


Guía de Melanoma Cutáneo 2023

Centro de Cáncer Cutáneo (CCC): equipo interdisciplinario integrador por médicos de los Servicios de Dermatología, Oncología Clínica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes y Medicina Nuclear



Conducta ante una lesión melanocítica sospechosa

1. Anamnesis

- Antecedentes personales y/o familiares de síndrome de nevo atípico, melanoma, o de resección de lesiones cutáneas previamente.
- Antecedentes personales y/o familiares de otras neoplasias

2. Evaluación cutánea completa (clínica y dermatoscópica)

3. Descripción completa de la lesión: sitio anatómico y tamaño en mm

4. Registro fotográfico obligatorio: las imágenes se archivarán en una carpeta del CCC

- Debe identificar la zona anatómica y sitio puntual de la lesión (Meta de seguridad para prevenir el sitio equivocado)
- Incluir foto dermatoscópica

5. Evaluación de trayecto linfático y ganglios regionales

6. Biopsia con celeridad

Tipo de biopsia de una lesión sospechosa

1. Realizar biopsia escisional (completa) con 1 a 3 mm de margen, en dirección paralela al trayecto linfático
2. Considerar biopsia incisional (parcial o incompleta) en los siguientes casos:
 - Las siguientes zonas anatómicas:
 - Cara – orejas
 - Palmas – plantas – dedos - región subungueal
 - Lesiones mucosas
 - Lesiones con baja sospecha de melanoma
 - Guiada por dermatoscopia
3. En el caso de lesiones de gran tamaño en las que no sea posible realizar de inicio una biopsia escisional o que comprometan una posterior ampliación de márgenes, es preferente tomar al menos dos muestras de los sitios más significativos para aumentar la sensibilidad del método.
4. No realizar biopsias por afeitado
5. Evitar, en lo posible, la electrocoagulación del lecho de la biopsia porque podría eliminar células remanentes que alteren la evaluación histológica de la resección ampliada. Evitar uso de solución Monsel.
6. EN CASO DE BIOPSIA PREVIA POR AFEITADO SIN DATOS SUFICIENTES PARA INDICACIÓN DE BGC, TOMAR BIOPSIA DEL LECHO.

Protocolo que acompaña la muestra de biopsia

1. En el protocolo que se envía a Anatomía Patológica junto a la muestra de biopsia, se debe consignar:

- Sexo y edad
- Localización de lesión (incluir lateralidad)
- Tamaño de lesión
- Evidencia de lesiones sospechosas de satelitosis
- Tipo de biopsia: escisional o incisional

Biopsia escisional: losange o sacabocado, y margen (**registrar margen clínico realizado**)

Biopsia incisional: cantidad de muestras y sitio respecto la lesión completa

- En caso de haber utilizado sulfato ferroso para la hemostasia dejarlo registrado (puede dejar residuos férricos en dermis que pueden malinterpretarse como remanente de MM)
- Sospecha diagnóstica

2. Se debe pedir como **PRIORITARIO** (máximo 2 semanas)

3. Indicar al paciente consultar dentro del lapso de 4 semanas para ver los resultados

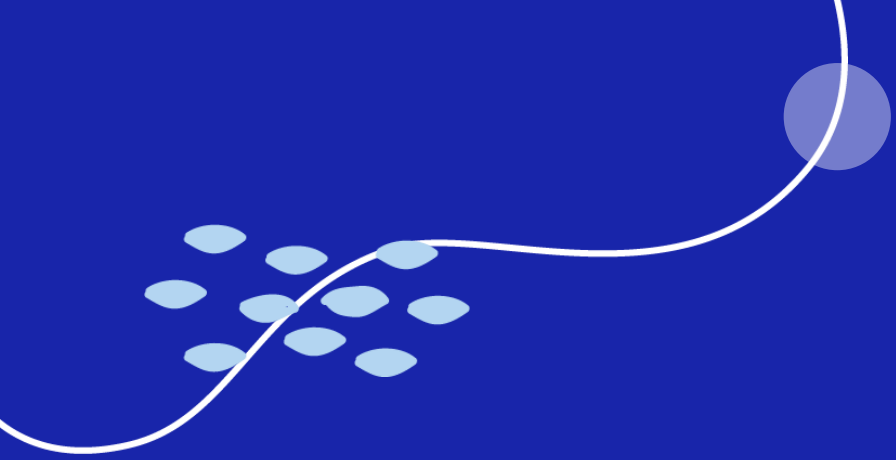
DEJAR REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA LOS MEDIOS DE CONTACTO DEL PACIENTE (CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO)

Informe de Anatomía Patológica


1. Espesor tumoral en mm (Breslow) – registrar hasta el 0,1 mm más cercano.
 - De 0,01 a 0,04 mm redondear hacia abajo
 - De 0,05 a 0,09 mm redondear hacia arriba
2. Ulceración presente o ausente
3. Índice mitótico (IM) en mitosis/mm² (informar número exacto)
4. Microsatelitos presente o ausente
5. Márgenes periféricos y en profundidad: comprometidos o no
6. Invasión angiolinfática presente o ausente
7. Nivel de invasión (Clark)

Informe de Anatomía Patológica (Cont.)

8. Subtipo histológico
9. Neurotropismo / invasión perineural presente o ausente
10. Regresión presente o ausente
11. Infiltración tumoral por linfocitos (*Tumor-infiltrating lymphocytes* – TIL's)
12. Fase de crecimiento vertical
13. Desmoplasia
14. IHQ: Melan A, S100, HMB 45 y SOX10
15. Si la información no fuese suficiente para tomar conducta respecto al tratamiento (márgenes y requerimiento de BGC)
por tratarse de una biopsia parcial, se deberá tomar otra biopsia.



**UNA VEZ REALIZADO EL DIAGNÓSTICO
DE MELANOMA CUTÁNEO**



Una vez realizado el diagnóstico

- **Paciente derivado de otra institución:** solicitar revisión de preparado histológico y toma de foto del sitio del tumor

CPT 88325 – CONSULTA PREPARADO HISTOLÓGICO

- Reinterrogar acerca de antecedentes personales y familiares
- Examen cutáneo completo, incluyendo los trayectos linfáticos y ganglios regionales
- **Derivar al Centro de Cáncer Cutáneo** para asegurar atención, tratamiento adecuado y precoz, y planificación de seguimiento.
- Entregar "**Hoja de ruta**"

Estudios de imágenes para pacientes con melanoma

1. **Ecografía** de ganglios regionales

2. Estudios de corte transversal:

a. **TC tórax, abdomen con contraste EV (CPT 71260 + 74160)**

b. **TC de cuello con contraste EV: si lesión primaria localizada en polo cefálico (CPT 70491)**

c. **RMN de cerebro con contraste EV (CPT 70552) - si contraindicado: TC cerebro con cte**

d. **PET/TC ver indicacion según estadio (CPT 78810)**

Todos los estudios se deben realizar con contraste EV salvo que esté contraindicado y salvo para *screening* de metástasis pulmonares

VER A CONTINUACIÓN INDICACIONES SEGÚN ESTADIO

Si NO se palpan adenopatías

CLASIFICACION T		
Tx	Tumor primario que no puede ser evaluado	
T0	Sin evidencia del tumor primario	
Tis	Melanoma in situ (no se aplica ulceración)	
T1	≤ 1,0 mm	a. < 0,8 mm sin ulceración
		b. < 0,8 mm con ulceración 0,8-1,0 mm con o sin ulceración
T2	>1 a 2,0 mm	a. Sin ulceración
		b. Con ulceración
T3	>2 a 4,0 mm	a. Sin ulceración
		b. Con ulceración
T4	> 4,0 mm	a. Sin ulceración
		b. Con ulceración

- **Plan:** resección amplia del melanoma con márgenes según Breslow, con riesgo quirúrgico habitual.
- Si la ecografía de ganglios es sospechosa, se realizará PAAF

Sin estudios previos

-Ecografía de ganglios regionales

-Estudios de corte transversal (TC tórax/abdomen con contraste EV y eventual PET en caso de hallazgos sospechosos) con RMN cerebro

-Biopsia de ganglio centinela

Pedido de ecografía en caso de NO palpar adenopatías

- Ecografía de partes blandas **(cargar un CPT por cada región y lateralidad)**

- Región de cabeza y cuello:

CPT 76536 Ecografía de tejidos blandos

- Región axilar e inguinal

CPT 76880 Ecografía de extremidades

Si se palpan adenopatías

CPT 76880TUM Ecografía de lesión puntual

Criterios ecográficos de sospecha de metástasis ganglionar

Parámetro	No sospechoso	Sospechoso
Tamaño	Eje mayor > eje menor	Ejes similares
Forma	Ovalado	Redondeado
Espesor cortical	Simétrico	Asimétrico
Hiperecogenecidad central	Presente	Ausente
Áreas quísticas	Ausente	Presente
Flujo Hiliar	Presente	Ausente
Flujo Periférico	Ausente	Presente

- En caso de hallazgo patológico: realizar **punción aspiración con aguja fina PAAF** guiada por ecografía

CPT 88108 Citopatología

CPT 88172 Evaluación de material

CPT 76942 Ecografía

Tratamiento quirúrgico del melanoma primario

- El **margen** se toma **desde el límite de la lesión o desde la cicatriz**.
- En caso de haberse realizado previamente una biopsia escisional se suma el margen que se le dio. Remover todo el tejido **hasta la fascia** sin incluirla salvo que esté comprometida.
- Los márgenes son clínicos, **deben estar registrados en el protocolo quirúrgico**.
- Los márgenes pueden ser modificados o no cumplir el criterio general de acuerdo al área anatómica y consideraciones funcionales.

Espesor tumoral	Márgenes recomendados
In situ	1 cm (0,5 cm cara)
≤1 mm	1 cm
>1-2 mm	1-2 cm
>2 mm	2 cm

- La **microcirugía de Mohs no está recomendada** para el tratamiento del melanoma cutáneo invasor. Se discutirá en casos excepcionales.
- Si los márgenes están comprometidos o son insuficientes luego de la cirugía, en pacientes en los que una nueva cirugía no es posible o deseable, considerar imiquimod tópico (sólo en melanomas *in situ*) o radioterapia

Ganglio centinela: biopsia

- La recomendación/indicación de realizar BGC depende del riesgo de positividad del ganglio en el área de drenaje ganglionar (en cuanto no presente enfermedad regional y/o a distancia evidente):

NO SE RECOMIENDA	SE RECOMIENDA
T1a: < 5% de riesgo	T1b: 5-10% de riesgo
	T2 en adelante: ≥ 10% de riesgo
	Microsatelitosis, mts en tránsito y recurrencia local del melanoma (si no se realizó previamente)
	Discutir en caso de biopsia por afeitado (puede ser necesario realizar una nueva biopsia para definir la recomendación)

- Factors adversos que pueden influir en la recomendación/indicación de BGC: Índice mitótico > 2/mm², y/o invasión linfovascular.
- La validez de la BGC puede afectarse si se realiza luego de una escisión amplia del tumor primario, un colgajo o un injerto, pero se debe realizar igualmente
- En melanomas de Cabeza y Cuello, solicitar “Marcación de Ganglio Centinela con SPECT-TC” 1,2.

Informe patológico de la BGC

1. Tamaño máximo de la metástasis más grande
 - En mm al 0,1 mm más cercano
 - Mínimo requerimiento
2. Máxima profundidad subcapsular
 - Desde la superficie interna de la cápsula hasta la célula tumoral ganglionar más profunda
3. Localización microanatómica de las metástasis
4. % del GC comprometido
5. Presencia de compromiso extraganglionar
6. IHQ: melan A, S-100, HMB45

Conducta frente a compromiso de GC

- **Solicitud mutación BRAF - oncología**
- **Observación (preferible) , discutir linfadenectomía basado en casos seleccionados**
- **Tratamiento adyuvante - oncología**
- **En caso de observación:**

Ecografía ganglionar cada 4 meses por 2 años y luego cada 6 meses hasta los 5 años

Preferible con especialista en ecografía de piel y partes blandas

Conducta frente a compromiso ganglionar clínicamente evidente confirmado por PAAF

- **Derivación inmediata a cirugía y oncología**
- **Estudios de imágenes:**
 - TC tórax-abdomen (considerar cuello si corresponde por localización de melanoma primario)
 - PET/TC
 - RMN cerebro con contraste
- **Solicitud mutación BRAF**

Conducta frente a compromiso ganglionar clínicamente evidente

- **Linfadenectomía radical (ESMO)**

Región inguinal: disección inguinal. Sólo incluir disección ilíaca en caso de hallarse imágenes sospechosas de compromiso

Región axilar: niveles I a III

Región cervical: se deben incluir , en principio, los 5 niveles cervicales; la parótida solo cuando está incluida en el área de drenaje ganglionar

- **Tratamiento adyuvante**

- **Considerar radioterapia:** discutir por caso particular.

Conducta frente a microsatelitosis, satelitosis y mts en tránsito

- **Recomendar BGC (si no tenía ya la indicación)**
- **Estudios de imágenes**
 - TC tórax-abdomen con contraste (considerar cuello si corresponde por localización de melanoma primario)
 - PET/TC
 - RMN cerebro con contraste
- **Solicitud mutación BRAF**

Conducta frente a microsateletosis, satelitosis y mts en tránsito

- **En el caso de ser pequeñas, escasas o no rápidamente recurrentes:**

Tratamiento sistémico (inmunoterapia o dirigidos)

Resección con márgenes libres, pero no dar márgenes de seguridad

Se recomienda evitar resecciones múltiples, extensas y repetitivas

- **En el caso de ser grandes, múltiples o rápidamente recurrentes:**

Tratamiento sistémico (inmunoterapia o dirigidos)

Otras opciones:

Perfusión aislada del miembro

Infusión aislada del miembro

Pacientes en estadios IIB Y IIC

- Opcional: solicitud mutación BRAF a fines de caracterizar la enfermedad
- Pembrolizumab adyuvante

Ventana ideal: 3 meses, no excluyente, pero se considerarán otros casos particulares.

Pasado este lapso repetir estadificación.

Conducta frente a metástasis a distancia

- Laboratorio: LDH y hepatograma
- Imágenes: estudios de corte transversal (incluyendo PET) con RMN de cerebro con contraste.
Considerar TAC de cuello si corresponde, por la localización del melanoma primario
- Solicitud mutación BRAF
- En pacientes con metástasis única u oligometastásicos resecables se recomienda la metastasectomía en caso que sea técnicamente posible. Luego tratamiento sistémico adyuvante por 1 año (E IV NED)

En caso de recurrencias

- **Recurrencia con metástasis a distancia:** estudios de corte transversal: PET/TC con RMN de cerebro con contraste.
- **Recurrencia en la cicatriz (enfermedad persistente):** las imágenes deben ser las que corresponderían a las características del tumor primario.
- **Recurrencia local satélite o en tránsito y recurrencia ganglionar:** estudios de corte transversal: PET/TC con RMN de cerebro con contraste.

Conducta frente a melanoma de localización exclusivamente dérmica

- Fundamental evaluar si se trata de un melanoma dérmico o de una metástasis de melanoma.
- Realizar estudios por imágenes de corte transversal (incluir PET) con RMN de cerebro con contraste.

ESTADIFICACIÓN DEL MELANOMA CUTÁNEO DE ACUERDO A LA 8^{VA} EDICIÓN DE LA AJCC

CLASIFICACION T

Tx	Tumor primario que no puede ser evaluado	
T0	Sin evidencia del tumor primario	
Tis	Melanoma in situ (no se aplica ulceración)	
T1	≤ 1,0 mm	a. < 0,8 mm sin ulceración
		b. < 0,8 mm con ulceración 0,8-1,0 mm con o sin ulceración
T2	>1 a 2,0 mm	a. Sin ulceración
		b. Con ulceración
T3	>2 a 4,0 mm	a. Sin ulceración
		b. Con ulceración
T4	> 4,0 mm	a. Sin ulceración
		b. Con ulceración

CLASIFICACION N

Nx	Ganglios regionales no evaluados (no se realizó BGC, o linfadenectomía previa). Exceptúa: en melanomas T1a no se requiere la categoría N patológica, usar la clínica	
N0	No se detectan mts regionales	
N1	1 ganglio comprometido o cualquier mts en tránsito, satelitosis y/o microsateletosis sin compromiso ganglionar	
	N1a	1 clínicamente oculta (detectada por BGC)
	N1b	1 clínicamente detectada
	N1c	No hay compromiso ganglionar regional, cualquier mts en tránsito, satelitosis y/o microsateletosis
N2	2-3 ganglios comprometidos o cualquier mts en tránsito, satelitosis y/o microsateletosis con compromiso de 1 ganglio	
	N2a	2-3 ganglios clínicamente ocultos
	N2b	2-3 ganglios clínicamente detectados, o al menos uno clínicamente detectado
	N2c	cualquier mts en tránsito, satelitosis y/o microsateletosis con compromiso de 1 ganglio clínicamente oculto o detectado
N3	4 o + ganglios comprometidos o cualquier mts en tránsito, satelitosis y/o microsateletosis con compromiso de 2 o + ganglios, o ganglios adheridos con o sin mts en tránsito, satelitosis y/o microsateletosis	
	N3a	4 o + ganglios clínicamente ocultos
	N3b	4 o + ganglios clínicamente detectados, o al menos uno clínicamente detectado o cualquier número de ganglios adheridos
	N3c	2 o + clínicamente ocultos o detectados y/o cualquier número de ganglios adheridos con cualquier mts en tránsito, satelitosis y/o microsateletosis

CLASIFICACION N - Definiciones

Ganglio comprometido	Ganglio con cualquier célula metastásica, independientemente del tamaño o si fue detectada por HE o IHQ. Presencia de células de melanoma en el canal linfático adentro o inmediatamente adyacente al ganglio
Extensión extranodal	Mts ganglionar que se extiende a través de la cápsula hacia el tejido adyacente. Puede ser evidente macroscopicamente pero debe confirmarse con HP NO SE TOMA COMO CRITERIO PARA LA ESTADIFICACION
Microsatelitosis	Metástasis cutáneas y/o subcutáneas microscópicas halladas adyacentes a o en profundidad al melanoma primario.
Satelitosis	Metástasis cutáneas y/o subcutáneas clínicamente evidentes desarrolladas en un radio de 2 cm alrededor del melanoma primario.
Metástasis en tránsito	Metástasis cutáneas y/o subcutáneas clínicamente evidentes a una distancia mayor de 2 cm con respecto al melanoma primario, en la región entre éste y el primer ganglio regional

CLASIFICACIÓN M

Categoría M		Sitio Anatómico	Nivel de LDH
M0		No hay evidencia de mts a distancia	No aplica
M1	M1a	Mts a distancia en piel, partes blandas incluyendo musculo, y/o ganglios linfáticos no regionales	No registrado
	M1a (0)		No elevado
	M1a (1)		Elevado
	M1b	Mts a distancia en pulmón con o sin afectación de los sitios de M1a	No registrado
	M1b (0)		No elevado
	M1b (1)		Elevado
	M1c	Mts en órganos distintos al SNC con o sin afectación de los sitios de M1a o M1b	No registrado
	M1c (0)		No elevado
	M1c (1)		Elevado
	M1d	Mts en SNC con o sin afectación de los sitios M1a, M1b o M1c	No registrado
	M1d (0)		No elevado
	M1d (1)		Elevado

ESTADIFICACIÓN CLÍNICA

T	N	M	Estadio
Tis	N0	M0	0
T1a	N0	M0	IA
T1b	N0	M0	IB
T2a	N0	M0	
T2b	N0	M0	IIA
T3a	N0	M0	
T3b	N0	M0	IIB
T4a	N0	M0	
T4b	N0	M0	IIC
T (*)	N1-3	M0	III
T (*)	N (*)	M1	IV
* Cualquiera			

ESTADIFICACIÓN PATOLÓGICA

T	N	M	Estadio Patológico
Tis	N0*	M0	0
T1a	N0*	M0	IA
T1b	N0	M0	IA
T2a	N0	M0	IB
T2b	N0	M0	IIA
T3a	N0	M0	IIA
T3b	N0	M0	IIB
T4a	N0	M0	IIB
T4b	N0	M0	IIC
T0	N1b,N1c	M0	IIIB
T0	N2b,N2c, N3b o N3c	M0	IIIC
T1a/b-T2a	N1a o N2a	M0	IIIA
T1a/b-T2a	N1b/c o N2b	M0	IIIB
T2b/T3a	N1a-N2b	M0	IIIB
T1a-T3a	N2c o N3a/b/c	M0	IIIC
T3b/T4a	Cualquier N ≥1	M0	IIIC
T4b	N1a-N2c	M0	IIIC
T4b	N3a/b/c	M0	IIID
Cualquier T	Cualquier N	M1	IV

*Estadios 0 y T1a no requieren evaluación patológica de ganglios linfáticos para completar estadificación patológica. Usar información clínica de N clínico para asignar el estadio

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE TRATADO Y LIBRE DE ENFERMEDAD

MELANOMA IN SITU

Recomendación		Frecuencia
CONSULTORIO	<ul style="list-style-type: none"> -Actualizar historia clínica -Fomentar el autoexamen -Medidas de fotoprotección -Entregar plan de seguimiento -Examen físico: con dermatoscopia, énfasis en la piel 	Semestral por 5 años Luego anual
SEGUIMIENTO DIGITAL	Fotografía corporal total y dermatoscopia digital	Anual
IMÁGENES	NO SE RECOMIENDAN DE RUTINA	

MELANOMA IA (T1aN0M0)

Recomendación		Frecuencia
CONSULTORIO	<ul style="list-style-type: none"> -Actualizar historia clínica -Fomentar el autoexamen -Medidas de fotoprotección -Entregar plan de seguimiento -Examen físico: con dermatoscopia, énfasis en la piel, palpación de cicatriz de melanoma, vía linfática, ganglios regionales, ganglios no regionales y vísceras 	Semestral por 5 años Luego anual
SEGUIMIENTO DIGITAL	Fotografía corporal total y dermatoscopia digital	Anual
IMÁGENES COMPLEMENTARIAS	NO SE RECOMIENDAN DE RUTINA, solo según síntomas	

MELANOMA IA (T1bN0M0)

Recomendación		Frecuencia
CONSULTORIO	<ul style="list-style-type: none"> -Actualizar historia clínica -Fomentar el autoexamen -Medidas de fotoprotección -Entregar plan de seguimiento -Examen físico: con dermatoscopia, énfasis en la piel, palpación de cicatriz de melanoma, vía linfática, ganglios regionales, ganglios no regionales y vísceras 	Semestral por 5 años Luego anual
SEGUIMIENTO DIGITAL	Fotografía corporal total y dermatoscopia digital	Anual
IMÁGENES COMPLEMENTARIAS	NO SE RECOMIENDAN DE RUTINA, solo según síntomas Ecografía de ganglios regionales en pacientes que tuvieron indicación de BGC y fue negativa	Semestral por 3 años Luego anual

MELANOMA IB-IIA

Recomendación		Frecuencia
CONSULTORIO	<ul style="list-style-type: none"> -Actualizar historia clínica -Fomentar el autoexamen -Medidas de fotoprotección -Entregar plan de seguimiento -Examen físico: con dermatoscopia, énfasis en la piel, palpación de cicatriz de melanoma, vía linfática, ganglios regionales, ganglios no regionales y vísceras 	Semestral por 5 años Luego anual
SEGUIMIENTO DIGITAL	Fotografía corporal total y dermatoscopia digital	Anual
IMÁGENES COMPLEMENTARIAS	NO SE RECOMIENDAN DE RUTINA, solo según síntomas Ecografía de ganglios regionales en pacientes que tuvieron indicación de BGC y fue negativa	Semestral por 3 años Luego anual

Excepción: melanomas en cuero cabelludo, donde se aplicará seguimiento correspondiente a IIB en adelante

MELANOMA IIB-IV

(incluye MM cuero cabelludo a partir de IB)

Recomendación		Frecuencia
CONSULTORIO	<ul style="list-style-type: none"> -Actualizar historia clínica -Fomentar el autoexamen -Medidas de fotoprotección -Entregar plan de seguimiento -Examen físico: con dermatoscopia, énfasis en la piel, palpación de cicatriz de melanoma, vía linfática, ganglios regionales, ganglios no regionales y vísceras 	Cada 3 meses x 5 años Luego cada 6 meses
SEGUIMIENTO DIGITAL	Fotografía corporal total y dermatoscopia digital	Anual
IMÁGENES COMPLEMENTARIAS	Ecografía regional Estudios transversales	Considerar cada 3-12 meses x 2 años y luego cada 6-12 meses x 3 años *
LABORATORIO	LDH (Estadio IV)	Cada 3-6 meses

Incluye melanomas en cuero cabelludo a partir de IB, donde se aplicará seguimiento correspondiente a IIB en adelante