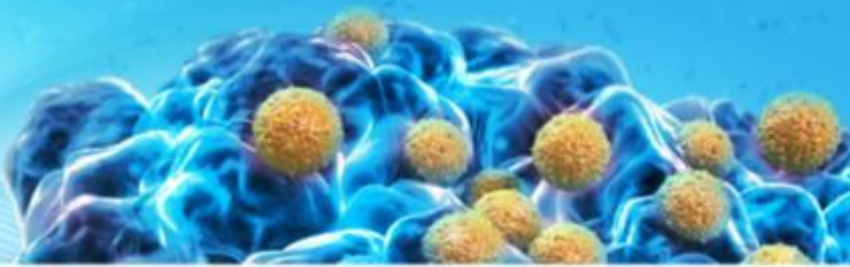


# Entendiendo el melanoma: La forma de cáncer de piel más letal



Media Fact Sheet

## Datos claves

- La incidencia del melanoma en Europa se ha más que duplicado en los últimos 30 años<sup>1</sup>.
- El melanoma metastásico es una de las formas más agresivas de cáncer; el 75% de los pacientes fallece durante el primer año del diagnóstico<sup>2</sup>.
- Debido al mal pronóstico y a la falta de tratamientos eficaces para el melanoma no operable (fase III) y metastásico (fase IV), existe una necesidad médica no cubierta muy importante.
- El melanoma representa sólo el 4% de todos los casos de cáncer de piel, pero es responsable del 80% de las muertes por este tipo de tumores<sup>3</sup>.
- El melanoma avanzado es la neoplasia que más rápido aumenta su incidencia en hombres y el segundo en mujeres<sup>4</sup>.
- En Europa, casi 68.000 personas son diagnosticadas con melanoma cada año<sup>5</sup>.

## Biología del melanoma

El melanoma es el cáncer de piel más peligroso y, en su etapa avanzada, es agresivo y mortal. Al contrario que muchos tumores sólidos, esta enfermedad afecta a personas jóvenes y de mediana edad. La edad media de diagnóstico para el melanoma es 57 años y la edad media de fallecimiento de los pacientes es de 67 años<sup>6</sup>.

El melanoma se caracteriza por una transformación maligna de las células productoras de pigmentación en la piel, los melanocitos. Estas células se encuentran en la capa más profunda de la piel, en la capa intermedia del ojo, en el interior del oído y en algunos órganos internos<sup>7</sup>.

Los tipos más comunes de melanoma son el melanoma de extensión superficial (crecimiento lento, habitualmente en las piernas, espalda o el tórax), el melanoma nodular (de crecimiento rápido, aparece habitualmente en el tórax, la espalda, la cabeza y el cuello) y el lentigo maligno (se da generalmente en personas mayores en forma de peca melanótica de Hutchinson precancerosa)<sup>8</sup>.

El melanoma se puede tratar si se detecta en una fase temprana, pero si la enfermedad está avanzada, es decir, cuando el cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo, es muy difícil de tratar<sup>9</sup>.

## Detección y diagnóstico del melanoma<sup>10</sup>



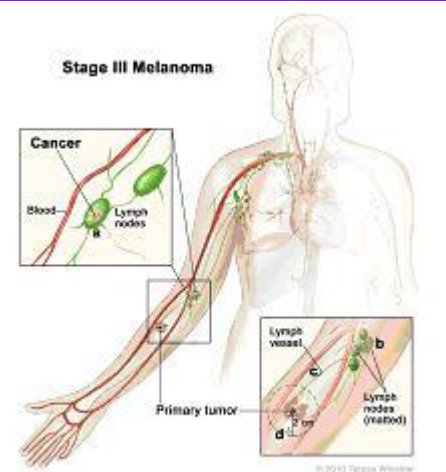
Los melanomas tienen características exclusivas que ayudan en su diagnóstico. Estas características se pueden identificar mediante los criterios ABCDE (Asimetría, Borde irregular, Color variable, Diámetro mayor de seis milímetros y Evolución de la forma, el borde, el color o el tamaño). Este sistema es utilizado habitualmente por los dermatólogos para el diagnóstico del melanoma temprano. Los lunares que tienen estas características deben ser examinados por un médico.

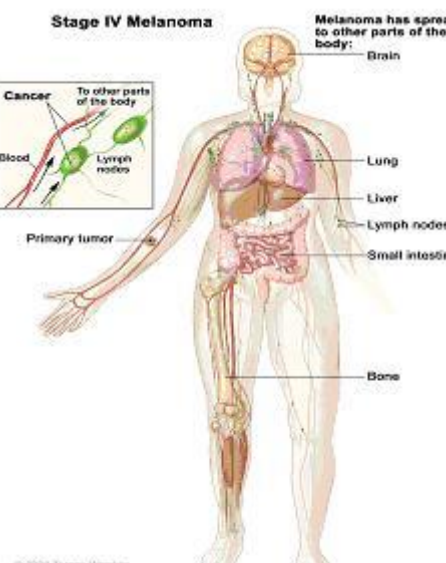
## Las fases del melanoma<sup>10</sup>

<b>Fase 0</b>	<b>Melanoma in situ o anomalía de la piel</b>	
<b>Fase I-II</b>	<b>Fase precoz, enfermedad localizada</b>	
<b>Fase III</b>	<b>Melanoma regionalmente avanzado</b> El cáncer se ha extendido a los nodos linfáticos o a los vasos linfáticos cercanos, pero <u>puede ser operado</u>	
<b>Fase III No operable</b>	<b>Melanoma regionalmente avanzado</b> El cáncer se ha extendido a los nodos linfáticos o a los vasos linfáticos cercanos, y <u>no puede ser operado</u>	La fase III no operable y la fase IV son consideradas como <b>MELANOMA AVANZADO</b>
<b>Fase IV</b>	<b>Melanoma avanzado distante</b> El cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo distantes del tumor inicial: pulmones, hígado, cerebro y huesos	

## Pronóstico del melanoma avanzado

El melanoma avanzado es una de las formas de cáncer más agresivas; aproximadamente el 75% de los pacientes fallecen durante el primer año del diagnóstico<sup>2</sup>.

<p><b>Fase III</b></p> <p>Las tasas de supervivencia a cinco años son muy variables, oscilando entre el 22,7 y el 87,1%<sup>12</sup>.</p>	 <p><b>Stage III Melanoma</b></p> <p>The diagram illustrates a human figure with a primary tumor on the arm. It shows cancer cells spreading to lymph nodes and entering the bloodstream. Labels include: Cancer, Blood, Lymph nodes, Primary tumor, Lymph vessel, and Lymph nodes (axilla). A copyright notice at the bottom reads: © 2013 Tazawa Winshel, U.S. Govt. has certain rights.</p>
---	--

<p><b>Melanoma fase IV</b></p>		 <p><b>Stage IV Melanoma</b></p> <p>Melanoma has spread to other parts of the body: Brain, Lung, Liver, Lymph nodes, Small intestine, Bone.</p> <p>Labels include: Cancer, To other parts of the body, Blood, Lymph nodes, Primary tumor, Lung, Liver, Lymph nodes, Small intestine, Bone. A copyright notice at the bottom reads: © 2013 Tazawa Winshel, U.S. Govt. has certain rights.</p>
<p>Tasa de supervivencia a un año</p>	<p>33–62%<sup>13</sup></p>	
<p>Tasa de supervivencia a dos años</p>	<p>18–40%<sup>13</sup></p>	
<p>Tasa de supervivencia a cinco años</p>	<p>6%<sup>14</sup></p>	
<p><b>La supervivencia media es de entre 6 y 9 meses.</b><sup>15</sup></p>		

## Incidencia del melanoma en Europa (2008) Error! Marcador no definido.

País	Tasa	Cifra
Unión Europea (27)	11,3	67.431
Bélgica	12,9	1.594
Francia	10,4	7.532
Alemania	15,5	16.231
Grecia	2,9	407
Italia	11	8.003
Polonia	5,4	2.333
Portugal	6	781
Suiza	24,3	2.173
Países Bajos	20,3	3.787
Reino Unido	13,8	9.927

### Tratamiento actual y posibilidades de futuro

Debido al mal pronóstico y a la falta de tratamientos eficaces para el melanoma no operable (fase III) y metastásico (fase IV), existe una necesidad médica no cubierta muy importante.

No existe un tratamiento de referencia para las personas con melanoma avanzado y las guías terapéuticas actuales<sup>16</sup> recomiendan incluir a los pacientes en un ensayo clínico en el que se analicen nuevas opciones de tratamiento<sup>17</sup>.

Para los pacientes con melanoma avanzado, la aparición de nuevos tratamientos inmunoterápicos que han demostrado mejorías sobre la supervivencia en ensayos clínicos podría conducir a cambiar estas guías terapéuticas en el futuro.

### La inmunooncología representa un significativo paso adelante en el tratamiento del melanoma

La inmunooncología tiene un mecanismo de acción diferente a la quimioterapia o a los agentes que atacan vías moleculares o mutaciones genéticas. Estos agentes actúan directamente contra el tumor con el objetivo de destruir células cancerosas, mientras que la inmunooncología dirige sus efectos al sistema inmune, para provocar cambios en la carga tumoral. Esto significa que todos los pacientes, excepto aquellos con alguna anomalía genética o en alguna ruta celular, podrían beneficiarse del tratamiento inmunooncológico.

El efecto clínico de la inmunooncología es diferente al de la terapia convencional, ya que la respuesta inmunológica podría tardar tiempo antes de provocar un beneficio clínico, a veces hasta semanas después de comenzar el tratamiento<sup>18</sup>. Los efectos secundarios de la inmunooncología también son diferentes; al estar mediados por el sistema inmune, requieren un manejo distinto. El mecanismo de esta nueva clase de tratamientos está definiendo una nueva aproximación al manejo del melanoma avanzado y un mayor entendimiento del papel del sistema inmune en la lucha contra el cáncer.

## Referencias

---

- <sup>1</sup> Garbe C *et al.* Melanoma epidemiology and trends. *Clin Dermatol* 2009;27:3-9.
- <sup>2</sup> Korn E *et al.* Meta-analysis of phase 2 cooperative group trials in metastatic stage IV melanoma to determine progression-free and overall survival benchmarks for future phase 2 trials. *J Clin Oncol* 2008;26:527-34.
- <sup>3</sup> Miller AJ, Mihm MC. Melanoma. *N Engl J Med* 2006;355:51-65.
- <sup>4</sup> National Comprehensive Cancer Network (2011). NCCN clinical practice guidelines in oncology<sup>(TM)</sup> - melanoma. V.3.2012. Available at: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp#site](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#site) Accessed January 2012.
- <sup>5</sup> European Cancer Observatory. Cancer: Melanoma of the Skin. Available at: <http://eu-cancer.iarc.fr/cancer-11-melanoma-of-skin.html,en> Accessed January 2012.
- <sup>6</sup> Markovic SN *et al.* Malignant melanoma in the 21st century, part 1: epidemiology, risk factors, screening, prevention, and diagnosis. *Mayo Clin Proc.* 2007;82:364-80.
- <sup>7</sup> Skin Cancer Foundation. What is melanoma? Available at <http://www.skincancer.org/Melanoma> Accessed January 2012.
- <sup>8</sup> MacMillan Cancer Support. Types of thin melanoma (less than 1mm). Available at <http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Cancertypes/Melanoma/thinmelanoma/Thinmelanoma.aspx>. Accessed April 2012.
- <sup>9</sup> Melanoma. Available at <http://www.patient.co.uk/health/Cancer-of-the-Skin-Melanoma.htm> Accessed January 2012.
- <sup>10</sup> The Skin Cancer Foundation. Melanoma Warning Signs and Images: Do you know your ABCDEs? Available at <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/melanoma/melanoma-warning-signs-and-images/do-you-know-your-abcdes> Accessed January 2012.
- <sup>11</sup> American Cancer Society. Melanoma skin cancer. How is melanoma staged? Available at <http://www.cancer.org/Cancer/SkinCancer-Melanoma/DetailedGuide/melanoma-skin-cancer-staging> Accessed January 2012.
- <sup>12</sup> Balch CM *et al.* Multivariate analysis of prognostic factors among 2,313 patients with stage III melanoma: Comparison of nodal micrometastases versus macrometastases. *J Clin Oncol* 2010;28(14):2452-59.
- <sup>13</sup> Balch CM *et al.* Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol* 2009;27(36):6199-6206.
- <sup>14</sup> Barth A *et al.* Prognostic factors in 1,521 melanoma patients with distant metastases. *J Am Coll Surg* 1995;181(3):193-201.
- <sup>15</sup> Chin L *et al.* Malignant melanoma: Genetics and therapeutics in the genomic era. *Genes Dev* 2006;20:2149-82.
- <sup>16</sup> Dummer R *et al.* ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of melanoma. *Ann Oncol* 2010;21 (Suppl. 5):v194-97.
- <sup>17</sup> Garbe C *et al.* Systematic review of medical treatment in melanoma: Current status and future prospects. *Oncologist* 2011;16:5-24.
- <sup>18</sup> Hoos A *et al.* Improved endpoints for cancer immunotherapy trials. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:1388-1397.