, por lo que es importante que comente con su médico los efectos secundarios que puede experimentar. Llevar un registro de sus efectos secundarios ayuda a su médico a controlarlos mejor.

## EFFECTOS SECUNDARIOS POTENCIALMENTE GRAVES

Algunos de los tratamientos farmacológicos utilizados pueden ir acompañados de efectos secundarios que pueden llegar a ser graves y potencialmente mortales. Asegúrese de saber con quién ponerse en contacto y cómo, especialmente fuera del horario laboral. Póngase en contacto con la persona adecuada de inmediato si experimenta cualquier síntoma. Es necesario un tratamiento rápido para evitar que estos síntomas sean mortales.

No todos los efectos secundarios potencialmente

graves son reconocibles. Algunos solo se identifican en los resultados de los análisis de laboratorio y de las pruebas de imagen, por lo que es crucial que se mantenga al día con sus citas de seguimiento para su control. Algunos efectos secundarios potencialmente graves son los siguientes:

Con ciertos fármacos inmunoterapéuticos, pueden darse **reacciones adversas mediadas por el sistema inmunitario** (irAE, por siglas en inglés). Pueden ocurrir si el sistema inmunitario se ve sobreestimulado por el tratamiento y causa inflamación en uno o más órganos o sistemas en el cuerpo (véase la tabla 2). Algunas irAE pueden avanzar rápidamente y tornarse graves e incluso mortales sin una atención médica rápida.

Algunos irAEs pueden detectarse precozmente durante las pruebas rutinarias de laboratorio y por imágenes, incluso antes de que pueda sentir los síntomas, lo que hace que sea crucial cumplir el calendario de todas las citas médicas. Póngase en contacto con su equipo médico si surgen síntomas entre las citas, y esté alerta a la posibilidad de que aparezcan irAE hasta por dos años después de finalizar la inmunoterapia.

Puede haber una **infección** como resultado de una cirugía, un bajo recuento de glóbulos blancos (neutropenia/leucopenia) u otros factores. Comuníquese de inmediato con su médico, no espere hasta mañana, si tiene alguno de estos síntomas: temperatura oral superior a 100,4 °F [38 °C], escalofríos o sudor; dolores corporales, escalofríos y fatiga general con o sin fiebre; tos, falta de aliento o dificultad para respirar; dolor abdominal; dolor de garganta, inflamaciones en la boca; enrojecimiento, dolor o hinchazón en la piel; pus o supuración en algún corte o herida abiertos; dolor o ardor al orinar; dolor o inflamación anal o secreción y picazón vaginal.

Las **reacciones relacionadas con la infusión** ocurren con mayor frecuencia con los tratamientos con fármacos, incluida la inmunoterapia, administrados por vía intravenosa (IV), a través de una vena en el brazo, por lo general inmediatamente

TABLA 1  
ALGUNOS EFECTOS SECUNDARIOS COMUNES DEL TRATAMIENTO DEL MELANOMA \*

Efecto secundario	Descripción o síntomas
Dolor abdominal	Calambres, dolores sordos
Estreñimiento	El estreñimiento se caracteriza por la dificultad para evacuar las heces o por la menor frecuencia de las deposiciones en comparación con los hábitos de defecación habituales
Disminución del apetito	Comer menos de lo habitual, sentirse lleno después de comer lo mínimo, no sentir hambre
Diarrea	Frecuentes deposiciones blandas o acuosas que suelen ser una molestia, pero que pueden llegar a ser graves si no se tratan
Edema	Hinchazón causada por un exceso de líquido en los tejidos corporales
Fatiga	Cansancio mucho más fuerte y difícil de aliviar que el que tiene una persona por lo demás sana
Fiebre	Aumento de la temperatura corporal que podría indicar una infección
Hipertensión	Presión arterial anormalmente alta
Hipotensión	Presión arterial anormalmente baja
Linfedema	Acumulación de líquido por la extirpación de ganglios linfáticos que causa hinchazón
Náuseas y vómitos	Ganas de vomitar o vómitos
Neutropenia	Recuento bajo de glóbulos blancos que aumenta el riesgo de infección
Dolor	Dolor y molestias que se producen en los músculos, huesos, tendones, ligamentos o nervios
Fotosensibilidad	Afección en la que la piel se vuelve muy sensible a la luz solar o a otras formas de luz ultravioleta y puede quemarse con facilidad
Problemas respiratorios	Falta de aire (disnea) con o sin tos, infecciones de las vías respiratorias superiores
Reacciones cutáneas	Erupción, enrojecimiento e irritación o piel seca, escamosa o descamada que puede picar
Problemas de sueño	Incapacidad para conciliar el sueño o permanecer dormido/a, somnolencia excesiva
Pérdida de peso	Perder peso sin intentarlo

\*Estos no son todos los posibles síntomas o efectos secundarios del tratamiento del melanoma. Hable con su médico sobre cualquier efecto secundario que experimente.

## Recursos para el manejo de efectos secundarios

AIM at Melanoma proporciona hojas para el manejo de efectos secundarios para que los pacientes y cuidadores puedan reconocer y controlar sus síntomas.

Para consultar las guías de recursos para el manejo de síntomas y efectos secundarios, vaya a:

[www.aimatmelanoma.org/melanoma-learning-center/side-effect-management-guides](http://www.aimatmelanoma.org/melanoma-learning-center/side-effect-management-guides)

después de la exposición al fármaco. Las reacciones suelen ser leves, como picazón, erupción o fiebre. Otros síntomas, como temblores, escalofríos, baja presión arterial, mareos, opresión en la garganta, erupción cutánea o enrojecimiento de la piel, dificultades para respirar y pulso cardíaco irregular pueden ser graves o incluso fatales si no hay una intervención médica rápida.

El *síndrome de liberación de citocinas* (SLC) se produce cuando las células inmunitarias son estimuladas por el tratamiento y liberan demasiadas citocinas en el torrente sanguíneo. Una citocina es un tipo de proteína que fabrican ciertas células inmunitarias y no inmunitarias, y forma parte de un sistema inmunitario sano. Estas pequeñas proteínas ayudan a controlar el crecimiento y la actividad de sus células sanguíneas e inmunitarias. Algunas citocinas estimulan el sistema inmunitario y otras lo ralentizan. El SLC puede provocar fiebre alta, inflamación, fatiga y náuseas que pueden ser graves y dañar múltiples órganos. Sin un tratamiento médico rápido, el SLC puede ser mortal. ■

▲ TABLA 2

## REACCIONES ADVERSAS MEDIADAS POR EL SISTEMA INMUNITARIO (IRAE, EN INGLÉS):

Efecto secundario	irAE	Síntomas y signos
Cardiovascular	Miocarditis	Dolor de pecho, dificultad para respirar, hinchazón de las piernas, pulso acelerado, cambios en la lectura del ECG, deterioro de la función de bombeo del corazón
Endócrino	Endocrinopatías	Hipertiroidismo, hipotiroidismo, diabetes, fatiga extrema, dolores de cabeza persistentes o inusuales, cambios en la vista, cambios de humor, cambios en el ciclo menstrual
Gastrointestinal	Colitis	Diarrea con o sin hemorragia, dolor y cólicos abdominales, perforación del intestino
Hígado	Hepatitis	Piel y ojos amarillos/anaranjados (ictericia), náuseas, dolor abdominal, fatiga, fiebre, falta de apetito
Sistema nervioso	Neuropatías	Adormecimiento, hormigueo, dolor, sensación de quemazón o falta de sensibilidad en las manos y los pies, sobrecarga sensorial o aislamiento sensorial
Neurológico	Encefalitis	Confusión, alucinaciones, convulsiones, cambios de humor o comportamiento, rigidez en el cuello, fotosensibilidad extrema
Pulmonar (pulmones)	Neumonitis	Dolor de pecho, dificultad para respirar, tos o fiebre sin explicación
Renal (riñones)	Nefritis	Disminución del volumen de orina, sangre en la orina, hinchazón en los tobillos, pérdida de apetito
Piel	Dermatitis	Erupción, cambios en la piel, picazón, ampollas, llagas dolorosas

\*Sistemas corporales ordenados alfabéticamente. Hable con su médico sobre lo que puede esperar.



## » Manejo de los efectos secundarios emocionales

**Q**ue le diagnostiquen cáncer puede ser tan perturbador que afecte a su salud mental. Puede pasar de estar asustado o enfadado a estar ansioso o deprimido, a veces todo en un mismo día. No se sorprenda por la frecuencia de sus cambios de humor ni por la intensidad de sus sentimientos. Todo lo que sienta es normal, y es importante que aborde estos efectos secundarios emocionales como lo haría con los efectos secundarios físicos. Antes de que la situación resulte agobiante, averigüe cómo obtener alivio y recuerde que no está solo/a.

Aproveche los recursos a su alrededor, empezando por su familia, sus amistades y su comunidad. A través de su equipo de cuidados de apoyo puede contactar con grupos de apoyo, organizaciones de defensa, consejeros, psicólogos, psiquiatras y otros especialistas. Algunas organizaciones ofrecen programas de compañeros individuales que lo contactan con otra persona que tiene su tipo de melanoma. Puede ser reconfortante compartir sus sentimientos con personas que se sientan identificadas.

Muchas personas creen que tener una actitud positiva marca la diferencia. Incluso con las mejores intenciones, tenga en cuenta que algunos días serán más difíciles que otros. Trátese con amabilidad y acepte que está bien tener días difíciles de vez en cuando.

A continuación se exponen algunas de las emociones más comunes que puede experimentar y sugerencias para sentirse mejor. Sin embargo, es crucial que informe a su equipo médico si es incapaz de seguir el tratamiento debido a una angustia emocional extrema; tiene llanto excesivo o sentimientos continuos de desesperanza o desesperación; siente enojo o irritación inusuales; se retrae y aísla de su familia y amistades; o se siente inútil. Obtenga atención médica inmediata en caso de pensamientos de muerte o suicidio.

**La ansiedad** puede comenzar tan pronto como reciba el diagnóstico y puede aparecer y desaparecer. La ansiedad de moderada a grave suele tratarse con medicación, terapia o una combinación de ambas. Comparta sus sentimientos con un amigo de confianza o escribiendo un diario.

**La depresión** es una reacción psicológica a la situación en su conjunto. Ciertos tratamientos en curso pueden causar depresión o contribuir a ella. No evite hablar de ello con su médico porque piense que la depresión solo forma parte del cáncer, no es así. Hable con un miembro de su equipo médico si se siente desesperanzado, impotente o entumecido.

**Duda** sobre el sentido de la vida y su propósito. Algunas personas encuentran fuerza en la familia, las amistades, la comunidad o la espiritualidad. También puede ser útil abrirse a un consejero o a un grupo de apoyo.

El **miedo** al tratamiento, los efectos secundarios y su pronóstico es frecuente. Hacer planes puede resultar difícil porque cada dolor desencadena una preocupación. Rodéese de un equipo médico en el que confíe y de un sólido sistema de apoyo, y haga todo lo posible por vivir el día a día.

Puede aparecer **culpa** si siente que ha sido una carga para sus seres queridos o si se pregunta por qué ha sobrevivido cuando otras personas con condiciones similares no lo hicieron. Confíe en el apoyo de amistades íntimas y familiares que no juzguen su estado y considere la posibilidad de hablar con un terapeuta sobre estos sentimientos.

**Scanxiety** es una palabra que describe la ansiedad que puede producirse cuando se está a la espera de los resultados de las exploraciones de imágenes, pruebas de laboratorio o exámenes. Esta ansiedad por exploración puede ser extremadamente estresante, y puede ser útil encontrar formas de controlarla. Establezca expectativas con su equipo médico para saber cuándo esperar los resultados en lugar de quedarse esperando y preguntándose. Mantenga su mente ocupada con cosas que le gusten, como leer, ejercitarse, hacer trabajo social o meditar. Tener ocupaciones le da menos tiempo para preocuparse.

# Manténgase en sintonía con la salud de su piel

**C**ompletar el tratamiento de su melanoma primario es un triunfo. Usted se ha asociado con su equipo médico y ha superado el tratamiento para alcanzar este hito. Aunque es un motivo de celebración, es importante darse cuenta de que su viaje no ha terminado. Corre el riesgo de sufrir una recidiva o un nuevo melanoma, lo que hace que la atención de seguimiento sea una parte necesaria y crítica de su vida.

La recidiva se produce cuando las células del melanoma no se detectan y sobreviven al tratamiento, con lo cual se multiplican lo suficiente como para formar un tumor. Su diagnóstico original puede ofrecer algunas pistas sobre su riesgo general de recidiva. Por ejemplo, los melanomas en estadio temprano (delgados) suelen reaparecer con menos frecuencia pero durante un periodo de tiempo más largo. Los melanomas en estadios más avanzados recidivan con mayor frecuencia y en un periodo de tiempo más corto. En todos los estadios, el riesgo de recidiva suele disminuir con el tiempo, aunque nunca desaparece por completo.

Un nuevo melanoma es diferente de una recidiva. Denominado nuevo melanoma primario, es el que aparece en algún lugar de su cuerpo que no está relacionado con el melanoma original. No es extraño tener un segundo melanoma de piel debido a los mismos factores de riesgo que causaron el primer melanoma.

Usted puede tener una actitud proactiva con respecto a la salud de su piel de las siguientes maneras. Comparta también esta información con sus amistades y familiares, ya que todo el mundo necesita vigilar su piel.

## AUTOEXÁMENES

La realización de autoexámenes consiste en revisarse regularmente para detectar cualquier lunar o mancha que cambie de forma, tamaño o color. Para notar con confianza las cosas que parecen o se sienten fuera de lo normal, tiene que conocer su cuerpo. Algunos lugares son imposibles de ver por su cuenta. Pida a un ser querido o a su médico que revise esas zonas difíciles de ver.

Tenga en cuenta que aunque conocerá el aspecto que tenía el melanoma de su diagnóstico original, una recidiva o un nuevo melanoma pueden no tener el mismo aspecto. Las imágenes de la regla "ABCDE" le ayudarán a identificar las diferencias comunes entre un melanoma y un lunar inofensivo (benigno) (véase la figura 1).

El melanoma puede propagarse a los ganglios linfáticos, por lo que un autoexamen también incluye palpar alrededor en busca de cualquier bulto anormal.

Si no tiene certeza sobre algo o algo le genera preocupación, póngase en contacto con su médico de inmediato. No espere hasta su próxima cita médica programada regularmente.

## CITAS MÉDICAS PREVENTIVAS

Su médico debe proporcionarle un calendario que sea una ayuda para cumplir las citas de seguimiento. La frecuencia de las visitas se personalizará para usted, en función de lo siguiente:

- Su diagnóstico previo y estadio
- Tipo de tratamiento que recibió
- Directrices nacionales recomendadas
- Sus factores de riesgo, como una tez clara, ojos claros, pelo rubio o pelirrojo, antecedentes de quemaduras solares con ampollas, tendencia a quemarse o a tener pecas, lunares grandes o muchos lunares pequeños y antecedentes familiares de melanoma

Durante estas revisiones, su médico le realizará un examen físico completo y prestará especial atención a su piel en busca de efectos secundarios a largo plazo (denominados efectos tardíos) y de cualquier aspecto preocupante que usted mencione. Dado que el melanoma puede propagarse a los ganglios linfáticos, su médico también los examinará atentamente.

En estadios tempranos del melanoma no suelen realizarse para el seguimiento análisis de sangre, radiografías periódicas y otros estudios de imagen, pero pueden ser útiles si presenta signos o síntomas de una posible recidiva. Si tiene un riesgo mayor de que su melanoma reaparezca, su médico puede solicitarle uno o más de estos estudios de imagen:

- Radiografía de tórax
- Tomografía computarizada (TC)
- Tomografía por emisión de positrones (TEP)
- TEP/TC combinada
- Imágenes por resonancia magnética (IRM) del cerebro

## HÁBITOS SALUDABLES

Hacer de la prevención del cáncer de piel un hábito para toda la vida es una idea inteligente. A medida que sus visitas de seguimiento programadas se vayan espaciando en el futuro, podrá seguir siendo consciente de sus riesgos y de las formas en que puede ayudar a prevenir una recidiva. Algunas cosas clave que hay que recordar:

- La prevención es importante independientemente del color de su piel. Aunque el riesgo es mayor

FIGURA 1  
NORMA ABCDE: CÓMO DETECTAR UN MELANOMA

REGLA ABCDE	TUMORES BENIGNOS	MELANOMAS
<b>A</b> Asimetría	 Simétrico (ambas mitades son iguales)	 Asimétrico (una mitad es diferente de la otra)
<b>B</b> Borde	 Borde bien definido y distintivo	 Borde irregular (tiene muescas, es irregular o está borroso)
<b>C</b> Color	 Color uniforme claro u oscuro	 Irregular (tonos marrones, tostados y negros)
<b>D</b> Diámetro	 Menos de 6 mm (normalmente)	 Más de 6 mm (aproximadamente un cuarto de pulgada)
<b>E</b> En desarrollo	 Sin cambios a lo largo del tiempo	 Un cambio a lo largo del tiempo en tamaño, forma, superficie o color, como se muestra a continuación:

©Patient Resource LLC

para las personas de tez clara, todo el mundo corre el riesgo de padecer un melanoma.

- El mayor factor de riesgo es la luz ultravioleta (UV), y procede principalmente del sol.
- El bronceado en interiores es una fuente peligrosa de rayos UV, sobre todo para los más jóvenes.

## Estas son algunas formas de proteger su piel:

1. Elija un protector solar y un bálsamo labial con un FPS de al menos 30 que proteja tanto de los rayos UVA como de los UVB. Las etiquetas de los protectores solares deben decir "amplio espectro" o "multiespectro" e incluir ingredientes como el dióxido de titanio o el óxido de zinc. Aplique generosamente protector solar en toda la piel expuesta y vuelva a aplicarlo al menos cada dos horas (antes en caso de nadar o sudar). No olvide las orejas, la nuca y las partes expuestas del cuero cabelludo.
2. Limite la exposición al sol de 10 de la mañana a 4 de la tarde. Es entonces cuando los rayos UV son más potentes.
3. Lleve ropa protectora. Si se quema fácilmente con el sol, piense en prendas con un factor de protección ultravioleta (FPU).
4. Lleve un sombrero de ala ancha y gafas de sol para protegerse de los rayos UV. Aunque una gorra de béisbol no le cubrirá las orejas ni el cuello, ofrece cierta protección, y algo es mejor que nada. ■



# La prevención y la detección precoz pueden salvar vidas

**A**hora que le ha tocado vivir un diagnóstico de melanoma, considere la posibilidad de unirse a los muchos otros sobrevivientes que abogan por la concientización sobre el melanoma. No hace falta un gran gesto. Con solo hablar de las formas de reducir los riesgos y de cómo hacerse las pruebas de detección, puede contribuir a un mejor resultado para sus amistades y familiares. Avanzar empieza por informarse sobre el melanoma.

## CONOZCA LOS RIESGOS

Para muchos es difícil creer que el sol pueda ser tan peligroso, pero lo es. Es la principal fuente de rayos ultravioleta (UV), y es crucial que todos evitemos una exposición excesiva.

Sin embargo, el melanoma no solo se desarrolla en la piel expuesta al sol. También puede aparecer en la mucosa del cuerpo, una membrana que recubre muchas cavidades y conductos internos. Las mucosas húmedas del cuerpo se encuentran en las vías respiratorias; los senos paranasales, las fosas nasales y la boca; el tracto gastrointestinal, incluidos el ano y el recto; y el tracto genital femenino, incluidas la vagina y la vulva.

El melanoma y otros cánceres de piel pueden ser hereditarios, así que anime a sus familiares a prestar especial atención a lo siguiente.

## ¿QUIÉN NECESITA PROTECCIÓN SOLAR?

Eso es fácil. Todos. Una idea errónea muy extendida es que solo las personas de piel clara necesitan utilizar protección solar. Aunque es especialmente importante para las personas de tez clara, ojos claros, pelo rubio o pelirrojo y tendencia a quemarse o a tener pecas con la exposición al sol, todas las personas, independientemente del color de su piel, están en riesgo.

Aunque la piel más oscura tiene más melanina (el pigmento que da color a la piel), lo que ofrece cierta protección frente a los dañinos rayos UV, sigue siendo vulnerable y debe utilizarse protección solar. Las investigaciones muestran que cuando a las personas de piel oscura se les diagnostica un melanoma, suele ser en un estadio tardío, ya que muchas de ellas simplemente no son conscientes

de que corren ese riesgo. Si tiene la piel oscura y es consciente del riesgo pero no le gusta el residuo blanco que deja el protector solar en su piel, está de suerte. Ahora hay protectores solares con diferentes tonos para cada tipo de piel, lo que ayuda a evitar ese residuo blanquecino después de cada aplicación.

### Para obtener los beneficios del protector solar, es fundamental utilizarlo correctamente.

- Elija un protector solar con un factor de protección solar (FPS) de al menos 30. Puede ser necesario un FPS más alto para evitar quemaduras.
- Busque en la etiqueta términos como "bloquea los rayos UVA y UVB" o "de amplio espectro".
- Utilice protección solar siempre que piense estar al sol más de 15 minutos, incluso cuando esté nublado.
- Aplique una cantidad generosa (un mínimo de 1 onza [30 ml], aproximadamente la misma cantidad que en un vasito corto) al menos 30 minutos antes de la exposición al sol. Si utiliza protector solar en spray, asegúrese de cubrir toda la piel expuesta.
- No olvide aplicarlo en las orejas, el cuero cabelludo, los labios, el cuello, la parte superior de los pies y el dorso de las manos.
- Vuelva a aplicarlo al menos cada 2 horas y cada vez que salga del agua o sude mucho.
- Aplíquelo debajo del maquillaje y del bálsamo labial, incluso si ya contienen FPS.
- Aplíquese primero el protector solar y después el repelente de insectos. Puede que sea necesario volver a aplicar el protector solar más a menudo.
- Utilice protección solar en todas las estaciones, incluso cuando esté nublado. La nieve refleja hasta el 80 % de los rayos solares.

- Compruebe la fecha de caducidad de su protector solar o tírelo 1 o 2 años después de abrirlo.
- Evite el bronceado en interiores.
- Pida a su dermatólogo recomendaciones sobre protección solar si tiene alergias o afecciones cutáneas.

Recuerde que usar protección solar no significa que deba pasar más tiempo al sol. Y no confíe en el sol para aumentar sus niveles de vitamina D. Para asegurarse de que obtiene suficiente vitamina D, su médico puede comprobar sus niveles en sangre y puede sugerirle un suplemento oral.

Las quemaduras solares son solo uno de los riesgos a tener en cuenta. Algunos medicamentos pueden hacer que su piel sea más sensible al sol, lo que puede aumentar el riesgo de melanoma. Entre los riesgos menos conocidos se incluyen ciertas afecciones médicas, cicatrices, afecciones cutáneas, úlceras en la piel y un alto nivel de exposición al arsénico.

## LOS AUTOEXÁMENES SON OBLIGATORIOS, ESPECIALMENTE CON TATUAJES

La detección precoz puede ser clave para obtener mejores resultados del diagnóstico de un melanoma. Requiere muy poco esfuerzo de su parte. Solo tiene que mirar su piel. Para aquellos lugares difíciles de ver, pida ayuda a un ser querido o a un dermatólogo. Si algo parece fuera de lo normal, póngase en contacto con su médico. Parece sencillo, pero no siempre es fácil saber si algo no va bien. Para ayudar a identificar un lunar o mancha anormal, consulte la regla ABCDE en la página 14.

Si su piel presenta ciertas características, como pigmentación oscura, cicatrices, zonas constantemente irritadas o tatuajes, debe ser más diligente a la hora de realizarse autoexámenes, ya que estos pueden dificultar la detección de un lunar o mancha que no tenga buen aspecto.

Por esta razón, los artistas del tatuaje tienden a evitar poner tinta sobre lunares existentes o zonas problemáticas. Sin embargo, eso no siempre es posible. Algunos tatuajes son elaborados en cuanto a color y tamaño, como las mangas, que cubren desde la muñeca hasta el hombro y a menudo incorporan varios colores.

Si tiene uno o varios tatuajes o zonas que puedan ocultar fácilmente una irregularidad, asegúrese de realizarse autoexámenes regulares y de acudir a un dermatólogo para revisiones preventivas. ■

## AUTO EXÁMENES

Para realizar un autoexamen exhaustivo, utilice un espejo para examinar estos puntos de control clave: *cuello, pecho, torso, brazos, piernas, ingles y cara, incluida la piel que rodea los ojos, las orejas y el interior de la nariz y la boca. No olvide estas áreas que a menudo se pasan por alto:*



Cuero cabelludo



Plantas de los pies



Entre los dedos de los pies



Espalda / entre las nalgas



Axilas

©Patient Resource LLC

# Haga un plan de por vida para una salud óptima

**E**l término supervivencia se utiliza comúnmente para describir el viaje que comienza con un diagnóstico de cáncer y dura el resto de su vida. Después de completar el tratamiento, su camino cambia. Se convierte en un proceso enfocado en mantener su salud física así como su bienestar mental. Desarrolle y siga un plan de supervivencia que le sirva para centrarse en estas prioridades.

## ¿QUÉ ES UN PLAN DE SUPERVIVENCIA?

Puede considerarlo como un plan de bienestar para su vida. Quizás se pregunte si realmente necesita un plan. Después de todo, logró vivir sin él antes, ¿cierto? Sin embargo, esta situación es diferente porque hay muchos aspectos de su vida que han cambiado desde que le diagnosticaron el melanoma. Un plan de supervivencia para el melanoma incluye recursos que pueden serle de ayuda a hacer frente a los efectos físicos y emocionales a largo plazo del tratamiento; a gestionar el riesgo de recidiva o de un segundo melanoma; a abordar las preocupaciones sociales y económicas; a encontrar apoyo y recursos comunitarios y a mejorar su calidad de vida.

Su médico puede proporcionarle un plan de supervivencia. Algunos centros oncológicos ofrecen programas de supervivencia. Si ninguna de estas opciones está disponible para usted, puede crear su propio plan de supervivencia. Esta información puede ayudar a los médicos que no estén familiarizados con sus cuidados a proporcionarle la mejor atención posible en el futuro.

**Historial médico.** Es posible que pueda completar la mayor parte de la información por su cuenta, pero es importante que haga un seguimiento con su equipo médico de cada parte del plan. Incluya los siguientes componentes:

- Su diagnóstico de cáncer, incluida la fecha de diagnóstico y el tipo, estadio y localización de su cáncer, así como un historial médico completo.
- Sus tratamientos médicos, incluidos los nombres de los fármacos, las dosis, las fechas y cualquier efecto secundario; incluya la terapia de mantenimiento en curso.
- Los resultados de sus pruebas diagnósticas.
- Sus síntomas.
- Cuidados de apoyo que haya recibido, como asesoramiento emocional.
- El historial médico de su familia, incluido cualquier antecedente de cáncer.

**Equipo médico.** Incluya el nombre, cargo, número de teléfono, correo electrónico y dirección de todos los miembros. Anote también el papel

que cada persona tuvo en su atención.

**Efectos tardíos.** Los efectos tardíos son efectos secundarios que pueden durar o aparecer semanas, meses o incluso años después de finalizar su tratamiento. Asegúrese de preguntar a su equipo médico sobre los posibles signos y síntomas para poder detectarlos y controlarlos a tiempo.

**Riesgo de recidiva.** Pregunte sobre su riesgo de que el cáncer reaparezca y sobre los síntomas que pueden indicar una recidiva (véase *Atención de seguimiento*, página 14).

**Programa de seguimiento.** Esto puede incluir información sobre futuras citas, pruebas de diagnóstico y exámenes para vigilar los signos de una recidiva u otro tipo de cáncer. Incluya también cualquier otro procedimiento, como reconstrucciones, que forme parte de su plan de tratamiento general. Por ejemplo, si le extirparon un tumor más grande, un cirujano plástico puede repararlo con técnicas reconstructivas. Es importante realizar autoexámenes entre las citas de seguimiento. Ponerlas en su plan le servirá de recordatorio para hacerlas.

Si su médico no le dice con qué frecuencia debe volver para las revisiones, pregunte. Su plan de supervivencia debe estar completo para ser eficaz (véase *Atención de seguimiento*, página 14). ■

**DESCARGUE UN EJEMPLO DE PLAN DE ATENCIÓN DE SUPERVIVENCIA Y SEGUIMIENTO EN**

[PatientResource.com/SurvivorshipPlan.pdf](http://PatientResource.com/SurvivorshipPlan.pdf)

## Reintegrarse al mundo

**La idea de volver a una vida como era antes del cáncer puede ser emocionante, pero también puede dar algo de miedo. A continuación encontrará sugerencias que le serán de ayuda durante la transición.**

**Estilo de vida saludable.** Mantenerse saludable y en actividad es una parte importante de la supervivencia. Comer bien y hacer ejercicio siguen ofreciendo múltiples beneficios para la salud y ayudan a construir una base sólida para seguir adelante. Considere lo siguiente:



- Trabaje con un dietista para crear hábitos alimentarios más saludables
- Mantenga o comience un plan de ejercicios. Asegúrese de comentar su plan con su médico
- Deje de fumar y de consumir productos del tabaco
- Utilice protección solar cada vez que salga al exterior (véase *Atención de seguimiento* página 14).

**Volver al trabajo.** Es posible que haya modificado su horario de trabajo o se haya tomado una licencia durante el tratamiento. Considere la posibilidad de reanudar sus antiguas responsabilidades tal y como estaban o explore cambios que puedan hacerérselo más fácil o más cómodo. Colabore con su supervisor y consulte la Ley de Estadounidenses con Discapacidades para conocer sus derechos en el lugar de trabajo. Puede tener efectos a largo plazo que podrían requerir algunos cambios a corto plazo como los siguientes:

- Un horario flexible o reducido
- Una estación de trabajo rediseñada
- La posibilidad de trabajar desde casa
- Responsabilidades diferentes

**Volver a clases.** Manténgase en contacto con el profesorado para que sepan para cuándo pueden esperar su regreso. Considere la posibilidad de hacer una visita antes de volver a tiempo completo para ver si se puede hacer alguna adaptación, como tener tiempo adicional entre clases, tener dos juegos de libros de texto para poder quedarse con uno en casa y no participar en la clase de educación física.

Puede que volver le cause ansiedad, y eso es normal. Su escuela o lugar de trabajo pueden ofrecerle recursos de apoyo emocional y social para ayudar en su transición.



# THIS IS LIVING WITH CANCER™

**This Is Living With Cancer™** is a program developed by Pfizer Oncology that includes resources designed for all people living with cancer, regardless of cancer type or stage of disease. This program is available to anyone in the United States, whether they're currently on a Pfizer treatment or not.



## Advocacy resources

Encouragement, education and tools to help patients navigate their treatment journey.



## Nutrition, exercise and wellness tips

Articles about healthy living, exercise and dietary considerations, as well as resources on managing depression, anxiety, pain and more.



## Inspiration

Hear the real stories of people living with cancer. Their journeys may be different, but they all share strength, resilience and inspiration.



## Personalized support

Whether you're a patient or a caregiver, **This Is Living With Cancer™** is here to provide personalized support and resources that fit your needs.

Find tools to help live life beyond your diagnosis at

[ThisIsLivingWithCancer.com](https://www.thisislivingwithcancer.com)

*Financiación y apoyo de:*

