



[cancer.org](https://www.cancer.org) | 1.800.227.2345

DetECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN POR ETAPAS

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Encontrar el cáncer cuando se encuentra en sus etapas iniciales a menudo permite la posibilidad de contar con más opciones de tratamiento. En algunos casos de la enfermedad en etapa inicial surgen signos y síntomas, pero esto no siempre es así.

- [¿Se puede encontrar el cáncer de piel tipo melanoma en sus comienzos?](#)
- [Signos y síntomas del cáncer de piel tipo melanoma](#)
- [Galería sobre el cáncer de piel](#)
- [Pruebas para el cáncer de piel tipo melanoma](#)

ETAPAS Y PRONÓSTICO (PROGNOSIS)

Después del diagnóstico, la clasificación de la enfermedad según su etapa proporciona información importante sobre qué tanto se ha propagado el cáncer en el cuerpo, así como información anticipada sobre la respuesta que habrá con el tratamiento.

- [Etapas del cáncer de piel tipo melanoma](#)
- [Tasas de supervivencia del cáncer de piel tipo melanoma](#)

PREGUNTAS QUE DEBEN FORMULARSE ACERCA DEL MELANOMA

A continuación se presentan algunas de las preguntas que puede hacer a su equipo de profesionales médicos para que le ayuden a entender mejor su diagnóstico de melanoma y sus opciones de tratamiento.

- [Preguntas que deben formularse acerca del cáncer de piel tipo melanoma](#)

¿Se puede encontrar el cáncer de piel tipo melanoma en sus comienzos?

El melanoma a menudo se puede descubrir tempranamente, cuando hay mayores probabilidades de ser curado. Algunas personas tienen un mayor riesgo de padecer melanoma que otras, pero es importante saber que *cualquier persona* puede padecer melanoma.

Autoexamen de la piel

Aunque la Sociedad Americana Contra El Cáncer no provee guías para la detección temprana del cáncer de piel, familiarizarse con su piel es importante para encontrar temprano este cáncer. Usted deberá conocer el patrón de los lunares, las imperfecciones, las pecas y otras marcas que tenga en la piel para poder detectar cualquier lunar nuevo o cambio en los lunares existentes.

Muchos médicos recomiendan a sus pacientes que se examinen la piel, preferiblemente una vez al mes. Lo mejor es hacer el **autoexamen de la piel** en una habitación donde haya mucha luz y frente a un espejo de cuerpo entero. Para ayudar a ver las áreas difíciles, como la parte trasera de los muslos, use un espejo de mano. Examine todas las áreas, incluyendo las palmas de las manos y las plantas de los pies, el cuero cabelludo, las orejas, las uñas y su espalda (en los hombres, la espalda es un lugar donde comúnmente se originan los melanomas). Los amigos y los miembros de la familia también pueden ayudar con estos exámenes, especialmente cuando se trate de áreas difíciles de ver, como el cuero cabelludo y la espalda.

Para aprender más, consulte [Cómo realizar un autoexamen de piel](#)¹.

Consulte [Signos y síntomas del cáncer de piel tipo melanoma](#) para que conozca a qué debe prestar atención cuando se examine su piel. Una mancha de la piel que sea nueva o muestre cambios de tamaño, forma o color debe ser evaluada de inmediato por un médico. Asegúrese de mostrar a su médico cualquier área que le preocupe y solicite que observe las áreas que usted tenga dificultad para ver.

Examen por un profesional de la salud

Algunos médicos y otros profesionales de la salud realizan exámenes de la piel como parte de las revisiones médicas rutinarias.

Si su médico de cabecera descubre cualquier lunar inusual u otras áreas que causan sospechas, tal vez le recomiende a un dermatólogo, un médico especializado en problemas de la piel. Los dermatólogos también pueden hacer exámenes regulares de la piel. Muchos dermatólogos utilizan una técnica llamada *dermoscopia* (también conocida como dermatoscopia, *microscopia de epiluminiscencia* [ELM] o microscopia de superficie) para observar áreas de la piel con más claridad. También puede que se tome una fotografía del área. (Consulte [Pruebas para el cáncer de piel tipo melanoma](#) para más información).

Los exámenes regulares de la piel son especialmente importantes para las personas que presentan un mayor riesgo de melanoma, como personas con síndrome del nevo displásico, personas con un fuerte antecedente familiar de melanoma, y personas que han tenido melanoma en el pasado. Si usted presenta muchos lunares, su médico podría aconsejar tomar fotos de todo el cuerpo de modo que los lunares puedan ser rastreados con el pasar del tiempo y los nuevos se pueden ver más fácilmente. (A esto algunas veces se le llama *fotografía corporal total* o *mapeo de lunares*). Pregunte a su médico qué tan seguido deberá hacerse su examen de la piel.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/saludable/protejase-del-sol/examenes-de-deteccion-de-la-piel.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer de piel tipo melanoma aquí.
(www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html)²

Última revisión médica completa: agosto 14, 2019 Actualización más reciente: agosto 14, 2019

Signos y síntomas del cáncer de piel tipo melanoma

Cualquier lunar, llaga, protuberancia, imperfección, marca o cambio inusual en el aspecto o la sensación de un área de la piel podría ser una señal de melanoma u otro tipo de cáncer de piel o una advertencia de que puede producirse.

Lunares normales

Por lo general, un lunar normal es una mancha de color uniforme café, canela o negro en la piel. Puede ser plano o prominente, redondo u ovalado. Generalmente, los lunares miden menos de 6 milímetros (aproximadamente 1/4 de pulgada) de ancho (aproximadamente el ancho de una goma de lápiz). Algunos lunares pueden estar presentes al momento de nacer, pero la mayoría aparece durante la infancia o la juventud. Un médico debe examinar los lunares nuevos que aparecen más tarde en la vida de una persona.

Una vez que se ha originado un lunar, por lo general conservará el mismo tamaño, forma y color por muchos años. Eventualmente, algunos lunares pueden desaparecer.

La mayoría de las personas tienen lunares, y casi todos son inofensivos. Sin embargo, es importante reconocer los cambios en un lunar (como su tamaño, forma, color, o textura), que pueden sugerir que un melanoma se está desarrollando.

Posibles señales y síntomas del melanoma

La señal más importante para el melanoma es algún **lunar nuevo en la piel o uno**

existente que haya cambiado en tamaño, forma o color.

Otra señal importante es algún lunar que luzca distinto a los otros en su piel (conocido como el *signo del patito feo*).

Si presenta una de estas señales, acuda a su médico para una revisión de la piel.

La regla **ABCDE** es otro método para identificar las señales habituales del melanoma. Permanezca alerta y notifique a su médico si observa lunares que tengan cualquiera de las siguientes características:

- **A de Asimetría:** la mitad del lunar o marca de nacimiento no corresponde a la otra mitad
- **B de Borde:** los bordes son irregulares, desiguales, dentados o poco definidos
- **C de Color:** el color no es uniforme y pudiera incluir sombras diferentes de color marrón o negras, o algunas veces con manchas rosadas, rojas, azules o blancas
- **D de Diámetro:** el lunar mide más de 6 milímetros de ancho (alrededor de $\frac{1}{4}$ de pulgada o aproximadamente del tamaño del borrador de un lápiz), aunque los melanomas algunas veces pueden ser más pequeños que esto
- **E de Evolución:** el tamaño, la forma o el color del lunar están cambiando

Algunos melanomas no presentan estas características. Resulta importante que informe a su médico sobre cualquier cambio en su piel o nuevo lunar, o crecimientos que observe como algo distinto al resto de sus lunares.

Otras señales de advertencia son:

- Una llaga o ulceración que no sane
- Propagación del pigmento del borde de una mancha hasta la piel circundante.
- Enrojecimiento o una nueva hinchazón más allá del borde del lunar
- Cambio en la sensación (comezón, dolor a la palpación o dolor)
- Cambio en la superficie de un lunar (descamación, exudación, sangrado, o la apariencia de una protuberancia o nódulo)

Asegúrese de mostrar a su médico cualquier área que le preocupe y solicite que observe las áreas que usted tenga dificultad para ver. Algunas veces resulta difícil distinguir la diferencia entre un melanoma y un lunar ordinario, incluso para los médicos. Por lo tanto, resulta importante mostrar a su médico cualquier lunar que le resulte dudoso.

Para ver ejemplos de los lunares normales y los melanomas, visite [Galería sobre el cáncer de piel](#)¹ en nuestro sitio web.

Recuerde también, que una pequeña porción de melanomas comienza en lugares distintos a la piel, como debajo de las uñas o de un dedo del pie, dentro de la boca, o incluso en la parte coloreada del ojo (iris), por lo que es importante mostrar a un médico cualquier punto nuevo o cambiante en estas áreas también.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel/galeria-de-imagenes-del-cancer-de-piel.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer de piel tipo melanoma aquí. (www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html)²

Última revisión médica completa: agosto 14, 2019 Actualización más reciente: agosto 14, 2019

Pruebas para el cáncer de piel tipo

melanoma

La mayoría de los melanomas se traen a la atención del médico cuando la persona presenta [signos o síntomas](#).

Si usted tiene un área anormal en su piel que podría ser cáncer, su médico la examinará y puede ordenar pruebas para saber si se trata de melanoma, otro tipo de cáncer de piel, o alguna otra afección de la piel. Si se encuentra melanoma, se pueden hacer otras pruebas para saber si se ha propagado a otras áreas del cuerpo.

Antecedentes médicos y examen médico

Por lo general, su médico comenzará preguntándole acerca de sus síntomas. El médico querrá saber cuándo apareció la marca por primera vez en la piel, si ha cambiado de tamaño o aspecto, y si ha causado dolor, comezón o sangrado. También puede preguntar sobre sus posibles factores de riesgo para el cáncer de piel tipo melanoma, como su historial de quemaduras y bronceados, y si usted o algún miembro de su familia ha tenido melanoma o cualquier otro tipo de cáncer de piel.

Durante el examen médico, su doctor observará el tamaño, la forma, el color y la textura del área en cuestión, y si esta sangra, supura o se descama. Se le examinará el resto del cuerpo para ver si tiene lunares y otras manchas que podrían estar relacionados con el cáncer de piel (u otras afecciones de la piel).

El médico podría también examinar los ganglios linfáticos (pequeños grupos del tamaño de un fríjol de células inmunitarias) debajo de la piel en el cuello, en las axilas, o la ingle cerca del área que presenta la anomalía. Cuando el melanoma se propaga, a menudo alcanza primero los ganglios linfáticos adyacentes, provocando que aumenten en tamaño.

Si su médico primario le examinó y sospecha un melanoma, se le recomendará un dermatólogo, un médico especializado en enfermedades de la piel, quien examinará el área con más detenimiento.

Junto con el examen físico convencional, muchos dermatólogos utilizan una técnica llamada dermoscopia (también llamada dermatoscopia, microscopia de epiluminiscencia [ELM] o microscopia de superficie) para observar áreas de la piel con más claridad. El médico usa un dermatoscopio que tiene lentes de ampliación y una fuente de luz que se coloca cerca de la piel. A veces se aplica una capa delgada de aceite o alcohol durante la utilización de este instrumento. Puede que el médico tomé

una fotografía digital del lugar.

Biopsia de piel

Si el médico cree que una marca puede ser un melanoma, se extraerá el área que causa sospecha y se enviará a un laboratorio para examinarla al microscopio. Esto se conoce como *biopsia de piel*.

Existen muchas maneras de hacer una biopsia de piel. El médico optará por un método basándose en el tamaño del área afectada, su localización en el cuerpo y otros factores. Cualquier biopsia es propensa a dejar por lo menos una pequeña cicatriz. Los diferentes métodos pueden dejar diferentes tipos de cicatrices. Por lo tanto, pregunte a su doctor acerca de esto antes de la biopsia. Independientemente del tipo de biopsia que se haga, se debe extraer tanta área sospechosa como sea posible de modo que se pueda hacer un diagnóstico preciso.

Las biopsias de la piel se hacen usando anestesia local (medicamento que bloquea el dolor), la cual se inyecta en el área con una aguja muy pequeña. Es probable que usted sienta un pequeño pinchazo y un poco de ardor a medida que se inyecta la medicina, pero no debe sentir ningún dolor durante la biopsia.

Biopsia por raspado (tangencial)

Para este tipo de biopsia, el médico entonces raspa las capas superiores de la piel con una pequeña navaja de bisturí. El sangrado que surge en el lugar de la biopsia se detiene al aplicar un ungüento, un producto químico que detiene el sangrado, o una pequeña corriente eléctrica para cauterizar la herida.

La biopsia por raspado resulta útil para diagnosticar muchos tipos de enfermedades de la piel y para tomar muestras de los lunares cuando el riesgo de melanoma es muy bajo. Por lo general, este tipo de biopsia no se usa si se tiene una fuerte sospecha de un melanoma, a menos que la biopsia alcance suficiente profundidad como para llegar hasta debajo del área sospechosa. De lo contrario, si es un melanoma, puede que la muestra de biopsia no tenga el grosor suficiente para medir cuán profundamente el cáncer ha invadido la piel.

Biopsia por punción

El médico utiliza un instrumento que parece un cortador de galletas redondo muy pequeño para extraer una muestra más profunda de piel. El médico hace girar el instrumento sobre la piel hasta que éste atraviesa todas las capas de la piel. Se extrae

la muestra y a menudo se suturan los bordes del lugar donde se realizó la biopsia.

Biopsias por escisión o incisión

Para examinar un tumor que puede haber crecido en las capas más profundas de la piel, el médico puede que utilice una biopsia escisional (o con menos frecuencia, una biopsia incisional).

- Una **biopsia por escisión** extirpa todo el tumor (junto con un pequeño margen de piel normal a su alrededor). Si es posible realizarlo, este suele ser el método preferido de biopsia para los melanomas que causan sospechas, aunque no siempre es posible hacerlo.
- Cuando se emplea la **biopsia por incisión** sólo se extrae una parte del tumor.

Para estos tipos de biopsias, se utiliza un bisturí para cortar a través del espesor completo de la piel. Se extrae una cuña o elipse de piel para hacer un examen, y los bordes de la incisión usualmente se suturan.

Biopsias "ópticas"

Algunos tipos más nuevos de biopsias, como la **microscopía confocal de reflectancia (RCM)**, se pueden hacer sin necesidad de extraer muestras de piel. Para más información, consulte [¿Qué avances hay en las investigaciones sobre el cáncer de piel tipo melanoma?](#)¹

Biopsias del melanoma que pudo haberse propagado

En algunos casos, puede que sea necesario realizar biopsias de otras áreas que no sea la piel. Por ejemplo, si se ha hecho un diagnóstico de melanoma en la piel, se pueden realizar biopsias de los ganglios linfáticos adyacentes para determinar si el cáncer se ha propagado a ellos.

En pocas ocasiones, puede que las biopsias sean necesarias para determinar el tipo de cáncer que padece la persona. Por ejemplo, algunos melanomas se pueden propagar con tanta rapidez que alcanzan a los ganglios linfáticos, los pulmones, el cerebro u otras áreas, mientras que el melanoma original de la piel sigue siendo muy pequeño. Algunas veces estos tumores se detectan mediante estudios por imágenes (tal como tomografías computarizadas) u otros exámenes incluso antes de descubrir el melanoma en la piel. En otros casos, estos tumores se descubren mucho tiempo después de haber extirpado un melanoma de la piel, por lo que no está claro si se trata

del mismo cáncer.

En otros casos, se puede detectar un melanoma en otro lugar del cuerpo sin ni siquiera encontrar una mancha en la piel. Esto puede deberse a que algunas lesiones de la piel desaparecen por sí solas (sin ningún tratamiento) después de que algunas de estas células se han propagado a otras partes del cuerpo. El melanoma también puede originarse en órganos internos, aunque esto es muy poco común que ocurra. Además, si el melanoma se ha propagado ampliamente por el cuerpo, puede que no sea posible indicar dónde se originó exactamente.

Cuando el melanoma se ha propagado a otros órganos, a veces se puede confundir con un cáncer originado en ese órgano. Por ejemplo, un melanoma que se ha propagado al pulmón puede confundirse con un cáncer primario de pulmón (que empieza en el pulmón).

Se pueden hacer pruebas especiales de laboratorio en muestras de biopsia que pueden indicar si se trata de un melanoma o de algún otro tipo de cáncer. Esto es importante porque los diferentes tipos de cáncer se tratan de manera distinta.

Las biopsias de áreas sospechosas dentro del cuerpo son a menudo más complejas que aquellas utilizadas para obtener una muestra de la piel.

Biopsia por aspiración con aguja fina

Una biopsia por aspiración con aguja fina (FNA) no se usa para los lunares que causan sospecha de cáncer. Sin embargo, puede que se use, por ejemplo, para la biopsia de ganglios linfáticos grandes cerca del melanoma para determinar si el melanoma se ha propagado hasta ellos.

Para este tipo de biopsia, el médico usa una jeringa con una aguja fina y hueca para extraer fragmentos muy pequeños de un ganglio linfático o tumor. La aguja es más pequeña que la que se usa en los análisis de sangre. Algunas veces, primero se usa un anestésico local para anestesiar el área. Esta prueba muy pocas veces causa mucha molestia y no deja cicatriz.

Si el ganglio linfático está solo debajo de la piel, el médico a menudo puede palparlo lo suficientemente bien como para guiar la aguja hacia el ganglio. En caso de un ganglio linfático sospechoso más profundo en el cuerpo o un tumor en un órgano, como el pulmón o el hígado, a menudo se usa un estudio por imágenes como una ecografía, o una tomografía computarizada para ayudar a guiar la aguja hacia el ganglio.

Las biopsias por aspiración con aguja fina no son tan invasivas como algunos otros

tipos de biopsia, pero puede que no siempre provean suficiente cantidad de muestra para saber si un área sospechosa es melanoma. En estos casos, puede que se requiera un tipo de biopsia más invasiva.

Biopsia quirúrgica (por escisión) de los ganglios linfáticos

Este procedimiento se puede usar para extirpar un ganglio linfático agrandado a través de una incisión pequeña (corte) en la piel. Por lo general, se usa una anestesia local (anestésico) si el ganglio linfático está justo debajo de la piel, aunque puede que una persona necesite estar sedada o incluso estar dormida (usando anestesia general) si el ganglio está más profundo en el cuerpo.

A menudo se realiza este tipo de biopsia si el tamaño de un ganglio linfático sugiere que un melanoma ya se propagó allí, pero no se ha realizado una biopsia por aspiración con aguja fina del ganglio o en casos donde la biopsia se efectuó, pero no encontró ninguna célula del melanoma.

Biopsia del ganglio linfático centinela

Si se diagnosticó un melanoma y este tiene cualquier característica de riesgo (por ejemplo, ser muy grueso y profundo), a menudo se hace una biopsia de ganglio linfático centinela (SLNB) para saber si el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes, lo que a su vez podría afectar las opciones de tratamiento. Esta prueba se puede usar para encontrar los ganglios linfáticos a donde el melanoma probablemente alcanzaría primero, si es que la enfermedad se propagó. A estos ganglios linfáticos se les llama *ganglios centinelas* (por ser de alguna forma los “vigilantes” que advierten la presencia del tumor).

Para encontrar el ganglio centinela (o ganglios), un médico inyecta una pequeña cantidad de una sustancia radiactiva en el área del melanoma. Después de dar tiempo para que la sustancia se desplace a las áreas de los ganglios linfáticos cercanas al tumor, se usa una cámara especial para ver si se acumula en uno o más ganglios linfáticos centinelas. Una vez que la zona radiactiva se ha marcado, el paciente es llevado al lugar donde se realizará la cirugía y se inyecta un colorante azul en el mismo lugar que se suministró la sustancia radioactiva. El próximo paso consiste en hacer una pequeña incisión en el área marcada, y los ganglios linfáticos entonces se examinan para saber cuál (o cuáles) se convirtió radiactivo y se volvió azul. Estos ganglios linfáticos centinelas se extirpan y se observan con un microscopio.

Si no hay células de melanoma en los ganglios centinelas, no hay necesidad de realizar cirugía adicional de ganglio linfático, ya que es muy poco probable que el melanoma se

haya propagado más allá de este punto. Si se encuentran células de melanoma en el ganglio centinela, por lo general los ganglios linfáticos restantes en esta área se extirpan y se examinan al microscopio. Esto se conoce como *disección de ganglios linfáticos* (consulte [Cirugía para el cáncer de piel tipo melanoma²](#)).

Si un ganglio linfático cercano a un melanoma es anormalmente grande, probablemente no será necesario realizar la biopsia de ganglio centinela. Simplemente se hace una biopsia del ganglio agrandado.

Pruebas de laboratorio de las muestras de biopsia

Las muestras que se obtengan de cualquier biopsia que le hayan practicado se enviarán a un laboratorio, donde un doctor (patólogo) las observará con un microscopio para determinar si hay células de melanoma. A menudo, las muestras de piel se envían a un **dermatopatólogo**, un médico que ha recibido un entrenamiento especial para examinar muestras de piel.

Si el médico no puede indicar con seguridad que células de melanoma están en la muestra con tan sólo observarla, se realizarán pruebas especiales de laboratorio en las células para tratar de confirmar el diagnóstico. Entre los cuales se incluyen:

- Inmunohistoquímica (IHC)
- Hibridación in situ con fluorescencia (FISH)
- Hibridación genómica comparada (CGH)
- Perfiles de expresión genética (GEP)

Si se encuentra melanoma en las muestras, el patólogo buscará ciertas características importantes, como el grosor del tumor y el índice mitótico (la porción de células que se dividen activamente). Estas características ayudan a determinar la etapa (estadio) del melanoma (consulte [Etapas del cáncer de piel tipo melanoma](#)), lo que a su vez afecta las opciones de tratamiento y el pronóstico.

Pruebas para cambios genéticos

Para algunas personas con melanoma, se le pueden hacer pruebas a las muestras obtenidas de la biopsia para determinar si las células presentan mutaciones (cambios) en ciertos genes, como el gen *BRAF*. Aproximadamente la mitad de los melanomas presentan mutaciones *BRAF*. Algunos medicamentos usados para tratar melanomas avanzados probablemente solo surtan efecto si las células presentan mutaciones *BRAF* (consulte [Terapia dirigida para el cáncer de piel tipo melanoma³](#)). Por lo tanto, esta

prueba es importante para ayudar a determinar las opciones de tratamiento. También se podrían hacer pruebas para detectar cambios en otros genes, como *C-KIT*.

Una nueva prueba de laboratorio conocida como *DecisionDx-Melanoma* examina ciertos patrones de expresión génica en las células del melanoma para ayudar a mostrar si es probable que los melanomas en etapa temprana se propaguen. Esto podría usarse para ayudar a determinar las opciones de tratamiento. Para más información, consulte [¿Qué avances hay en las investigaciones sobre el cáncer de piel tipo melanoma?](#)⁴

Estudios por imágenes

Los estudios por imágenes usan rayos X, campos magnéticos y sustancias radiactivas para crear imágenes del interior del cuerpo. Principalmente se usan para localizar la posible propagación de melanoma en los ganglios linfáticos o en otros órganos. **Los estudios por imágenes no son necesarios para la mayoría de las personas con melanomas en etapas muy tempranas que presentan poca probabilidad de propagación.**

Además, los estudios por imágenes se pueden hacer para ayudar a determinar cuán bien funciona el tratamiento o para identificar posibles signos de que el cáncer ha regresado (recurrido) después del tratamiento.

Radiografía de tórax

Este examen se puede hacer para ayudar a determinar si el melanoma se ha propagado a los pulmones, aunque a menudo se realiza una tomografía computarizada del tórax (ver información más adelante).

Ecografía (ultrasonido)

La [ecografía](#)⁵ (también se conoce como ultrasonido) utiliza ondas sonoras para producir imágenes del interior de su cuerpo en un monitor de computadora. Este estudio se puede usar para examinar los ganglios linfáticos cercanos al tumor, especialmente si no está claro si están agrandados luego de hacer un examen físico. Por lo general, la ecografía es un estudio bastante rápido y fácil de hacer, y no le expone a radiación.

Biopsia con aguja guiada por ecografía: la ecografía también se usa para guiar una biopsia con aguja hacia un ganglio linfático que causa sospecha.

Tomografía computarizada

La [tomografía computarizada](#)⁶ (CT scan) usa rayos X para producir imágenes transversales detalladas de su cuerpo. A diferencia de una radiografía regular, las CT pueden mostrar el detalle en tejidos blandos (tal como órganos internos). Este estudio puede indicar si cualquier ganglio linfático está agrandado o si órganos, como los pulmones o el hígado tienen áreas sospechosas que podrían deberse a la propagación del melanoma.

Biopsia con aguja guiada por CT: las tomografías por computadora también pueden ser usadas para ayudar a guiar la aguja de una biopsia hacia un área sospechosa dentro del cuerpo.

Imágenes por resonancia magnética

Las [imágenes por resonancia magnética](#)⁷ (MRI) utilizan ondas de radio e imanes potentes en lugar de rayos X para crear imágenes detalladas de las partes de su cuerpo. Las MRI pueden ser muy útiles para examinar el cerebro y la médula espinal.

Tomografía por emisión de positrones

Una [tomografía por emisión de positrones \(PET\)](#)⁸ puede ayudar a mostrar si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo. Este estudio es más útil en las personas con melanoma en etapas avanzadas.

Para realizar este estudio se inyecta una forma de azúcar ligeramente radiactiva que se acumula principalmente en las células cancerosas. Después se usa una cámara especial para crear una imagen de las áreas de radiactividad en el cuerpo.

Estudio PET/CT: muchos centros tienen máquinas especiales para hacer una PET y una CT al mismo tiempo (PET/CT scan). Esto permite al médico comparar las áreas de mayor radiactividad en la PET con la apariencia más detallada de esa área en la CT.

Análisis de sangre

Los análisis de sangre no se usan para diagnosticar melanoma, pero se pueden hacer algunos análisis antes o durante el tratamiento, especialmente para los melanomas más avanzados.

A menudo, los médicos realizan análisis de sangre para determinar los niveles sanguíneos de una sustancia llamada **lactato deshidrogenasa (LDH)** antes del

tratamiento. Si el melanoma se propagó a partes distantes del cuerpo, un nivel de LDH elevado, es un signo de que el cáncer puede ser más difícil de tratar. Esto puede afectar la etapa del cáncer (consulte [Etapas del cáncer de piel tipo melanoma](#)).

Se pueden realizar otras **pruebas de recuentos sanguíneos y de niveles de química sanguínea** en una persona que tiene melanoma avanzado para saber cuán bien funcionan la médula ósea (donde se producen las nuevas células sanguíneas), el hígado y los riñones antes y durante el tratamiento.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/acerca/nuevas-investigaciones.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/tratamiento/cirugia.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/tratamiento/terapia-dirigida.html
4. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/acerca/nuevas-investigaciones.html
5. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/ecografia-y-el-cancer.html
6. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html
7. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/imagen-por-resonancia-magnetica-y-el-cancer.html
8. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/estudios-de-medicina-nuclear-y-el-cancer.html
9. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer de piel tipo melanoma aquí.
(www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html)⁹

Última revisión médica completa: agosto 14, 2019 Actualización más reciente: agosto 14, 2019

Preguntas que deben formularse acerca del cáncer de piel tipo melanoma

Es importante que tenga un diálogo sincero y transparente con los miembros de su equipo de atención médica contra el cáncer. Usted debe hacer cualquier pregunta, no importa lo insignificante que pueda parecer. Estas son algunas preguntas que debe considerar:

En el momento en que le informan que tiene melanoma

- ¿Hasta dónde se ha propagado el melanoma dentro o debajo de la piel? ¿Cuál es el grosor del melanoma?
- ¿Se propagó el melanoma a otras partes del cuerpo?
- ¿Necesitaré otras [pruebas](#) antes de que podamos decidir el tratamiento?
- ¿Necesito consultar a otros médicos?
- Si me preocupan los gastos y la cobertura del seguro para mi diagnóstico y tratamiento, ¿quién me puede ayudar?

Al momento de decidir un plan de tratamiento

- ¿Cuánta experiencia tiene con el tratamiento de este tipo de cáncer?
- ¿Cuáles son mis [opciones de tratamiento](#)¹? ¿Cuáles son los riesgos posibles y los beneficios de cada una?

- ¿Qué tratamiento recomienda? ¿Por qué?
- ¿Cuál es el objetivo de este tratamiento?
- ¿Debería buscar una [segunda opinión](#)²? Y si es así, ¿cómo gestiono esto? ¿Puede recomendarme a un médico o a un centro de cáncer?
- ¿Con qué prontitud tenemos que decidir el tratamiento?
- ¿Qué debo hacer para prepararme para el tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿Cómo será la experiencia del tratamiento? ¿Dónde se llevará a cabo el tratamiento?
- ¿Qué riesgos o efectos secundarios tienen los tratamientos que sugiere? ¿Cuánto tiempo es probable que duren?
- ¿Tendré una cicatriz después del tratamiento? ¿Cuán grande será?
- ¿Afectará el tratamiento mis actividades diarias?
- ¿Qué probabilidades hay de que el cáncer crezca o recurra (reaparezca) con las opciones de tratamiento que hemos discutido? ¿Qué haríamos si esto sucediera?

Durante el tratamiento

Una vez que se inicie el tratamiento, pregunte qué esperar y a qué prestar atención. Puede que no todas estas preguntas sean pertinentes a su situación. No obstante, puede ser útil formular las preguntas que sí sean relevantes para usted.

- ¿Cómo se sabe si el tratamiento está funcionando?
- ¿Hay algo que pueda hacer para ayudar a manejar los efectos secundarios?
- ¿Qué síntomas o efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?
- ¿Cómo puedo comunicarme con usted o con su equipo durante las noches, días festivos o fines de semana?
- ¿Hay actividades que no debo hacer?
- ¿Conoce algún grupo de apoyo local o en línea para hablar con otras personas que han pasado por esto?
- ¿Puede sugerir un profesional de la salud mental a quien pueda consultar si empiezo a sentirme abrumado, deprimido o afligido?

Después del tratamiento

- ¿A cuáles síntomas debo prestar atención?
- ¿Cuáles son las probabilidades de que mi cáncer regrese? ¿Hay algo que pueda

hacer para ayudar a reducir mi riesgo?

- ¿Cuáles son mis probabilidades de padecer otro cáncer de piel?
- ¿Debo tomar precauciones especiales para evitar el sol? ¿Qué medidas puedo tomar para protegerme?
- ¿Qué tipo de atención médica de [seguimiento](#)³ necesitaré después del tratamiento?
- ¿Cómo sabemos si el cáncer ha regresado? ¿Cuáles serían mis opciones si eso sucediera?
- ¿Está alguno de mis familiares en riesgo de padecer cáncer de piel? ¿Qué debo decirles que hagan?

Además de estas preguntas de ejemplo, anote algunas que quiera hacer por su cuenta. Por ejemplo, es posible que usted quiera más información acerca de los períodos de recuperación, de manera que pueda preparar su plan de trabajo o de actividades. Por otra parte, usted tal vez quiera preguntar sobre los [estudios clínicos](#)⁴ para los que usted cumpla los requisitos de inclusión.

Recuerde que los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de la atención médica, como enfermeras y trabajadores sociales, pueden responder a algunas de sus preguntas. Usted puede encontrar más información sobre cómo comunicarse con su equipo de profesionales que atiende su salud en [La relación entre el médico y el paciente](#).⁵

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/tratamiento.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-buscar-y-pagar-por-el-tratamiento/su-equipo-de-tratamiento/buscar-una-segunda-opinion.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/despues-del-tratamiento/cuidado-de-seguimiento.html
4. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/estudios-clinicos.html
5. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-buscar-y-pagar-por-el-tratamiento/su-equipo-de-tratamiento/la-relacion-entre-el-medico-y-el-paciente.html
6. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer de piel tipo melanoma aquí. (www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html)⁶

Última revisión médica completa: agosto 14, 2019 Actualización más reciente: agosto 14, 2019

Etapas del cáncer de piel tipo melanoma

Después del diagnóstico de melanoma, los médicos tratarán de averiguar si el cáncer se ha propagado y si es así, a qué distancia. Este proceso se llama **estadificación** (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y ayuda a determinar qué tan grave es el cáncer, así como la mejor manera de tratarlo. Los médicos también usan la etapa del cáncer cuando hablan sobre estadísticas de supervivencia.

Los melanomas en etapas más tempranas se identifican como etapa 0 (melanoma in situ) y luego van desde etapas I (1) a IV (4). Algunas etapas se dividen aún más, usando letras mayúsculas (A, B, etc.). Por regla general, mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa una mayor propagación del cáncer. Además, dentro de una etapa, una letra menor significa una etapa menos avanzada. Si bien la experiencia del cáncer de cada persona es única, los cánceres con etapas similares suelen tener un pronóstico similar, y a menudo son tratados de manera muy similar.

¿Cómo se determina la etapa?

El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para el melanoma es el sistema **TNM** del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) que se basa en tres piezas clave de información:

La extensión del **tumor** principal (**T**): ¿Cuán profundo ha invadido el cáncer en la piel? ¿Está el cáncer ulcerado?

- **Grosor del tumor:** al grosor del melanoma se le llama *medición de Breslow*. Por lo general, los melanomas con un grosor de menos de un milímetro (aproximadamente 1/25 de pulgada) tienen una probabilidad muy pequeña de propagarse. A medida que el melanoma se va haciendo más grueso, presenta mayores probabilidades de propagarse.
- **Ulceración:** la ulceración es una ruptura en la piel que se encuentra sobre el melanoma. Los melanomas que están ulcerados tienden a presentar un peor pronóstico.

La propagación a los ganglios (**nódulos**) linfáticos adyacentes (**N**): ¿Se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos adyacentes?

La propagación (**metástasis**) a sitios distantes (**M**): ¿Se ha propagado el cáncer a ganglios linfáticos distantes o a órganos distantes? (El melanoma puede propagarse casi a cualquier parte del cuerpo, pero los sitios más comunes de propagación son los pulmones, el hígado, el cerebro, los huesos y la piel o los ganglios linfáticos en otras partes del cuerpo).

Los números y las letras después de la T, N y M proporcionan más detalles sobre cada uno de estos factores. Los números más altos significan que el cáncer está más avanzado. Una vez que se han determinado las categorías T, N y M de una persona, esta información se combina en un proceso llamado *agrupación por etapas* para asignar una etapa general. Para más información consulte [Estadificación del cáncer](#)¹.

El sistema de estadificación en la tabla que sigue utiliza la **etapa patológica** (también llamada la *etapa quirúrgica*). Esta se determina mediante el examen del tejido extraído durante una operación. A menudo, si no es posible realizar una cirugía de inmediato (o en absoluto), en su lugar, al cáncer se le asignará una **etapa clínica**. Esto se basa en los resultados obtenidos del examen físico, las biopsias y los estudios por imágenes (como se describe en [Pruebas para el cáncer de piel tipo melanoma](#)). La etapa clínica se usará para ayudar a planear el tratamiento. Sin embargo, algunas veces el cáncer

se ha propagado más de lo que se estimó basándose en la etapa clínica, de modo que tal vez no proporcione el pronóstico de una persona con tanta precisión como con la etapa patológica. Si su cáncer ha sido estadificado clínicamente, es mejor consultar con su médico acerca de su etapa específica.

La siguiente tabla es una versión simplificada del sistema TNM más reciente, en vigor desde 2018.

La estadificación del melanoma puede resultar muy compleja. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta con respecto a la etapa de su cáncer o lo que implica, por favor, pídale a su médico que se la explique de una manera que usted pueda entender.

Etapa AJCC	Descripción de la etapa del melanoma	
0	<p>El cáncer está confinado en la epidermis, la capa más externa o superficial de la piel (Tis). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0).</p> <p>Esta etapa también se conoce como <i>melanoma in situ</i>.</p>	
I	El grosor del tumor mide menos de 2mm (2/25 de pulgada) y puede o no estar ulcerado (T1 o T2a). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0)	
II	El grosor del tumor mide más de 1 mm (T2b o T3) y puede ser más grueso que 4 mm (T4). Puede o no estar ulcerado. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0).	
IIIA	El grosor del tumor mide menos de 2 mm y puede o no estar ulcerado (T1 o T2a). El cáncer se ha extendido a entre 1 y 3 ganglios linfáticos adyacentes, pero es tan pequeño que sólo se puede observar con un microscopio (N1a o N2a). No se propagó a partes distantes del cuerpo (M0).	
IIIB	<p>No hay señal del tumor primario (T0) Y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cáncer se ha propagado a solo un ganglio linfático cercano (N1b) ○ • Se ha propagado a áreas muy pequeñas de piel cercana (tumores satélites) o a canales linfáticos de la piel que rodean el tumor (sin alcanzar los ganglios linfáticos adyacentes) (N1c) 	

	<p>No se propagó a partes distantes del cuerpo (M0).</p> <p><input type="radio"/></p> <p>El grosor del tumor mide menos de 4 mm y puede o no estar ulcerado (T1, T2, o T3a) Y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cáncer se ha propagado a solo un ganglio linfático cercano (N1a or N1b) <input type="radio"/> • Se ha propagado a áreas muy pequeñas de piel cercana (tumores satélites) o a canales linfáticos de la piel que rodean el tumor (sin alcanzar los ganglios linfáticos adyacentes) (N1c) <input type="radio"/> • Se propagó a 2 o 3 ganglios linfáticos cercanos (N2a o N2b) <p>No se propagó a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
IIIC	<p>No hay señal del tumor primario (T0) Y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cáncer se ha extendido a 2 o más ganglios linfáticos cercanos, al menos uno de los cuales podría verse o palpase (N2b o N3b) OR • Se ha propagado a áreas muy pequeñas de piel cercana (tumores satélites) o a canales linfáticos de la piel que rodean el tumor, y ha alcanzado los ganglios linfáticos adyacentes (N2c o N3c) <input type="radio"/> • Se ha extendido a ganglios linfáticos cercanos que están agrupados (N3b o N3c) <p>No se propagó a partes distantes del cuerpo (M0).</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>El grosor del tumor mide menos de 4 mm, y puede o no estar ulcerado (T1, T2, o T3a) Y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cáncer se ha propagado a áreas muy pequeñas de piel cercana (tumores satélites) o a canales linfáticos de la piel que rodean el tumor, y ha alcanzado los ganglios linfáticos adyacentes (N2c o N3c) <input type="radio"/> • El cáncer se ha propagado a 4 o más ganglios linfáticos cercanos (N3a o N3b), o se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos que están agrupados (N3b o N3c)

	<p>No se propagó a partes distantes del cuerpo (M0).</p> <p><input type="radio"/></p> <p>El grosor del tumor mide más de 2 mm, pero no más de 4 mm, y está ulcerado (T3b) <input type="radio"/> el grosor mide más de 4 mm pero no está ulcerado (T4a).</p> <p>El cáncer se ha propagado a uno o más ganglios linfáticos cercanos Y/<input type="radio"/> se ha extendido a áreas muy pequeñas de la piel cercana (tumores satélites) o a canales linfáticos de la piel alrededor del tumor (N1 o superior).</p> <p>No se ha propagado a partes distantes del cuerpo.</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>El grosor del tumor mide más de 4 mm y está ulcerado (T4b) Y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cáncer se ha extendido a entre 1 y 3 ganglios linfáticos cercanos que no están agrupados (N1a/b o N2a/b) <input type="radio"/> • Se ha propagado a áreas muy pequeñas de piel cercana (tumores satélites) o a canales linfáticos de la piel que rodean el tumor, y pudo (N2c) o no (N1c) haber alcanzado un ganglio linfático adyacente <p>No se propagó a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
IIID	<p>El grosor del tumor mide más de 4 mm y está ulcerado (T4b) Y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cáncer se ha propagado a 4 o más ganglios linfáticos adyacentes (N3a o N3b) <input type="radio"/> • Se ha extendido a ganglios linfáticos cercanos que están agrupados (N3b) • El cáncer se ha propagado a áreas muy pequeñas de piel cercana (tumores satélites) o a canales linfáticos de la piel que rodean el tumor, Y se ha propagado a por lo menos 2 ganglios linfáticos cercanos, o a ganglios linfáticos que están agrupados (N3c) <input type="radio"/> <p>No se propagó a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
IV	<p>El tumor puede ser de cualquier grosor y puede o no estar ulcerado (cualquier T). El cáncer podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (cualquier N). Además, se propagó a ganglios</p>

linfáticos distantes o a órganos, como los pulmones, el hígado, o el cerebro (M1).
--

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html
3. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

American Joint Committee on Cancer. Melanoma of the Skin. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017:563.

Última revisión médica completa: agosto 14, 2019 Actualización más reciente: agosto 14, 2019

Consulte todas las referencias para el cáncer de piel tipo melanoma aquí. (www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html)²

Tasas de supervivencia del cáncer de

piel tipo melanoma

Las tasas de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Estas tasas no pueden indicar cuánto tiempo usted vivirá, pero pueden ayudarle a tener un mejor entendimiento de cuán probable es que su tratamiento sea eficaz.

Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos que a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas estadísticas pueden ser confusas y pueden ocasionar que tenga más preguntas. Hable con su médico para saber cómo puede que estas estadísticas apliquen a usted, ya que él o ella está familiarizado con su situación.

¿Qué es tasa relativa de supervivencia a 5 años?

Una **tasa relativa de supervivencia** compara a las personas que tienen el mismo tipo y etapa de cáncer con las personas en la población general. Por ejemplo, si la **tasa relativa de supervivencia a 5 años** para una etapa específica de cáncer de piel tipo melanoma es 90%, esto significa que las personas que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor de 90% de probabilidades, en comparación con las personas que no padecen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.

¿De dónde provienen estos porcentajes?

La Sociedad Americana Contra El Cáncer obtiene la información de la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER*), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para proporcionar estadísticas de supervivencia para diferentes tipos de cáncer.

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de piel tipo melanoma en los Estados Unidos, basándose en cuán lejos se ha propagado el cáncer. Sin embargo, la base de datos de SEER no agrupa a los cánceres según el [sistema de estadificación TNM del AJCC](#) (etapa 1, etapa 2, etapa 3, etc.). En cambio, divide a los grupos de cánceres en etapas localizadas, regionales y distantes:

- **Localizado:** no hay signos de que el cáncer se haya propagado fuera de la piel

donde se originó.

- **Regional:** el cáncer se ha propagado fuera de la piel donde se originó hacia estructuras o ganglios linfáticos cercanos.
- **Distante:** el cáncer se ha propagado a otras partes distantes del cuerpo, como a los pulmones, el hígado o a la piel en otras partes del cuerpo.

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de piel tipo melanoma

Estos porcentajes se basan en las personas diagnosticadas con melanoma entre 2008 y 2014.

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	98%
Regional	64%
Distante	23%
Todas las etapas SEER combinadas	92%

Cómo entender los porcentajes

- **Estos porcentajes aplican solo a la etapa del cáncer cuando se hizo el diagnóstico por primera vez.** No se aplican más adelante si el cáncer crece, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Estos porcentajes no toman en cuenta todos los factores.** Las tasas de supervivencia se agrupan en función de cuán lejos se ha propagado el cáncer, pero su edad, su salud en general, qué tan bien responde el cáncer al tratamiento, y otros factores también pueden afectar su pronóstico. Por ejemplo, las personas más jóvenes suelen tener un mejor pronóstico que las personas de mayor edad, independientemente de la etapa. Además, las personas con sistemas inmunitarios debilitados, como las personas que han tenido trasplantes de órganos o que están infectadas con VIH (HIV, en inglés), tienen un mayor riesgo de morir de melanoma.
- **Las personas que en la actualidad reciben un diagnóstico de melanoma pueden tener un mejor pronóstico de lo que muestran estos porcentajes.** Los tratamientos han mejorado con el pasar del tiempo, y estos porcentajes se basan

en personas que fueron diagnosticadas y tratadas al menos cinco años antes.

*SEER = Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html
2. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer de piel tipo melanoma aquí. (www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma/referencias.html)¹

Última revisión médica completa: agosto 14, 2019 Actualización más reciente: agosto 14, 2019

La información médica de la La Sociedad Americana Contra El Cáncer está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor escriba a permissionrequest@cancer.org (<mailto:permissionrequest@cancer.org>)³.

cancer.org | 1.800.227.2345