



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

DetECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN POR ETAPAS DEL CÁNCER DE PIEL TIPO MELANOMA

Aprenda sobre los signos y los síntomas del cáncer de piel tipo melanoma. Descubra cómo son las pruebas, el diagnóstico y la clasificación por etapas para esta enfermedad.

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](#)

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?

- [Autoexamen de la piel](#)
- [Examen por un profesional de la salud](#)

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



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/es/cancer/tipos/cancer-de-piel/galeria-de-imagenes-del-cancer-de-piel.html

Referencias

Mitchell TC, Karakousis G, Schuchter L. Chapter 66: Melanoma. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2020.

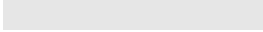
Ribas A, Read P, Slingluff CL. Chapter 92: Cutaneous Melanoma. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.

Actualización más reciente: agosto 14, 2019

Pruebas para el cáncer de piel tipo melanoma

- [Antecedentes médicos y examen médico](#)
- [Biopsia de piel](#)
- [Biopsias del melanoma que pudo haberse propagado](#)

- Pruebas de laboratorio de las muestras de biopsia
- Estudios por imágenes



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.

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

(consulte [Terapia dirigida para el cáncer de piel tipo melanoma](#)³). 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

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

Preguntas que deben formularse acerca del cáncer de piel tipo melanoma

- [En el momento en que le informan que tiene melanoma](#)
- [Al momento de decidir un plan de tratamiento](#)
- [Durante el tratamiento](#)
- [Después del tratamiento](#)

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

- ¿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/es/cancer/tipos/cancer-de-piel-tipo-melanoma/tratamiento.html
2. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/encontrar-tratamiento/buscar-una-segunda-opinion.html
3. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-piel-tipo-melanoma/despues-del-tratamiento/cuidado-de-seguimiento.html
4. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/estudios-clinicos.html
5. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/encontrar-tratamiento/la-relacion-entre-el-medico-y-el-paciente.html

Referencias

Mitchell TC, Karakousis G, Schuchter L. Chapter 66: Melanoma. In: Niederhuber JE,

Etapas del cáncer de piel tipo melanoma

- [¿Cómo se determina la etapa?](#)

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**):

	Esta etapa también se conoce como <i>melanoma in situ</i> .
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	No hay señal del tumor primario (T0) Y: <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>
	○
IIIB	El grosor del tumor mide menos de 4 mm y puede o no estar ulcerado (T1, T2, o T3a) Y: <ul style="list-style-type: none"> • El cáncer se ha propagado a solo un ganglio linfático cercano (N1a orN1b) ○ • 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) ○ • Se propagó a 2 o 3 ganglios linfáticos cercanos (N2a o N2b) <p>No se propagó a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
IIIC	No hay señal del tumor primario (T0) Y: <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

	<p>satélites) o a canales linfáticos de la piel que rodean el tumor, y ha alcanzado los ganglios linfáticos adyacentes (N2c o N3c) O</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ha extendido a ganglios linfáticos cercanos que están agrupados (N3b o N3c) <p>No se propagó a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
	O
	<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) O • 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>
	O
	<p>El grosor del tumor mide más de 2 mm, pero no más de 4 mm, y está ulcerado (T3b) O 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/O 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>
	O
	<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) O • 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

	No se propagó a partes distantes del cuerpo (M0).
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) ○ • 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) ○ <p>No se propagó a partes distantes del cuerpo (M0).</p>
IV	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 linfáticos distantes o a órganos, como los pulmones, el hígado, o el cerebro (M1).

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/estadificacion-del-cancer.html

Referencias

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

Actualización más reciente: agosto 14, 2019

Mitchell TC, Karakousis G, Schuchter L. Chapter 66: Melanoma. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2020. Ribas A, Read P, Slingluff CL. Chapter 92: Cutaneous Melanoma. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita*,

Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.

Tasas de supervivencia del cáncer de piel tipo melanoma

- [Cómo entender los porcentajes](#)

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 2012 y 2018.

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	>99%
Regional	71%
Distante	32%
Todas las etapas SEER combinadas	94%

*SEER = Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales

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.

Referencias

Mitchell TC, Karakousis G, Schuchter L. Chapter 66: Melanoma. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2020.

Ribas A, Read P, Slingluff CL. Chapter 92: Cutaneous Melanoma. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.

Actualización más reciente: marzo 1, 2023

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la American Cancer Society (<https://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.

La información médica de la American Cancer Society está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor refiérase a nuestra Política de Uso de Contenido (www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html) (información disponible en inglés).

cancer.org | 1.800.227.2345