



Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba

Prevención, diagnóstico y tratamiento del **cáncer de piel**



PUBLICACIONES INSTITUCIONALES • PROGRAMAS

Prevención, diagnóstico y tratamiento
del **cáncer de piel**





Programa Integral
para el Control del Cáncer
en Cuba

Prevención, diagnóstico y tratamiento
del **cáncer de piel**



PUBLICACIONES INSTITUCIONALES • PROGRAMAS

La Habana • 2023

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Sección Independiente de Control del Cáncer.

Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de piel/ Olaine Regla Gray Lovio...[et al.]; — La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2023.

75 p.: il., tab. — (Publicaciones Institucionales. Serie Programas)

-

-

Programas Nacionales de Salud/normas, Neoplasias cutáneas, Atención Integral de Salud/normas, Pautas Prácticas, Estrategias Nacionales, Cuba

WA 540

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública (CUB). Sección Independiente de Control del Cáncer. Prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de piel [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-del-cancer-de-piel/>

Edición: Lic. Mytil Font Martínez

Diseño de colección: D. I. José Manuel Oubiña González

Ilustración de cubierta y realización: Téc. Yamilé Hernández Rodríguez

Maquetación: Téc. Amarelis González La O

Sobre la presente edición:

© Ministerio de Salud Pública, 2023

© Editorial Ciencias Médicas, 2023

ISBN 978-959-313-781-2 (PDF)

ISBN 978-959-313-782-9 (EPUB)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado

La Habana, C. P. 10400, Cuba

Teléfono: +53 7836 1893

ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu

Grupo editorial del Programa Integral para el Control del Cáncer

Walkiria Bermejo Bencomo

Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado
en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar.

Investigador Agregado. Coordinadora de la Red de Conocimientos
de la Sección Independiente de Control
del Cáncer. Ministerio de Salud Pública.

Gisela Abreu Ruíz

Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado
en Medicina General Integral y en Medicina Interna. Profesor Auxiliar.

Investigador Agregado. Coordinadora del Grupo Programa de la Sección
Independiente de Control del Cáncer.
Ministerio de Salud Pública.

Asesores

María Caridad Rubio Hernández

Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Oncología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Jefa de la Sección Independiente de Control del Cáncer. Ministerio de Salud Pública.

Carlos Alberto Martínez Blanco

Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Jefe de la Sección Independiente de Control del Cáncer. Ministerio de Salud Pública.

Teresa Romero Pérez

Máster en Educación Médica Superior. Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesor Titular y Consultante. Investigador Auxiliar.

Autoría

Autores principales

Olaine Regla Gray Lovio

Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe de Grupo Especial de Trabajo de Cáncer de Piel.

Erasmus Pablo Gómez Cabrera

Especialista de II Grado en Oncología. Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe de Grupo Especial de Trabajo de Cirugía Oncológica.

Coautores

Omara Lemus Cosme

Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Asistente. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Jorge Luis González Hernández

Máster en Salud Ambiental. Especialista de I Grado en Oncología. Profesor Asistente. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Marlene Curbelo Alonso

Doctor en Ciencias. Máster en Educación Médica. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor e Investigador Auxiliar. Hospital Gustavo Aldereguía Lima. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Yanelis Longina Mir Espinosa

Especialista de I Grado en Oncología Médica. Instructor. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Ernesto Arteaga Hernández

Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Manuel Salazar Sedano

Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lorenzo Anasagasti Angulo

Especialista de II Grado en Oncología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Rigoberto García Gómez

Doctor en Ciencias. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor e Investigador Titular. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Carlos Leonardo Vázquez González

Máster en Salud Ambiental. Especialista de I Grado en Oncología. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

Juan Francisco Tejera Díaz

Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Julio Trigo López. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Arnaldo Acosta González

Especialista de I Grado en Oncología. Profesor Asistente. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Iraida Caballero Aguirrechu

Especialista de II Grado en Oncología Médica. Profesor e Investigador Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.-Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Amelia Betancourt Pérez

Especialista de I Grado en Dermatología. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

Meilyn Fernández Martori

Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor e Investigador Auxiliar. Policlínico Universitario Dr. Carlos J. Finlay. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Vladimir Sánchez Linares

Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Policlínico Centro. Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus.

Helga Candanedo Pazos

Especialista de I Grado en Oncología Médica y Radioterapia. Instructor.
Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Universidad de Ciencias
Médicas de La Habana.

Mariana Nazario Dolz

Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.
Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

María del Carmen Llanta Abreu

Doctor en Ciencias Psicológicas. Máster en Psicología de la Salud
y en Bioética. Especialista de I Grado en Psicología de la Salud.
Profesor e Investigador Titular. Instituto Nacional de Oncología
y Radiobiología. Universidad de Ciencias Médicas
de La Habana.

Yanelys Martínez Ochoa

Máster en Psicología de la Salud. Licenciada en Psicología. Instituto
Nacional de Oncología y Radiobiología.

Yaima Haydeé Galán Álvarez

Máster en Salud Pública. Licenciado en Matemática.
Profesor e Investigador Auxiliar. Ministerio de Salud Pública. Universidad
de Ciencias Médicas de La Habana.

Comité Revisor Externo

Alfredo Abreu Daniel

Especialista de II Grado en Dermatología.
Profesor Titular y Consultante. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico
Manuel Fajardo. Universidad de Ciencias
Médicas de La Habana.

Vicente de Jesús Álvarez Yabor

Máster en Enfermedades Infecciosas.
Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor
Consultante y Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital
Dr. Ernesto Guevara de la Serna. Universidad
de Ciencias Médicas de Las Tunas.

Ernesto Cárdenas Flores

Especialista de I Grado en Medicina General Integral
y en Oncología. Profesor Asistente. Instituto Nacional
de Oncología y Radiobiología. Universidad de Ciencias
Médicas de La Habana.

Elías Gracia Medina

Especialista de I Grado en Oncología. Profesor Auxiliar.
Instituto de Oncología y Radiobiología. Universidad
de Ciencias Médicas de La Habana.

Julián Manzur Katrib

Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Titular
y Consultante. Hospital General Docente Enrique Cabrera Cossío.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Jorge Luis Soriano García

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Oncología.
Profesor Titular. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Marta Osorio Rodríguez

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Oncología.
Profesor Titular y Consultante. Investigador Titular. Instituto Nacional
de Oncología y Radiobiología. Universidad
de Ciencias Médicas de La Habana.

Fernanda Pastrana Fundora

Máster en Enfermedades Infecciosas.
Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Consultante.
Investigador Auxiliar. Hospital Pediátrico Docente
Juan Manuel Márquez. Universidad de Ciencias Médicas
de La Habana.

Gladys Veloso Padrón

Especialista de II Grado en Dermatología.
Profesor Consultante y Titular. Hospital Clínico Quirúrgico Manuel
Ascunce Domenech. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.

Declaración de conflictos de interés: Los autores y colaboradores de la presente guía declaran no tener conflictos de interés respecto a los contenidos del texto. El desarrollo y la publicación de la presente guía han sido financiados íntegramente con fondos estatales.



Prefacio

El cáncer de piel es uno de los tipos de cáncer más frecuentes en el mundo y en Cuba ocupa la primera causa de enfermar por tumores malignos en ambos sexos.

Algunas personas tienen mayor riesgo de padecer este tipo de cáncer que otras, aunque puede afectar a cualquiera sin distinción. La causa más frecuente del crecimiento anormal y descontrolado de las células cutáneas es la acción de la radiación ultravioleta, procedente de la luz solar o de fuentes artificiales, por lo que es más probable que se manifieste en zonas de la piel expuestas al sol.

Como parte de las acciones contra el cáncer de piel, hace 4 años este se incorporó con prioridad dentro del Programa Integral para el Control del Cáncer, que se implementa según los componentes de la Estrategia Nacional de Control del Cáncer y por niveles de atención.

Resulta de vital importancia la discusión de los casos en el grupo multidisciplinario para determinar la conducta a seguir, este se integra según especialidades implicadas como dermatología, oncología, patología, psicología, radiología, cirugía, entre otras.

La presente publicación está encaminada a uniformar las acciones disponibles en Cuba para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las formas más frecuentes de cáncer de piel –carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma maligno cutáneo, este último, no por su incidencia, sino por su alta mortalidad–, además de constituir una herramienta indispensable para orientar a los profesionales en la toma de decisiones.

Nuestro agradecimiento por el esfuerzo a todos los que, de una u otra forma, hicieron posible la realización de esta Guía.

Equipo de trabajo de la Sección de Control del Cáncer
Ministerio de Salud Pública



Índice de contenidos

Capítulo 1. Generalidades/ 1

Capítulo 2. Cáncer cutáneo no melanoma/ 4

Promoción y prevención/ 5

Carcinoma basocelular/ 7

Carcinoma espinocelular/ 14

Indicadores de evaluación del cáncer cutáneo no melanoma/ 23

Capítulo 3. Cáncer cutáneo melanoma maligno/ 24

Promoción y prevención/ 24

Factores de riesgo/ 25

Diagnóstico/ 26

Factores pronósticos/ 32

Tratamiento/ 33

Estadamiento/ 35

Seguimiento/ 39

Situaciones especiales/ 41

Indicadores de evaluación del cáncer cutáneo melanoma maligno/ 42

Capítulo 4. Evaluación e intervención psicológica en pacientes diagnosticados con cáncer de piel/ 44

Evaluación/ 44

Intervención/ 45

Referencias bibliográficas/ 47

Anexos/ 53

Anexo 1. Algoritmo de control del cáncer de piel para la atención primaria de salud/ 53

Anexo 2. TNM del carcinoma espinocelular 8.^{va} edición/ 54

Anexo 3. TNM para carcinoma basocelular y espinocelular
AJCC 7.^{ma} edición/ 56

Anexo 4. Regionalización para la atención al cáncer de piel en Cuba/ 59

Anexo 5. Historia Clínica modelo 68-14-01/ 60

Anexo 6. Modelo oficial de reporte de cáncer/ 62

Anexo 7. Principios básicos en el manejo del cáncer de piel/ 64

Anexo 8. Indicadores de evaluación de la guía de cáncer cutáneo
no melanoma (carcinomas basocelular y espinocelular)/ 65

Anexo 9. Regionalización para los estudios de inmunohistoquímica
en Cuba/ 68

Anexo 10. Estadiamiento de melanoma cutáneo. AJCC 8.^{va} edición/ 68

Anexo 11. Biopsia de ganglio centinela/ 71

Anexo 12. Indicadores de evaluación de la guía de melanoma maligno
cutáneo/ 73



Capítulo 1

Generalidades

El cáncer de piel es la localización más frecuente de cáncer reportada a nivel mundial. Este se clasifica en cáncer cutáneo no melanoma –que incluye el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular–, melanoma maligno cutáneo y otros tumores malignos de piel.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo se registran cada año de 2 a 3 millones de casos de cáncer cutáneo no melanoma y de 132 a 160 000 casos de melanoma maligno cutáneo. La tasa de incidencia de este último crece cada año del 3 al 8 %. Se plantea que 1 de cada 3 pacientes diagnosticado de cáncer, presenta un carcinoma cutáneo y 1 de cada 6 personas, padecerá una neoplasia cutánea maligna en algún momento de su vida.

Australia y Nueva Zelanda son los países con mayores cifras de casos en todo el mundo. En Estados Unidos, 1 de cada 5 norteamericanos tendrá un cáncer cutáneo a lo largo de su vida y el mayor número de casos corresponde al cáncer cutáneo no melanoma. La Sociedad Americana de Cáncer estima que la piel es la localización más frecuente, ya que representa más del 50 % de los cánceres en ese país.

En Cuba, durante los últimos años, el cáncer en general ha aumentado considerablemente en incidencia y mortalidad. De manera sostenida el cáncer cutáneo ocupa la primera causa de enfermarse por cáncer en ambos sexos. En 1990 fueron reportados al Registro Nacional de Cáncer 3353 casos nuevos para una tasa cruda de 63,3 y ajustada a la población mundial de 56,7 por 100 000 habitantes, respectivamente. En el año 2000, se reportaron 4998 casos con una tasa cruda de 89,3 y ajus-

tada a la población mundial de 68,6 por 100 000 habitantes. En 2017, según cifras publicadas en el *Anuario Estadístico de Salud* 2020, representó el 26 % del total de casos nuevos reportados al Registro Nacional de Cáncer con 12 864 pacientes, del sexo masculino 6793 con una tasa cruda de 121,3 y ajustada a la población mundial de 68,5 por 100 000 habitantes, y, del sexo femenino 6071 enfermas con una tasa cruda de 107,5 y ajustada de 58 por 100 000 habitantes.

A tales efectos, el Grupo Especial de Trabajo de cáncer cutáneo (GETCC) y el de Cirugía Oncológica (GETCO), así como otros profesionales designados, se dieron a la tarea de elaborar esta guía que constituye la primera pauta nacional de trabajo para el control del cáncer cutáneo desde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.

En esta oportunidad, se incluyen las formas más frecuentes de cáncer cutáneo, que son el carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y el melanoma maligno cutáneo, este último no por su incidencia, sino por la mortalidad, ya que alcanza alrededor del 80 % de las muertes ocurridas por cáncer de piel.

En Cuba se desarrolló el primer programa de cáncer en 1969 y después surgieron otros de manera independiente. En 1987 fueron aglutinados en un Programa Nacional de Cáncer y en 2006, se reformuló como el Programa Integral para el Control del Cáncer (PICC).

El Programa Integral para el Control del Cáncer es el único documento rector para la actuación vigente, e incluye acciones de control (que se implementan a través de la Estrategia Nacional de Control del Cáncer), para las localizaciones que mayor número de casos aportan a la incidencia y mortalidad por cáncer en el país (pulmón, mama, próstata, colon, cervicouterino, piel, bucal y en la infancia). Dentro de sus líneas de trabajo, es una prioridad la actualización de guías o protocolos nacionales para las localizaciones tumorales; sin embargo, hasta el momento no se había logrado crear la de cáncer de piel. Es válido reconocer que existen normas o guías en algunos centros, con implementación limitada.

Este importante libro se ha trazado como objetivos estandarizar la actuación del personal de salud para el correcto diagnóstico, pronóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma maligno cutáneo en el Sistema Nacional de Salud.

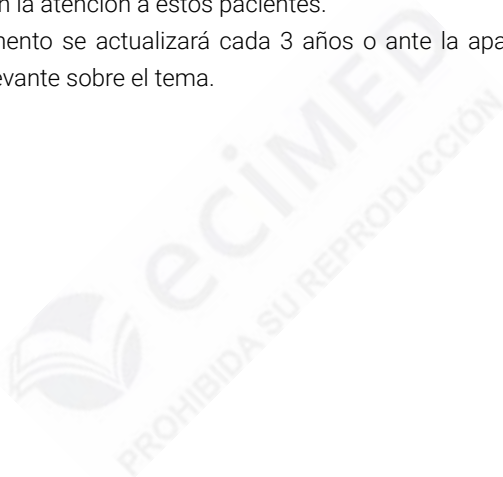
Al alertar al personal de salud de las diversas pautas a seguir lograremos un diagnóstico temprano e incrementaremos la supervivencia o control de los pacientes con los tipos de cáncer de piel más frecuentes.

El colectivo de autores realizó una amplia revisión de la literatura internacional incluidos programas, normas, guías y protocolos de carcinoma cutáneo de prestigiosas organizaciones y sistemas de salud.

Se realizaron varias sesiones de trabajo con la participación de expertos de los grupos especiales de trabajo de cáncer de piel y cirugía oncológica, hasta consensar el documento. Posteriormente se entregó al comité revisor externo y por último se presentó a la Sección de Control del Cáncer del Ministerio de Salud Pública para su aprobación y evaluación por el grupo editorial del PICC (para su publicación) e implementación nacional.

Este trabajo de actualización y ordenamiento de las características de cada tipo de cáncer cutáneo y el posterior protocolo, servirá a especialistas en medicina implicados en la atención a estos pacientes.

Este documento se actualizará cada 3 años o ante la aparición de alguna información relevante sobre el tema.





Capítulo 2

Cáncer cutáneo no melanoma

El cáncer cutáneo no melanoma incluye al carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular, que representan aproximadamente el 80 % y el 16 % de todos los tumores de piel, respectivamente. Cada año se diagnostican en el mundo entre 10 millones del primero y 2,75 millones de nuevos casos del segundo.⁽¹⁾

El carcinoma basocelular es un tumor maligno de origen epitelial que afecta solo piel, y surge de células pluripotentes de la zona basal de la epidermis y de la vaina radicular externa del folículo piloso, es de crecimiento lento y rara vez metastiza. Por su invasión local causa gran morbilidad, porque es capaz de destruir músculo, cartílago y hueso, lo que da lugar a graves deformidades, pérdida funcional y excepcionalmente la muerte.⁽²⁾

El carcinoma basocelular representa el 75 % de los cánceres cutáneos no melanoma en las personas de piel blanca. Se reporta un incremento considerable en su incidencia en los últimos años. En la actualidad, se considera que 3 de cada 10 de estas personas, tienen la posibilidad de desarrollar este tipo de tumor. En las últimas décadas se ha duplicado en el sexo masculino y triplicado en el femenino, con pico entre los 50 y los 70 años en hombres y 60 años en mujeres; aunque se observa en personas cada vez más jóvenes (menores de 40 años).⁽³⁾

La mayor incidencia reportada proviene de Australia, que oscila entre 745 y 1269 casos por cada 100 000 personas al año en mujeres y entre 1041 y 1813 enfermos por cada 100 000 personas al año en hombres, seguida de Estados Unidos. En Latinoamérica, la incidencia es mayor en Brasil, con 295 casos por cada 100 000 habitantes al año.⁽⁴⁾

En Cuba, es el tipo más frecuente de las neoplasias cutáneas. En 2017 se diagnosticaron 3956 nuevos casos en el sexo masculino con una tasa cruda de 70,6 y una tasa ajustada a la población mundial de 40,3 por 100 000 habitantes; así como 3853 casos en el sexo femenino con una tasa cruda de 68,3 y una tasa ajustada a la población mundial de 38 por 100 000 mujeres.⁽⁵⁾

El carcinoma espinocelular es una neoplasia maligna epitelial originada en los queratinocitos suprabasales (queratinizantes) de la epidermis y sus anexos, que compromete piel y mucosas con epitelio escamoso (anogenital y oral). Puede surgir de novo, a partir de las llamadas lesiones premalignas o sobre dermatosis preexistentes. Un porcentaje importante de la forma invasiva de este tipo de tumor, tiene un comportamiento biológico agresivo, con potencial destructivo local, metastásico y puede producir la muerte.⁽⁶⁾

En 2017 fueron reportados 4817 nuevos casos de carcinoma espinocelular (37,4 % del total de cáncer de piel), lo que representó un 15 % más de lo notificado en 2015. La incidencia para el sexo masculino fue de 2726 casos, una tasa cruda de 48,7 por 100 000 y una ajustada a la población mundial de 27 por 100 000 hombres. Para las mujeres la incidencia fue menor, con 2091 casos nuevos, una tasa cruda de 37 por 100 000 y una ajustada a la población de 18,6 por 100 000 mujeres.

Promoción y prevención

Para el control de cáncer cutáneo no melanoma son muy importantes la promoción y la prevención.^(7,8,9,10,11)

La prevención primaria se realiza a través de una adecuada fotoeducación desde etapas tempranas de la vida, donde las personas (incluido el personal de salud) conozcan acerca de los factores de riesgo y de cómo evitar o minimizar los prevenibles a través de campañas de divulgación en los medios, en la formación del personal sanitario, en la consulta médica, entre otros.

Los factores de riesgo se ampliarán en cada capítulo de esta guía, conociendo que la exposición en exceso a la radiación ultravioleta es el principal factor de riesgo modificable de los cánceres cutáneos en las personas de color de piel claro.

Asociado a esto existe una clasificación, según Fitzpatrick, en fototipos que depende de la respuesta del individuo a la exposición solar según su capacidad de quemarse, broncearse o no:

- Fototipo I: Piel más clara, alta susceptibilidad a quemadura solar y ninguna capacidad de broncearse.

- Fototipo II: Piel con alta susceptibilidad a quemadura solar y escasa capacidad de broncearse.
- Fototipo III: Piel con moderada susceptibilidad a la quemadura solar y buena capacidad de broncearse.
- Fototipo IV: Piel con baja susceptibilidad a la quemadura solar y muy buena capacidad de broncearse.
- Fototipo V: Piel con muy baja susceptibilidad a la quemadura solar y excelente capacidad de broncearse.
- Fototipo VI: Piel más oscura, no se quema y tiene excelente capacidad de broncearse.

Acerca de cómo evitar o disminuir los efectos del exceso de radiación ultravioleta, se recomienda para la población general algunas medidas de fotoprotección:⁽¹⁰⁾

- Evitar exceso de sol. Tratar de no exponerse al sol entre las 10:00 a.m. y 4:00 a 5:00 p.m.
- Buscar la sombra que produce su cuerpo; si es más pequeña que usted, alerta, la incidencia de radiación ultravioleta es alta.
- Cuando esté al aire libre tratar de buscar la sombra. Podar el árbol donde sea necesario, pero no permitir la tala indiscriminada de ellos.
- Usar sombreros, gorras con viseras, paraguas o sombrillas de colores oscuros, gafas oscuras con filtro de protección solar.
- Usar ropas de trama cerrada, que cubran la mayor parte del cuerpo y de colores oscuros, pasteles, o que no sean muy claros.
- Usar diariamente fotoprotectores tópicos en cremas, geles y en barra labial con Factor de protección solar ≥ 30 y amplio espectro (protege contra la radiación ultravioleta B y A):
 - Aplicarlos en cantidad suficiente, media hora antes de exponerse al sol y reaplicar cada 3 o 4 h si se mantiene fotoexpuesto.
 - Reaplicarlo cada vez que se humedece la piel por más de 20 min.
 - No aplicar en menores de 6 meses.
 - No creer que por tener aplicado el protector solar se puede exponer innecesariamente al sol, este es para disminuir el efecto de este cuando se debe estar expuesto.
- No usar productos ni equipos que expelen sustancias agotadoras de ozono como los clorofluorocarbonados, entre otras.

El personal de salud debe conocer y dar a conocer las poblaciones de mayor riesgo y cómo realizar autoexamen de piel.

La prevención primaria sigue siendo el pilar más importante para el cáncer de piel.

Conociendo que en cáncer mientras más temprano se hace el diagnóstico conjuntamente con un adecuado y oportuno tratamiento, mejor será el pronóstico del paciente, para la prevención secundaria, es necesario que las personas se realicen un correcto autoexamen de piel y que el médico haga el examen de piel en consulta, como se muestra en el algoritmo de atención primaria de salud (anexo 1), además de fotoeducar a su población.

La educación médica es importante y debe ser continuada, con el objetivo de actualizar a todos sobre el tema. El dermatólogo debe capacitar al personal de salud de su área, al menos dos veces al año.

Carcinoma basocelular

El carcinoma basocelular es el más frecuente de los tumores malignos de piel y se presenta generalmente en zonas fotoexpuestas de piel, como la región facial, con diferentes formas clínicas.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo del carcinoma basocelular son:

- Exposición excesiva a radiación ultravioleta. Este es el principal factor de riesgo modificable de la enfermedad.
- Fototipo de piel I a II. Piel blanca, cabellos rubios o rojizos y ojos claros.
- Edad mayor de 60 años.
- Antecedentes patológicos personales y familiares de cáncer cutáneo.
- Exposición a radiaciones ionizantes.
- Exposición a hidrocarburos aromáticos policíclicos.
- Inmunosupresión.
- Factores genéticos como mutaciones del gen p53. Existencia de genodermatosis, como xeroderma pigmentoso, síndrome del carcinoma de células basales nevoide, síndrome de Bazex, albinismo, entre otros.
- Existencia de nevo sebáceo, cicatrices de vacunas, entre otros.⁽¹²⁾

Diagnóstico

El diagnóstico del carcinoma basocelular se realiza sobre la base de varios criterios, sobre todo clínicos, dermatoscópicos y anatomopatológicos.

Formas clínicas

El carcinoma basocelular puede presentarse en diversas formas clínicas que pueden ser pigmentadas o no.^(7,9,13)

- Nodular o noduloglobuloso.
- Superficial.
- Morfeiforme o esclerodermiforme.
- Plano cicatricial.
- Ulcerado (*Ulcus rodens*).
- Terebrante o infiltrante.
- Fibroepitelial de Pinkus.

Criterios dermatoscópicos

La dermatoscopia es una técnica auxiliar de gran valor en el diagnóstico del carcinoma basocelular, pues, además de permitir la caracterización de la lesión, orienta sobre el subtipo clínico, todo lo cual ayuda en la decisión terapéutica.^(7,9,14,15)

Las estructuras dermatoscópicas que se pueden observar son:

- Vasos arboriformes.
- Ulceración.
- Múltiples puntos azul-gris.
- Grandes nidos ovoides.
- Estructuras en forma de hoja de trébol.
- Estructuras en rueda de carro.
- Otros criterios: vasos finos truncados, estructuras concéntricas, múltiples erosiones pequeñas, estructuras cristalinas blanco-brillantes y áreas brillantes blanco-rojizas sin estructura.

Criterios histopatológicos

Desde el punto de vista histopatológico, las variantes morfológicas son las que aportan información para el diagnóstico del carcinoma basocelular:

- Nodular (60 a 80 %).
- Superficial o multicéntrica (10 a 20 %).
- Infiltrativo.
- Morfeiforme.
- Ulceroso.
- Metatípico o basoescamoso (raro y controversial).^(7,9,16,17)

Los criterios para el diagnóstico histopatológico presentes en todas las variantes morfológicas son:

- Neoplasia epitelial compuesta por agregados, islotes o cordones entrelazados de células basaloides indiferenciadas.
- Proliferación celular monótona de células redondas u ovales con núcleos basófilos, cromatina densa, sin nucléolo visible y citoplasma escaso.
- Pleomorfismo y mitosis escasas.
- Disposición periférica en “empalizada” de las células tumorales.
- Necrosis en masa o de células individuales y ulceración común.
- Hendiduras artefactuales entre las células tumorales y el estroma.
- Degeneración mixoide del estroma.⁽¹⁶⁾

Los principales datos que debe incluir el informe anatomopatológico son:

- Tipo de patrón de crecimiento (puede ser combinado):
 - Nodular (agregados grandes y pequeños).
 - Superficial.
 - Infiltrativo o desmoplásico.
 - Morfeiforme.
 - Micronodular.
 - Ulceroso.
 - Basoescamoso.
 - Células claras.
 - Sarcomatoide.
 - Pleomórfico.⁽⁷⁾
- Tipo de diferenciación:
 - Indiferenciado (más común).
 - Con diferenciación anexial (apocrina, escamosa, sebácea).
 - Diferenciación escamosa maligna (metatípico).
- Invasión perineural.
- Estado o distancia de los márgenes quirúrgicos en milímetros, laterales y profundos.
- Nivel de infiltración en profundidad.
- Infiltrado inflamatorio asociado al tumor (densidad y composición celular).

Factores pronósticos y estadiamiento

Los factores pronósticos de alto riesgo para la persistencia, recurrencia y metástasis del carcinoma basocelular se resumen en clínicos e histopatológicos.

Factores clínicos:

- Carcinoma basocelular localizado en la zona L $\geq$ 2 cm, en zona M $\geq$ 1 cm o en zona H de cualquier tamaño.^(7,9)
- Bordes mal definidos.
- Tumor recidivante.
- Paciente inmunodeprimido.
- Carcinoma basocelular localizado en el sitio de previa radioterapia.

Factores histopatológicos:

- Sitio anatómico (cara, ojos, nariz, labios, orejas).^(7,9)
- Patrón de crecimiento (infiltrativo omorfeiforme).
- Diferenciación celular (basoescamoso).
- Invasión perineural o linfovascular.
- Nivel de infiltración (nivel de Clark V), estadio > pT2.
- Inmunofenotipo. Expresión de citoqueratinas de bajo peso molecular: BerP4 (anticuerpo con glicoproteína de membrana epitelial positivo en carcinoma basocelular y negativo en carcinoma espinocelular) positivo, 34BE12 positivo. Antígeno carcinoembrionario y antígeno de membrana epitelial negativos.⁽¹¹⁾

En la 8.^{va} edición del **Manual de estadiamiento** del American Joint Committee on Cancer (AJCC), quedó excluido el carcinoma basocelular de la clasificación TNM (anexo 2), por lo tanto, para realizar el reporte del caso al Registro Nacional de Cáncer, se utiliza la 7.^{ma} edición, pues la nueva edición se circunscribe a las lesiones de cabeza y cuello (anexo 3).

Para realizar un adecuado estadiamiento, es necesario disponer del informe histológico con los parámetros establecidos y del examen físico completo en la historia clínica.

Tratamiento

Existen diferentes modalidades terapéuticas, las quirúrgicas y las no quirúrgicas. La elección depende de la forma clínica, el tamaño y localización del tumor. Cuando el profesional no está entrenado para realizar el tratamiento de elección según las características del tumor, debe remitir el paciente al nivel de atención según corresponda.

Para seleccionar cualquier opción terapéutica, es necesario disponer del resultado del estudio histológico realizado previamente.⁽¹⁷⁾

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento con cirugía está dirigido a remover o destruir el tumor en su totalidad y a reparar los trastornos funcionales que puedan aparecer, con el propósito de brindar el mejor resultado estético (sin sacrificar los conceptos oncológicos), ya que la mayoría de las lesiones se localizan en la cara.^(7,9,18)

Carcinoma basocelular de bajo riesgo. Son los tumores primarios con bordes bien definidos, que se localizan en la zona L < 2 cm o zona M < 1 cm. En estos casos se recomienda dejar un margen de 4 mm lateral que llegue hasta el tejido celular subcutáneo, lo que garantiza que los bordes de sección quirúrgicos queden libres de lesión, tanto laterales como en profundidad, en el 95 % de los pacientes.

Carcinoma basocelular de alto riesgo. Son tumores de extensión subclínica y multicéntricos, que se localizan en o cerca de estructuras funcionales o estéticas. Se recomienda dejar márgenes de seguridad entre 6 y 10 mm (ideal 10 mm); aunque con frecuencia resulta difícil definirlos por las características del tumor. Es imprescindible la evaluación de los bordes de sección quirúrgicos por el patólogo. Cuando los bordes son cercanos a la lesión, se puede indicar la radioterapia, y cuando están comprometidos, se recomienda la reescisión y el uso de cirugía reconstructiva.⁽¹⁸⁾

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se recomienda cuando la exéresis quirúrgica no es la mejor opción, ya sea por contraindicaciones clínicas o por negativa del paciente. A continuación, se mencionan algunos de los fármacos que se utilizan en estos casos.

Heberferón. Combinación sinérgica de interferón (INF) humano alfa 2b recombinante e interferón humano gamma recombinante, producidos en E. coli.

Presentación: bulbo 3 x 106 IU de INF alfa + 0,5 x 106 IU de INF gamma + albúmina humana + trehalosa, para formar el contenido liofilizado del bulbo que se conserva en frío y se diluye en 2 a 4 mL de agua para inyección en el momento de su aplicación.

Dosis: 10,5 MUI (3 bulbos de 3,5 MUI), con jeringuilla de insulina y aguja fina.

Aplicación y frecuencia: en varios sitios de punción, intradérmica perilesional, 3 veces a la semana por 3 semanas, por personal entrenado (total 27 bulbos).

Se pueden repetir varios ciclos después de la evaluación final a las 16 semanas.

Indicaciones: En lesiones de carcinoma basocelular periorificiales, múltiples, persistentes después del tratamiento inicial, en recidivas no quirúrgicas, tumores avanzados de inicio o por enfermedad en progresión, con infiltración a otras estructuras diferentes a la piel, tumores extensos donde se pretenda disminuir el volumen tumoral o aliviar los síntomas como dolor y sangramiento, en localizaciones tumorales donde pueda ocurrir secuela deformante de otros tratamientos o compromiso y daño de órganos cercanos.

Contraindicaciones: En pacientes con enfermedades autoinmunitarias, severos trastornos de arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca grave, insuficiencia renal grado III, enfermedades crónicas avanzadas con riesgo muy alto, antecedentes de depresión psíquica donde la contraindicación no es absoluta, pero requiere atención especial durante el tratamiento.

Reacciones adversas: Las más frecuentes son dolor en el sitio de aplicación y síndrome pseudogripal.⁽¹⁹⁾

Fluoracilo (5FU)

Presentación: Tubo de crema al 5 %.

Dosis: Una o dos veces por día durante 6 a 8 semanas, proteger las áreas vecinas, especialmente las mucosas.

Aplicación y frecuencia: Colocar la crema con un aplicador no metálico, de forma tópica. No exceder los 50 cm² de superficie cutánea a tratar por vez. Pueden repetirse hasta 3 ciclos separados en el tiempo, por un intervalo mínimo de 3 meses.

Indicaciones: En carcinoma basocelular superficial, en zonas de bajo riesgo, lejos de las mucosas. Preferiblemente en variantes no pigmentadas.⁽²⁰⁾

Radioterapia

Se recomienda el tratamiento con radiaciones en pacientes con lesiones irresecables, en caso que no se logre la extirpación completa y no se pueda reintervenir, o que el paciente se niegue al proceder. Pueden tratarse con equipos de ortovoltaje, de electrones o fotones (aceleradores lineales de diferentes energías o equipos de cobaltoterapia), en dependencia de la profundidad de la lesión y las estructuras que infiltre.

La radioterapia con intención paliativa se utiliza en la enfermedad regional extensa y en lesiones irresecables. Se recomienda la modalidad de braquiterapia de alta tasa por carga diferida de contacto con aplicadores o moldes, en sitios que así lo permitan.

La radioterapia se contraindica en pacientes con condiciones genéticas que predisponen al cáncer de piel, como el xeroderma pigmentoso, y en enfermedades del tejido conectivo, como lupus y esclerodermia.⁽²¹⁾

Existen otros métodos y tratamientos tópicos aprobados internacionalmente como la criocirugía, la electrofulguración, el curetaje y la terapia fotodinámica, entre otros, que se indican solamente en carcinoma basocelular de bajo riesgo y se realizan en los centros de referencia para la atención del cáncer de piel en Cuba (anexo 4).

Seguimiento

El seguimiento de los pacientes tratados se realiza con el objetivo de detectar recidivas tumorales en etapa temprana (el 80 % aparece dentro de los primeros 5 años), nuevas lesiones de carcinoma basocelular o de otro tipo de cáncer de piel y realizar fotoeducación al enfermo, incluido el autoexamen de piel.⁽²²⁾

En cada consulta se debe realizar un examen físico completo (dermatológico y ganglionar). No se indican estudios imagenológicos y de laboratorio de rutina, a menos que el médico lo considere necesario por algún hallazgo clínico.

El tiempo de seguimiento en los pacientes con cáncer de piel es toda la vida:

- Primer año: trimestral, por el especialista que lo trató.
- Segundo año: semestral, por el especialista que lo trató.
- Tercer al quinto año: anual, por el especialista que lo trató.
- Sexto año en adelante: anual, por el dermatólogo del área.

Todo paciente que ha padecido un carcinoma basal, independientemente de su fototipo de piel y de los factores desencadenantes, tiene entre un 20 y un 30 % de posibilidades de presentar un segundo carcinoma basal u otro cáncer cutáneo.

En cuanto a las recidivas y metástasis:

- Las recidivas a 5 años con tratamientos convencionales se presentan alrededor del 10 %.^(7,9,23)
- La recurrencia en tumores primarios previamente tratados de manera convencional es de 15 a 20 %.
- Las recidivas en pacientes inmunocomprometidos son más frecuentes.
- Si el tratamiento de una recidiva conlleva a deformidades estéticas o problemas funcionales, se debe definir por el grupo multidisciplinario para la atención del cáncer de piel.
- Las metástasis reportadas internacionalmente son raras (entre 0,028 y 0,55 % de los pacientes).

- Se han incorporado fármacos contra blancos moleculares para el carcinoma basocelular localmente avanzado y metastásico.⁽¹⁸⁾

Otros aspectos a considerar en el manejo del carcinoma basocelular son:

- Se deben completar los escaques incluidos en el modelo número 68-14-01 de historia clínica vigente en el sistema de salud, como parte de la atención al paciente (anexo 5).
- Una vez diagnosticado el paciente con cáncer, el médico de asistencia debe completar el modelo 68-02-04 de reporte de cáncer (anexo 6).
- El carcinoma basal se reporta una sola vez en la vida del enfermo. Si en un paciente se diagnostica un tumor maligno en la piel, con diferentes histologías, deben confeccionarse tantos reportes como diagnósticos histológicos existan, sean sincrónicos o metacrónicos.
- Es preciso considerar los principios básicos en el manejo del cáncer de piel (anexo 7).

Carcinoma espinocelular

El carcinoma espinocelular, segundo en frecuencia entre los tumores malignos cutáneos, es de crecimiento rápido y tiene diferentes formas clínicas de presentarse.

Diagnóstico

El diagnóstico del carcinoma espinocelular se realiza sobre la base de varios criterios, sobre todo clínicos, dermatoscópicos y anatomopatológicos.^(8,9,24)

Criterios clínicos

Los factores de riesgo del carcinoma espinocelular son:

- Exposición excesiva a radiación ultravioleta.
- Edad mayor de 60 años.
- Sexo masculino.
- Fototipo de piel: I-II. Piel blanca, cabellos rubios o rojizos y ojos claros.
- Antecedentes patológicos personales y familiares de cáncer cutáneo.
- Exposición a radiación ionizante.
- Hidrocarburos aromáticos policíclicos.
- Inmunosupresión, trasplantes renales.

- Factores genéticos como mutaciones gen p53. Genodermatosis como xeroderma pigmentoso, albinismo, epidermodisplasia verruciforme, epidermólisis ampollar distrófica recesiva, eroqueratosis, síndrome de rothmund thompson (poiquilodermia congénita), entre otros.
- Lesiones premalignas como leucoplasia.
- Dermatitis previas (inflamatorias e infecciosas crónicas, como lupus eritematoso cutáneo crónico, liquen escleroatrófico genital, entre otros.
- Infección por papilomavirus (virus papiloma humano).
- Cicatrices crónicas anormales, de quemaduras.
- Úlceras crónicas.
- Traumatismos e irritaciones crónicas:
 - Genital: en hombres mayores no circuncidados.
 - Bucal: hábitos (tabaquismo y alcohol), prótesis dentarias y dentaduras en mal estado.
 - Traumatismos reiterados en manos y pies.

Formas clínicas por grado de infiltración

- *In situ* (lesiones precursoras):
 - Tipo queratosis actínica con atipia transepidérmica.
 - Enfermedad de Bowen.
 - Eritroplasia de Queyrat.
 - Papulosis bowenoide.
- Infiltrantes
 - Exofítica (vegetante o queratósicas).
 - Endofítica (ulcerada).
 - Exoendofítica (ulcerovegetante).
- Especiales
 - Carcinoma verrugoso.
 - Queratoacantoma.

Criterios dermatoscópicos

La dermatoscopia es una técnica auxiliar de gran valor en el diagnóstico de este tumor, ya que permite caracterizar la lesión, todo lo cual ayuda a la decisión terapéutica.^(8,14)

Las estructuras dermatoscópicas que se pueden observar son:

- Áreas blancas sin estructuras.
- Masas de queratina.

- Círculos blancos.
- Escamas.
- Estructuras marrones azules o azul grises.
- Pigmento azul.
- Vasos glomerulares, puntiforme en hebilla o lineales irregulares.
- Manchas de sangre.
- Ulceración.

Criterios histopatológicos

Desde el punto de vista histopatológico, las variantes morfológicas son las que aportan información para el diagnóstico del carcinoma espinocelular:

- Queratinizantes o no queratinizantes.^(8,9)
- Placas, nidos o cordones de células que muestran núcleos vesiculosos, redondos u ovalados con nucléolos prominentes o múltiples y citoplasma rosado en cantidad variable. El 80 % son bien diferenciados a moderadamente diferenciados y queratinizantes.
- Proliferación maligna de células epiteliales con diferenciación escamosa o epidermoide.

Los criterios para el diagnóstico de proliferación escamosa maligna son los siguientes:

- Hacinamiento celular.
- Pleomorfismo celular con alteración de la polaridad nuclear.
- Mitosis comunes incluso atípicas.
- Ulceración o necrosis en masa o células individuales (disqueratosis).
- Perlas córneas o remolinos escamosos con paraqueratosis.⁽²⁵⁾

Por otro lado, las variantes morfológicas con pronóstico adverso y alto grado de recurrencia o metástasis son:

- Acantolítico (adenoideo), pseudoangiosarcomatoide.
- Sarcomatoide o fusocelular.
- Desmoplásico.
- Células pequeñas o basaloide.
- Postraumático (úlceras de Marjolin).
- Adenoescamoso.

Otras variantes que pueden encontrarse son:

- Verrugoso (alta recurrencia local en palmas, plantas y región perianal).
- Células claras.
- Papilar.
- Linfoepitelial.

Caracterización inmunofenotípica

Los carcinomas espinocelulares tienen expresión de citoqueratinas de alto peso molecular AE1/AE3, CK5/5, EMA, P63, CEA positivos; Berp4 (anticuerpo con glicoproteína de membrana epitelial positivo en carcinoma basocelular y negativo en carcinoma espinocelular berp4) negativo.

Existe un grupo de lesiones cutáneas que comparten las mismas alteraciones citológicas, arquitecturales e inmunofenotípicas y deben ser consideradas como formas intraepiteliales, *in situ* o superficiales de carcinoma de células escamosas, dentro de ellas:

- Queratosis actínica.
- Queilitis actínica.
- Enfermedad de Bowen.
- Papulosis bowenoide.
- Eritroplasia de Queyrat.
- Queratosis arsenical.

El queratoacantoma es una forma especial de carcinoma espinocelular, es un tumor o proliferación escamosa crateriforme con un tapón central queratósico y un anillo labial de epitelio escamoso proliferativo, difícil de distinguir de un carcinoma escamoso bien diferenciado. Puede presentar cambio *in situ* adyacente, invasión dérmica, desmoplasia, pleomorfismo celular y mitosis numerosas o atípicas.

Los principales datos a incluir en el informe anatomopatológico son los siguientes:

- Grado de diferenciación (bien, moderada o mal diferenciado).
- Grosor de la lesión en milímetros (el equivalente del Breslow).
- Nivel de profundidad que infiltra (el equivalente al Clark).
- Patrón de crecimiento (tumor cohesivo, circunscrito que crece en forma expansiva o por el contrario tumor difuso que crece en forma infiltrativa).
- Presencia o ausencia de invasión perineural.⁽²⁶⁾

Estadamiento

Todo paciente que se diagnostica con este tipo de tumor se debe estadiar para definir conducta y pronóstico.⁽²⁷⁾

Para realizar un adecuado estadamiento, es necesario disponer del informe histológico con información detallada e imprescindible y del examen físico completo (incluida piel y áreas de drenaje linfático), además realizar radiografía en la zona del tumor primario, tórax y rastreo ganglionar por ultrasonido.

Se debe indicar la tomografía axial computarizada para determinar el compromiso óseo y cartilaginoso, si necesario, o sospecha de metástasis pulmonares u en otro sitio anatómico.

En caso de adenopatías, se recomienda realizar otros estudios de imágenes y biopsia exéretica para disponer de la histología y posteriormente realizar disección ganglionar regional radical con fines terapéuticos.

Tratamiento

En el manejo quirúrgico del tumor primario las decisiones terapéuticas serán individualizadas, teniendo en cuenta el estadio y las condiciones del paciente. La cirugía es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos, si las condiciones generales y comorbilidades del paciente lo permiten.⁽²⁸⁾

Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico

La cirugía es el tratamiento de elección para este tipo de carcinoma de acuerdo con los criterios que se explican a continuación:

Tumores de bajo riesgo: son aquellos menores de 2 cm, bien diferenciados, localizados en áreas anatómicas de bajo riesgo, con grosor (Breslow) menor de 5 mm y nivel de Clark menor de V. Los bordes de sección quirúrgicos deben tener un margen mínimo de 4 a 6 mm.

En el carcinoma epidermoide primario de piel sin factores de alto riesgo, menor de 2 cm y con límites clínicos bien definidos, se recomienda que los bordes de sección quirúrgicos posean un margen de seguridad de 5 mm, con el que se obtienen bordes histológicos libres de tumor en el 95 % de los pacientes operados. La profundidad debe llegar hasta el tejido celular subcutáneo.

En el carcinoma epidermoide con factores de alto riesgo, los bordes de sección quirúrgicos deben tener un margen de seguridad entre 6 y 10 mm. Estos márgenes amplios con frecuencia son difíciles de definir, debido a la extensión subclínica de la lesión y a la presencia o cercanía de estructuras importantes para la función o la estética.

Se debe garantizar que los bordes de sección quirúrgicos sean negativos y con márgenes oncológicos de seguridad, de lo contrario se precisa evaluar la re-escisión o radioterapia.⁽²⁹⁾

El tratamiento no quirúrgico se indica en el carcinoma espinocelular solo cuando en el paciente concurren condiciones que impidan el tratamiento quirúrgico.

Radioterapia

Se recomienda el tratamiento con radiaciones en el sitio primario con lesiones irresecables o que el paciente se niegue al proceder. Pueden ser tratadas con equipos de ortovoltaje, con electrones o con fotones (aceleradores lineales o equipos de cobaltoterapia).⁽³⁰⁾

La adyuvancia se indica en el caso que no se logre la extirpación completa y no se pueda reintervenir, después de la disección ganglionar con resultado positivo o vaciamiento insuficiente, o como tratamiento único de un sitio ganglionar de lesión metastásica de carcinoma epidermoide, confirmado por histológica previa, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente. Pueden ser tratadas con energía de fotones (equipos de cobalto 60 o aceleradores lineales).

En caso de que el vaciamiento ganglionar resulte insuficiente, se recomienda, de ser posible, completar con cirugía.⁽³¹⁾

La radioterapia con intención paliativa es utilizada en la enfermedad regional extensa, en lesiones irresecables y en la enfermedad metastásica sintomática (dolor, sangramiento, lesiones óseas con riesgo de fractura y compresión medular) o potencialmente sintomática en partes blandas o hueso. Se recomienda la modalidad de braquiterapia de alta tasa por carga diferida de contacto con aplicadores o moldes, en lesiones que así lo permitan.⁽³²⁾

La radioterapia está contraindicada en pacientes con condiciones genéticas que predisponen al cáncer de piel (Ej.: xeroderma pigmentoso) y en enfermedades del tejido conectivo (Ej.: lupus, esclerodermia).⁽³³⁾

Otros aspectos a considerar en el manejo del carcinoma espinocelular son:

- Completar los escaques incluidos en el modelo número 68-14-01 de historia clínica vigente en el sistema de salud, como parte de la atención al paciente.
- Una vez diagnosticado el paciente con cáncer, el médico de asistencia deberá completar el modelo 68-02-03 de reporte de cáncer (anexo 4).
- El carcinoma espinocelular se reporta una sola vez en la vida del enfermo. Si se diagnostica en un paciente un tumor maligno en la piel con diferentes

histologías deben confeccionarse tantos reportes como diagnósticos histológicos existan, sean sincrónicos o metacrónicos.

- El manejo de la forma metastásica del carcinoma espinocelular se definirá por el grupo multidisciplinario de cáncer de piel de la institución.
- La queratosis actínica se considera en la actualidad un carcinoma espinocelular *in situ*, sin embargo, no se realiza el reporte de cáncer en modelo oficial de cáncer de piel, ni tampoco a la papulosis bowenoide ni a la queratosis arsenical, la queilitis actínica.
- La enfermedad de Bowen y la eritroplasia de Queyrat, se les completa el reporte de cáncer en el modelo oficial del Ministerio de Salud Pública.

Seguimiento

El seguimiento médico de estos pacientes se realiza con el objetivo de detectar recidivas tumorales en etapa temprana (el 80 % aparecen en los primeros años y hasta un 15 % más en 5 años), nuevas lesiones de carcinoma espinocelular o de otro tipo de cáncer de piel y realizar fotoeducación al enfermo, incluido el autoexamen de piel.

La frecuencia de seguimiento en la enfermedad local es como se describe:

- Dos primeros años: trimestral por el especialista que lo trató.
- Segundo año: semestral por el especialista que lo trató.
- Tercer al quinto año: semestral por el especialista que lo trató.
- Sexto año en adelante: anual durante toda la vida por el dermatólogo del área.

En cada consulta se realizará el examen físico general, dermatológico cutáneo-mucoso y ganglionar, así como se revisará la cicatriz; además se efectuará el rastreo ganglionar en los primeros 5 años.

Otros estudios imagenológicos durante todo el seguimiento se indicarán según síntomas y hallazgos del examen físico.

Frecuencia de seguimiento en la enfermedad regional y metastásica:

- Primer año: cada 2 meses por el oncólogo que lo trató.
- Segundo año: cada 4 meses por el oncólogo que lo trató.
- Del tercer año hasta 10 años: semestral por el oncólogo que lo trató.
- A partir de los 11 años: anual, durante toda la vida por el oncólogo que lo trató.

Recidiva y metástasis

Existen factores de riesgo para recidiva y metástasis del carcinoma espinocelular que describimos a continuación.^(8,9)

Factores histopatológicos:

- Variedad pobremente diferenciado e indiferenciado, con mayor extensión subclínica, tiene un porcentaje de recurrencia de 28,6 % mientras que el carcinoma espinocelular bien diferenciado posee el 13,6 %.
- Subtipos desmoplásico, adenoides o acantolíticos, adenoescamosos o productores de mucina, tienen mayor porcentaje de recurrencia local.
- Lesiones mayores o iguales a 4 mm de grosor (Breslow) o mayores o iguales a IV de Clark, tienen un porcentaje de recurrencia del 17,2 %.
- Tumores difusos y con un frente de avance infiltrativo, no circunscrito.
- Invasión perineural.

Factores clínicos:

- Origen a partir de úlceras o cicatrices, de Novo en piel sana, radioterapia anterior y asociados al virus del papiloma humano.
- Tamaño mayor de 2 cm.
- Bordes clínicos mal definidos.
- Localización en labio y pabellón auricular.
- Rápida velocidad de crecimiento.
- Inmunosupresión.

Se estima que la recurrencia o recidiva local en el carcinoma espinocelular a 5 años, es de alrededor del 8 %. En los de alto riesgo, puede alcanzar el 47 %, como se aprecia cuando existe invasión perineural.

Las metástasis ocurren entre el 5 y el 19 % del total de casos con carcinoma espinocelular. Cuando el compromiso es regional o localmente avanzado, provocan metástasis ganglionares o invasión a la parótida. La mayoría aparece en la región de la cabeza y cuello y dentro de esta, los ganglios submandibulares, submentonianos ipsilaterales y la glándula parótida. Los tumores que comprometen la mejilla, también poseen mayor riesgo de metástasis, si se compara con otras localizaciones como las piernas.

Los que tienen compromiso sistémico son los que provocan metástasis a distancia, que constituyen alrededor del 5 % a 5 años. La aparición de estas metástasis generalmente ocurre 1 a 2 años después del tratamiento inicial; sin embargo, existen reportes donde aparecen luego de los 2 años e incluso, hasta 8 años o más.⁽³⁴⁾

Es mandatorio tener en cuenta la decisión del grupo multidisciplinario para seleccionar la terapia, y más, cuando el tratamiento de la recidiva pudiera provocar dificultades estéticas o funcionales serias.

Manejo de la enfermedad metastásica regional

La totalidad de los casos deben ser examinados en busca de enfermedad metastásica regional. Cuando los enfermos presenten factores de riesgo para padecerla, o exista la sospecha clínica de metástasis ganglionar, se recomienda realizar los siguientes estudios complementarios de la siguiente manera:

- Tomografía o ultrasonido del cuello: Si aparece imagen compatible con enfermedad ganglionar metastásica, se debe confirmar el diagnóstico a través de una citología por aspiración con aguja fina (citología con aguja aspirativa fina), preferiblemente guiada por imágenes.
- No se recomienda como primera elección la biopsia abierta de un ganglio sospechoso, ya que puede aumentar el riesgo de compromiso linfático dérmico y reducir el éxito de tratamientos posteriores, como la linfadenectomía.
- En caso de constatar una adenopatía clínica al examen físico, se recomienda realizar de inmediato una citología con aguja aspirativa fina (guiada por imágenes de ser posible); si resulta positiva, se indica la exéresis y biopsia por congelación transoperatoria, y si esta última es compatible con proceso maligno, se continúa con la disección ganglionar, además de la radioterapia complementaria, según factores de riesgo.
- Si la disección ganglionar resulta insuficiente, se evalúa de forma individual la posibilidad de reintervención o se completa con radioterapia.
- La disección ganglionar profiláctica no se indica de forma rutinaria.
- El mapeo linfático y la biopsia de ganglio centinela son procedimientos poco invasivos que permiten determinar la existencia de compromiso ganglionar subclínico metastásico, a consecuencia de un tumor primario cutáneo. Se realizan en instituciones con los recursos materiales necesarios y personal capacitado en estas técnicas.
- La radioterapia solo se indica si los ganglios son positivos.

Tratamiento de la enfermedad a distancia

Se discutirán en el grupo multidisciplinario las opciones terapéuticas para los pacientes con metástasis a distancia, donde se evaluará la cirugía, radioterapia y el uso de la quimioterapia (tabla 1), o la combinación de algunas modalidades.⁽³⁵⁾

Tabla 1. Esquemas de quimioterapia utilizados en el carcinoma espinocelular

Esquema 1.ª línea	Dosis	Día	Cada 21 días
Cisplatino	75 a 100 mg/m ²	1	
5 fluoracilo	750 a 1000 mg/m ²	1 a 4	

Nota: Número de ciclos hasta toxicidad inaceptable o progresión. El paciente en este escenario puede ser valorado para su inclusión en ensayos clínicos.

Indicadores de evaluación del cáncer cutáneo no melanoma

Los indicadores de evaluación para la guía de carcinoma basocelular y espinocelular son:

- Tiempo transcurrido desde la sospecha clínica o dermatoscópica, hasta la realización de la biopsia.
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico histológico, hasta que lo recibe el médico de asistencia.
- Calidad del informe histológico.
- Tiempo desde el diagnóstico hasta el tratamiento quirúrgico definitivo.
- Estadío en el momento del diagnóstico.
- Tratamiento quirúrgico definitivo.
- Número de recidivas por exéresis incompletas (anexo 8).



Capítulo 3

Cáncer cutáneo melanoma maligno

El melanoma maligno es un tumor producido por melanocitos atípicos, con o sin la capacidad de producir pigmento, tiene diferentes formas clínicas, y en su evolución agresiva es altamente invasivo, produce metástasis y la muerte en un grupo importante de pacientes.

Según estadísticas mundiales, en 2018 se diagnosticaron 287,723 nuevos casos por melanoma cutáneo, con una tasa ajustada a la población mundial de 1,6 por 100 000 habitantes y ocurrieron 60,712 muertes por esta causa, con una tasa ajustada a la población mundial de 0,6 por 100 000 habitantes.⁽³⁶⁾

En Cuba se diagnosticaron 238 casos nuevos en 2017, de los cuales 111 fueron en el sexo masculino, con una tasa cruda de 2,0 y una tasa ajustada por edad a la población mundial de 1,2 por 100 000 hombres. En el sexo femenino fueron 127 casos nuevos, con una tasa cruda de 2,2 por 100 000 y una tasa ajustada por edad a la población mundial de 1,3 por 100 000 mujeres. Estas cifras muestran un incremento en relación con años anteriores.

Promoción y prevención

Para disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer de piel son muy importantes la promoción y la prevención del cáncer cutáneo no melanoma y el melanoma maligno cutáneo.^(9,10,11,37)

La prevención primaria es a través de una adecuada fotoeducación desde etapas tempranas de la vida, donde las personas (incluido el personal de salud) conozcan acerca de los factores de riesgo del

cáncer de piel y cómo evitarlos o minimizar a través de campañas, divulgación de los medios, en la formación del personal sanitario, en la consulta médica, entre otros.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo se ampliarán en cada capítulo de esta guía, conociendo que la exposición en exceso a la radiación ultravioleta, es el principal factor de riesgo modificable de los cánceres en esta localización en las personas de color de piel claro.

Asociado a esto existe una clasificación, según Fitzpatrick,⁽¹⁾ en fototipos que depende de la respuesta del individuo a la exposición solar según su capacidad de quemarse, broncearse o no:

- Fototipo I: piel más clara, alta susceptibilidad a quemadura solar y ninguna capacidad de broncearse.
- Fototipo II: piel con alta susceptibilidad a quemadura solar y escasa capacidad de broncearse.
- Fototipo III: piel con moderada susceptibilidad a la quemadura solar y buena capacidad de broncearse.
- Fototipo IV: piel con baja susceptibilidad a la quemadura solar y muy buena capacidad de broncearse.
- Fototipo V: piel con muy baja susceptibilidad a la quemadura solar y excelente capacidad de broncearse.
- Fototipo VI: piel más oscura, no se quema y tiene excelente capacidad de broncearse.

Acerca de cómo evitar o disminuir los efectos del exceso de radiación ultravioleta, recomendamos para población general algunas medidas de fotoprotección⁽¹⁰⁾ como:

- Evitar exceso de sol. Tratar de no exponerse al sol entre las 10:00 a.m. y 4:00 a 5:00 p.m.
- Buscar la sombra que produce su cuerpo; si es más pequeña que usted, alerta, la incidencia de radiación ultravioleta es alta.
- Cuando esté al aire libre tratar debe buscar la sombra. Podar el árbol donde sea necesario, pero no permitir la tala indiscriminada de ellos.
- Usar sombreros, gorras con viseras, paraguas o sombrillas de colores oscuros, gafas oscuras con filtro de protección solar.

- Usar ropas de trama cerrada, que cubran la mayor parte del cuerpo y de colores oscuros, pasteles, o que no sean muy claros.
- Usar diariamente fotoprotectores tópicos en cremas, geles y en barra labial con factor de protección solar ≥ 30 y amplio espectro (protege contra la radiación ultravioleta B y A):
 - Aplicarlos en cantidad suficiente, media hora antes de exponerse al sol y reaplicarlo cada 3 o 4 h si se mantiene fotoexpuesto.
 - Reaplicarlo cada vez que se humedece la piel por más de 20 min.
 - No aplicar en menores de 6 meses.
 - No creer que por tener aplicado el protector solar se puede exponer innecesariamente al sol, este es para disminuir el efecto de este cuando esté expuesto.
- Alimentarse con abundantes líquidos, frutas y vegetales, preferiblemente con alto contenido de betacarotenos (zanahorias, calabazas, naranja, etc.).
- No usar productos ni equipos que expelen sustancias agotadoras de ozono como los clorofluorocarbonados, entre otras.

El personal de salud debe conocer y dar a conocer las poblaciones de mayor riesgo y cómo realizar autoexamen de piel.

La prevención primaria seguirá siendo el pilar más importante para el cáncer de piel.⁽³⁾ Conociendo que en cáncer mientras más temprano se hace el diagnóstico conjuntamente con un adecuado y oportuno tratamiento mejor será el pronóstico del paciente.

En la prevención secundaria, es necesario que las personas realicen su autoexamen de piel y el médico realice el examen de piel en consulta como se muestra en el algoritmo en atención primaria de salud (anexo 1) y, fotoeducar a su población y realizar al menos una vez, identificar en ella los de mayor riesgo a padecer un cáncer de piel.

La educación médica es importante y debe ser continuada y se propone realizar por el dermatólogo del área capacitación al personal de salud al menos dos veces al año.

Diagnóstico

El melanoma es el ejemplo más claro de cáncer en el que la detección temprana juega un factor crucial para la supervivencia. Los pacientes con diagnóstico en estadios más tempranos y manejo adecuado, tienen un mejor pronóstico.

Criterios clínicos

A continuación se enumeran los diversos criterios clínicos^(9,37) del cáncer cutáneo melanoma maligno, entre los que se encuentran algunos de sus factores de riesgo:

- Exposición en exceso a radiación ultravioleta.
- Sexo masculino.
- Edad mayor de 60 años.
- Antecedentes patológicos personales y familiares de primera línea de melanoma maligno cutáneo o de cáncer cutáneo no melanoma.
- Características fenotípicas: color de piel claro, ojos claros azules o verdes, cabello rubio o pelirrojo, la tendencia a formar pecas (fototipos I-II de Fitzpatrick).
- Nevos melanocíticos: típicos numerosos, más de 100 en adultos o de 50 en niños o más de un nevo atípico, nevo congénito gigante, es decir, mayor de 20 cm de longitud en su eje mayor en adultos mayor o igual que 9 cm en la cabeza o mayor o igual que 6 cm en el tronco de un neonato.
- Existencia de genodermatosis con potencial carcinogénico como xeroderma pigmentoso.
- Presentar otras dermatosis marcadoras (síndrome del nevo displásico) o precursoras de melanoma (nevo azul celular, nevo de Ota, nevo *spilus* gigante).
- Inmunosupresión (trasplante de órganos, VIH/sida).⁽³⁸⁾

Existen diversas clasificaciones clínicas para el cáncer cutáneo melanoma maligno; a continuación se relacionan.^(9,37)

Variantes clásicas:

- Melanoma de extensión superficial.
- Melanoma nodular.
- Melanoma léntigo maligno.
- Melanoma lentiginoso acral.

Variantes no clásicas:

- Melanoma amelanótico o amelanico.
- Melanoma desmoplásico.
- Melanoma de las mucosas.
- Melanoma nevoide.
- Melanoma spitzoide.

Variantes inusuales:

- Melanoma maligno cutáneo metaplásico.
- De células en balón.
- De células en anillo de sello.
- Mixoide.
- Rabdoide.
- De desviación mínima.
- Sintetizador de pigmento de origen dérmico (melanoma maligno en nevo azul celular o maligno y el melanoma animal/equino).

La variante amelánica se presenta en el 2 al 8 % del melanoma maligno cutáneo y del 1 al 15 %, el tumor primario está oculto y solo se observan las metástasis.

Criterios dermatoscópicos

La evaluación clínica unida a una dermatoscopia^(9,14,37) realizada por expertos, permite incrementar la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico, y ayuda a su detección en etapas cada vez más tempranas para seleccionar la mejor conducta.

En la actualidad la dermatoscopia permite estimar el grosor tumoral de determinadas estructuras cutáneas, lo que tiene gran importancia práctica, ya que, según la presencia y características de algunas estructuras, es posible orientarse con las diferentes formas clínicas.

Estructuras dermatoscópicas:

- Retículo pigmentado prominente o atípico.
- Puntos y glóbulos irregulares.
- Proyecciones irregulares.
- Velo azul-gris o azul-blanquecino.
- Áreas desestructuradas.
- Estructuras de regresión.
- Estructuras vasculares asociadas a malignidad: vasos puntiformes, en horquilla, vasos lineales, glóbulos rojos-azulados o rojo-lechosos, vasos o eritema en el interior de las estructuras en regresión.

Patrones globales sugestivos de melanoma:

- Patrón reticulado atípico.
- Patrón globular atípico.

- Patrón spitzoide atípico.
- Patrón multicomponente.
- Patrón inespecífico.

Nota: Es importante realizar fotodocumentación clínica y dermatoscópica de las lesiones.

Criterios histopatológicos

El resultado del estudio histopatológico constituye el método más confiable para el diagnóstico del melanoma. Se basa en una constelación de hallazgos, que incluyen las características estructurales y citológicas.⁽³⁹⁾

El Colegio de Patólogos Americanos (College of American Pathologists), elaboró un protocolo en enero 2016, para informar los resultados de las biopsias de pacientes con melanoma de piel, basado en la 7th Edition of the American Joint Committee on Cancer (AJCC)/Union for International Cancer Control (UICC) Staging System (AJCC/UICC TNM).

Los parámetros actuales que exige la academia americana en el informe histológico ayudan a la estadificación, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Reporte del informe histológico del cáncer de piel en el melanoma cutáneo:

- Índice de Breslow (mm).
- Ulceración (presente o ausente).
- Estado de los márgenes (positivos o negativos).
- Subtipo histológico.
- Índice mitótico (mitosis por mm²).
- Microsatelitosis.
- Localización o nivel anatómico.
- Fase de crecimiento (vertical o radial).
- Invasión linfática.
- Invasión vascular.
- Invasión perineural.
- Infiltración linfocitaria.
- Nivel de Clark (importante en tumores menores de 1 mm).
- Regresión.
- Nevo coexistente.

Las tinciones tradicionales utilizadas para el diagnóstico histológico, por lo general son suficientes, sin embargo, en algunas situaciones o subtipos como en el melanoma maligno cutáneo de células fusiformes, amelanótico y el melanoma metastásico, se necesita realizar estudios de inmunohistoquímica. Actualmente dichos estudios están disponibles en los centros de referencia nacional (Instituto de Oncología y Radiobiología y Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras) en los que están regionalizadas todas las provincias del país (anexo 9).

En esta se indican con frecuencia la proteína S -100, los anticuerpos del tipo MRP, como el HMB-45; el MELAN A/MAET1, MIF y la tirosinasa. El Ki-67 (proliferación celular), se utiliza para el diagnóstico de melanoma maligno metastásico.⁽⁴⁰⁾

Los estudios de biología molecular permiten clasificar el melanoma en sus diferentes subtipos clínicos (según las alteraciones moleculares), e identificar las posibles dianas terapéuticas, además ayudan a caracterizar la población cubana. Una de las alteraciones más frecuentes implica la vía de señalización intracelular MAPK. La vía de RAS está activada en el 80 % de los melanomas (40 a 60 % mut BRAF, 10 a 15 % mut NRAS, mut c-kit, ampl c-kit, EGFR, PDGFR).⁽⁴¹⁾

Manejo de las lesiones pigmentadas

A continuación, se exponen los criterios para tratar de forma correcta las lesiones pigmentadas.

Realizar interrogatorio exhaustivo, donde se defina:

- La existencia de factores de riesgo de melanoma.
- El momento de aparición de la lesión nueva o previa (nevo).
- El momento en que comenzó a modificarse.
- La existencia de algún síntoma acompañante (prurito, dolor o sangrado).

Realizar examen físico completo, donde se determine:

- El fototipo del paciente a través del examen dermatológico (sin olvidar que el melanoma es más frecuente en las personas de piel clara, aunque puede aparecer en cualquier color de piel).
- La localización de la lesión (tener en cuenta las de alto riesgo de persistencia, recidiva o metástasis).
- La existencia de ulceración o satelitosis.

Se pueden utilizar algunas siglas para analizar lesiones con sospecha clínica de malignidad. La sigla ABCDEFGHI significa:

- Asimetría.
- Bordes (irregulares).
- Colores (heterocromía).
- Diámetro (>6 mm).
- Elevación.
- **Funny** formas curiosas, abigarradas/historia familiar.
- Crecimiento de la lesión/ gran número de nevos.
- Hemorragias.
- Prurito.

La sigla EFG se utiliza cuando las lesiones son elevadas, firmes y de crecimiento progresivo. Es útil en el diagnóstico del melanoma nodular.

El “signo del patito de feo”, se refiere a aquella lesión pigmentada que resulta significativamente diferente al resto de las lesiones, tanto en su aspecto clínico como dermatoscópico, la cual tiene mayor probabilidad de ser un melanoma.

Recordar que la lesión puede surgir del novo (sin lesión previa), o a partir de un nevo. Nunca se debe electrofulgurar los nevos y cuando sea necesaria su extirpación, se recomienda la cirugía exéretica y biopsia.

En pacientes mayores de 20 años de edad, se sugiere evaluar todas las lesiones pigmentadas que surgen del novo, o aquellas que experimenten cambios detectables por el paciente en los últimos 3 meses como los nevos de Sutton, de Spitz/Reed (o de aspecto spitzoide clínico y dermatoscópico), los nevos de Clark y los melanocíticos congénitos no pequeños.

Generalmente la lesión es pigmentada en el melanoma; pero puede ser amelanica o con signos de regresión.

Se deben describir, además, las características de los ganglios linfáticos y si están aumentados o no de tamaño.

Cuando se encuentran los elementos mencionados anteriormente, el nivel de sospecha de melanoma aumenta, por lo que se debe realizar dermatoscopia.⁽⁴²⁾

Ante la sospecha clínica o dermatoscópica de malignidad es necesario realizar la biopsia de la lesión, para confirmar la histología. Esta se puede hacer de dos formas:

- Biopsia escisional: Es la de elección. Se realizará cuando se puede extirpar la lesión con los márgenes correspondientes, radiales de 20 mm y en

profundidad el tejido celular subcutáneo. La inclusión de la fascia es opcional, se utiliza en ocasiones con fines de garantizar la tridimensionalidad de la exéresis. Si se realiza con anestesia local, esta se aplicará en anillo, por fuera de los márgenes.

- Biopsia incisional: Se realizará cuando se deciden conductas mutilantes, o se puedan producir defectos cosméticos importantes. Para definir la dirección de la incisión inicial, se debe tener en cuenta la posibilidad de realizar una técnica de disección ganglionar, si fuera necesario.

Es muy importante considerar que el tiempo transcurrido entre la biopsia incisional y el tratamiento definitivo, no exceda los 21 días (óptimo de 7 días). Si las condiciones locales no permiten el cumplimiento de este requisito, se debe enviar a un centro de referencia.

En caso que se sospeche de un posible melanoma maligno cutáneo subungueal, se debe remover la uña (lámina ungueal), incluyendo la matriz ungueal, para que la toma de muestra que se enviará a estudio histológico, sea adecuada.

La solicitud del resultado histológico o biopsia, deberá ofrecer al patólogo la información clínica suficiente (localización, características y dimensiones de la lesión, así como la existencia o no de satelitosis macroscópica), incluido la edad, sexo. Se recomienda notificar la técnica utilizada para la toma de la muestra.

Factores pronósticos

Entre los factores pronósticos clínicos se encuentran:

- Edad: Los jóvenes son de mejor pronóstico.
- Sexo: Las mujeres tienen mejor pronóstico.
- Localización: Es mejor cuando se localiza en extremidades exceptuando manos y pies.
- Toma ganglionar: Si existe empeora el pronóstico.

Entre los factores pronósticos histopatológicos se encuentran:

- Índice de Breslow: Es el factor independiente más importante para la supervivencia y el manejo clínico en estadios I/II. A medida que aumenta este índice, disminuye la supervivencia.
- Úlcera: es el factor independiente del melanoma maligno cutáneo localizado. Su presencia aumenta el estadio de la enfermedad localizada y regional.

- Índice mitótico: es otro factor independiente, que cuando es mayor o igual que 1 mm² la supervivencia disminuye.
- Niveles de Clark: son importantes en los tumores menores de 1 mm y localizados en piel delgadas como escroto y párpados.
- Estado de los ganglios, es el factor más importante para la supervivencia. Cuando son metastásicos, el pronóstico es peor. El número de ganglios afectados es el más significativo, seguido de la masa tumoral estratificada en micro o macrometástasis.

Tratamiento

La cirugía es el tratamiento de elección en el manejo del melanoma maligno. Se debe realizar en centros especializados y definidos para ello, previa discusión del caso en el grupo multidisciplinario, que estará formado por dermatólogos, oncólogos, patólogos, radiólogos, cirujanos y psicólogos, entre otros, aunque se puede ampliar su composición según corresponda.

La utilidad de la cirugía se establece tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. La confirmación histológica es la que ofrece el diagnóstico definitivo, aunque la sospecha clínica y la dermatoscopia, sugieran malignidad.

Los dos factores pronósticos más importantes que determinan el estadio son, el espesor tumoral (índice de Breslow) y la afectación ganglionar; de los cuales depende la indicación del tratamiento adyuvante. En la actualidad se consideran además otras variables con valor predictivo, como la ulceración en el tumor primario, el índice mitótico, o la presencia de infiltración linfovascular o perineural y el nivel de LDH.

De la evaluación del índice de Breslow y de la extensión linfática, dependerán las técnicas quirúrgicas a utilizar. Existe una estrecha interrelación entre los datos pronósticos y las medidas terapéuticas aplicadas, de modo que los márgenes oncológicamente correctos dependerán del espesor de Breslow del tumor primario.

Tratamiento de la lesión primaria

El tratamiento del melanoma primario incluye lograr márgenes oncológicos que impidan la recidiva local. Los bordes dependerán del índice de Breslow (IB) de la lesión, considerándose apropiados cuando son de 2 cm para los casos con IB mayor de 2 mm y de 1 cm para los que tienen un IB de menos de 1 mm (incluyen el melanoma *in situ*). En los casos con IB entre 1 y 2 mm, el margen dependerá

de la localización anatómica y el defecto que suponga obtenerlos, aunque la mayoría de los autores consideran suficientes los márgenes de 1 cm.⁽⁴³⁾

Se recomienda evaluar el Índice de Breslow y los márgenes laterales y profundos para según estos parámetros histopatológicos, definir la reintervención del paciente como tratamiento definitivo.

Cuando los márgenes reportados son suficientes (laterales y profundos) según Índice de Breslow, se puede considerar la biopsia como terapéutica y no es necesario reintervenir.

Cuando los márgenes reportados son insuficientes (laterales y profundos) según Índice de Breslow, se recomienda reintervenir al paciente cumpliendo los márgenes de seguridad descritos en la tabla 2 (aceptados internacionalmente), y a partir del límite de la cicatriz.

La escisión de la lesión en profundidad se realiza hasta la fascia subyacente e incluye el tejido celular subcutáneo.⁽⁴⁴⁾

Tabla 2. Márgenes quirúrgicos recomendados en melanoma maligno cutáneo según Breslow

Índice de Breslow del tumor (espesor)	Margen quirúrgico lateral según Breslow
In situ	0,5 cm
≤1 mm	1 cm
>1 a 2 mm	1 a 2 cm
>2 a 4 mm	2 cm
>4 mm	2 cm

En cuanto a la forma recomendada de cerrar el defecto ocasionado por la exéresis de la lesión primaria, se aconseja realizar el cierre mediante sutura directa y, en caso de que se requiera, utilizar el injerto en lugar del colgajo.

Es importante recordar que los márgenes en ocasiones se deben adecuar a las condiciones anatómicas de la localización del tumor primario. Se aceptan márgenes inferiores en áreas especiales como dedos, palmas, plantas, orejas, vulva o ano, que requieren otras consideraciones quirúrgicas. Cuando la lesión es subungueal, se debe realizar amputación de la falange.

Criterios para la linfadenectomía radical regional:

- Es necesario realizar una resección anatómicamente completa de la cadena ganglionar afectada.

- En la ingle se debe realizar la resección electiva de los ganglios linfáticos inguinofemorales si existen ganglios histológicamente positivos (vaciamiento inguinal).
- La resección de los ganglios linfáticos ilíacos y obturadores está indicada si la tomografía axial computarizada de pelvis es positiva, o si el ganglio de Cloquet es positivo (vaciamiento pélvico).
- En los melanomas primarios de cabeza y cuello con ganglios linfáticos clínica o microscópicamente positivos en la glándula parótida, se recomienda realizar una paroidectomía superficial y con disección cervical de las cadenas ganglionares de drenaje.

Otros aspectos del manejo del melanoma son:

- Se deben completar los escaques incluidos en el modelo número 68-14-01 de historia clínica vigente en el sistema de salud, como parte de la atención al paciente (anexo 5).
- Una vez diagnosticado el paciente con cáncer, el médico de asistencia deberá completar el modelo 68-02-03 de reporte de cáncer (anexo 6).
- El melanoma se reporta una sola vez en la vida del enfermo. Si se diagnostica en un paciente un tumor maligno en la piel con diferentes histologías deben confeccionarse tantos reportes como diagnósticos histológicos existan, sean sincrónicos o metacrónicos.
- Certificar dieta alimenticia no.12.07 por un año, cuando se realiza el diagnóstico. Solo se repite, si aparecen lesiones metastásicas o recidivas.
- La notificación al paciente o la familia del diagnóstico de melanoma maligno cutáneo debe estar acompañado de apoyo psicológico, por lo que recomendamos la interconsulta con esta especialidad que además debe formar parte del grupo multidisciplinario.
- Se le debe realizar examen cutáneo a los familiares de primera línea del enfermo.

Estadamiento

Para el estadamiento del melanoma cutáneo se reconocen 3 categorías:

- Enfermedad localizada (estadios I-II): Se presenta en alrededor de un 82 al 85 % de los casos. Cuando el tumor es menor o igual a 1 mm el pronóstico es excelente, la supervivencia a 5 años es desde un 90 hasta 93 % y cuando es mayor de 1 mm, disminuye desde un 50 hasta un 90 %.

- Enfermedad regional (estadio III): Se presenta en aproximadamente del 10 al 13 % de los casos. El pronóstico de supervivencia es desde un 20 hasta el 70 %.
- Enfermedad diseminada (estadio IV): Se presenta entre un 2 al 5 %. El pronóstico de supervivencia^(45,46) es desde un 10 hasta el 11 %.

Una vez completado el tratamiento quirúrgico (con reintervención en caso de ser necesario), se realiza el examen físico y los estudios imagenológicos requeridos, para estadiar al paciente por TNM (anexo 10) y definir el pronóstico, conducta y seguimiento.⁽⁴⁷⁾

Estadio clínico 0 *in situ*, IA < 0,8 mm de profundidad sin ulceración:

- Exámenes de laboratorio: No se indicarán de rutina.
- Estudios de imágenes: Solo indicar si existen síntomas o signos.
- Tratamiento: Escisión completa con márgenes adecuados.

Estadio clínico IB (T1b) < 0,8 mm de profundidad con ulceración:

- Exámenes de laboratorio: no se indicarán de rutina.
- Estudios de imágenes: solo indicar si existen síntomas o signos.
- Considerar biopsia de ganglio centinela (anexo 11).
- Tratamiento: escisión completa con márgenes adecuados.

Estadio clínico IB T2a o II >1 mm:

- Exámenes de laboratorio: no se indicarán de rutina, solo si existen síntomas o signos.
- Estudios de imágenes: tomografía axial computarizada de rastreo oncológico, rayos X de tórax, abdomen y pelvis contrastada, o PET-CT en los centros donde existe la disponibilidad, según regionalización.
- Considerar biopsia del ganglio centinela.
- Tratamiento: escisión completa con márgenes adecuados.

Estadio clínico IIIA ganglio centinela positivo:

- Exámenes de laboratorio: no se indicarán de rutina, solo si existen síntomas o signos.
- Estudios de imágenes: tomografía axial computarizada de rastreo oncológico, rayos X de tórax, abdomen y pelvis contrastada, o PET-CT en los centros donde existe la disponibilidad, según regionalización.⁽⁴⁸⁾
- Tratamiento:
 - Disección de ganglios linfáticos o vaciamiento regional ganglionar radical.

- Vigilancia estrecha por ultrasonido.
- Inmunoterapia (pembrolizumab/nivolumab). No se incluyen en el cuadro básico de medicamentos del país.
- Dabrafenib/trametinib para pacientes con mutación de Braf. No se incluyen en el cuadro básico de medicamentos del país.

Estadio clínico IIIB/C/D:

- Exámenes de laboratorio: no se indicarán de rutina, solo si existen síntomas o signos.
- Estudios de imágenes: tomografía axial computarizada de rastreo oncológico, rayos X de tórax, abdomen y pelvis contrastada, o PET-CT en los centros donde existe la disponibilidad, según regionalización.
- Tratamiento:
 - Disección de ganglios linfáticos o vaciamiento regional ganglionar radical.
 - Vigilancia estrecha por ultrasonido.
 - Inmunoterapia (pembrolizumab/nivolumab): No se incluyen en el cuadro básico de medicamentos del país.
 - Dabrafenib/trametinib para pacientes con mutación de Braf. No se incluyen en el cuadro básico de medicamentos del país.⁽⁴⁹⁾
 - Inclusión en ensayos clínicos.

Estadio III ganglios clínicamente positivos comprobados por biopsia:

- Exámenes de laboratorio: no se indicarán de rutina, solo si existen síntomas o signos.
- Estudios de imágenes: tomografía axial computarizada de rastreo oncológico, rayos X de tórax, abdomen y pelvis contrastada, o PET-CT en los centros donde existe la disponibilidad, según regionalización.
- Tratamiento: escisión completa del tumor primario y disección linfática completa. La terapia adyuvante puede ser:
 - Radioterapia posoperatoria: en caso de disecciones ganglionares insuficientes o con ganglios positivos.
 - Inmunoterapia (pembrolizumab/nivolumab): no se incluyen en el cuadro básico de medicamentos del país.
 - Dabrafenib/trametinib para pacientes con mutación de Braf. No se incluyen en el cuadro básico de medicamentos del país.⁽⁵⁰⁾

Estadio III (satelitosis o metástasis en tránsito):

- Exámenes de laboratorio: no se indicarán de rutina, solo si existen síntomas o signos.
- Estudios de imágenes: tomografía axial computarizada de rastreo oncológico, rayos X de tórax, abdomen y pelvis contrastada, o PET-CT en los centros donde existe la disponibilidad, según regionalización.
- Tratamiento: Escisión quirúrgica completa con márgenes adecuados. La terapia adyuvante puede ser:
 - Radioterapia paliativa en lesiones irresecables, solo si producen dolor o son sangrantes. Evaluar siempre el esquema hipo fraccionado (dosis más altas en menos fracciones de tratamiento).
 - Inmunoterapia (pembrolizumab/nivolumab): no se incluyen en el cuadro básico de medicamentos del país.
 - Dabrafenib/trametinib para pacientes con mutación de Braf. no se incluyen en el cuadro básico de medicamentos del país.
 - Observación.⁽⁵¹⁾

Estadio IV:

- Exámenes de laboratorio: se incluye el estudio de la enzima lactato deshidrogenasa (LDH).
- Estudios de imágenes: tomografía axial computarizada de rastreo oncológico, rayos X de tórax, abdomen y pelvis contrastada. El PET-CT se realiza en los centros donde existe la disponibilidad, según regionalización y se indica como estudio de estadificación solo en:
 - Pacientes con melanomas con alta probabilidad de metástasis (Breslow > 4 mm).
 - Pacientes con biopsia positiva del ganglio centinela de región inguinal para conocer el estado de los ganglios iliofemorales y obturadores (vaciamiento inguinal superficial vs. vaciamiento inguinopélvico).
 - Pacientes con sospecha de recidiva, susceptibles de cirugía radical, posterior a la realización de todas las pruebas diagnósticas convencionales.
 - Confirmar histológicamente la metástasis, siempre que sea posible.
- Tratamiento
 - Si la metástasis es limitada se recomienda resecar.⁽⁵²⁾
 - Si la metástasis es diseminada: se recomienda terapia sistémica con quimioterapia (tabla 3).

- Si existen lesiones óseas: considerar el uso de bifosfonatos y radioterapia con fines antálgicos.
- Si existen metástasis cerebrales: considerar radiocirugía estereotáxica⁽⁵³⁾ en los centros donde esté disponible la técnica, previa discusión con el grupo multidisciplinario de los centros de referencia (Instituto de Oncología y Radiobiología y Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras).
- Terapia dirigidas si braf mutado con vemurafenib/obimetinib (tabla 4).
- Inmunoterapia (pembrolizumab/nivolumab).⁽⁵⁴⁾ No se incluyen en el cuadro básico de medicamentos del país.
- Tratamiento de soporte.

Tabla 3. Esquema de quimioterapia recomendado en el manejo del melanoma

Esquema 1.ª línea	Dosis	Día	Cada 21 días
Dacarbacina	850 a 1000 mg/m ²	1	
Esquema 2.ª línea			
Paclitaxel	80 mg/m ²	1	Cada 7 días
Carboplatino	AUC (área bajo la curva) ²	1	Cada 7 días

Nota: Hasta toxicidad inaceptable y progresión.

Tabla 4. Esquemas de terapia blanco para los pacientes con braf mutado

Fármaco	Dosis	Día	Tiempo
Vemurafenib	960 mg, 2 veces al día	1 a 28	Hasta toxicidad o 0 progresión
Cobimetinib	60 mg, 3 veces al día	1 a 21	Hasta toxicidad o 0 progresión

Seguimiento

El seguimiento de los pacientes es de por vida y resulta de gran importancia, ya que permite detectar la recidiva del tumor, la aparición de metástasis, un segundo melanoma u otro tumor cutáneo.

En cada consulta se debe realizar el interrogatorio y examen físico completo, y de este último, profundizar en el examen de la piel y ganglios linfáticos. Se

recomienda fotoeducar al paciente, con la orientación de realizar el autoexamen de la piel una vez al mes, incluido los ganglios linfáticos.

Los estudios a indicar se determinarán según el estadio, los signos y los síntomas del paciente, como se mencionó anteriormente. A partir del estadio IIB, se debe incluir la tomografía axial computarizada de rastreo oncológico.

Frecuencia del seguimiento en estadios 0- IIA:

- Lo realiza el especialista que lo trató.
- Primer y segundo año: consultas trimestrales.
- Tercero, cuarto y quinto año: consultas semestrales.
- A partir sexto año: consultas anuales de por vida.

Frecuencia del seguimiento en estadios IIB- IIC:

- Lo realiza el especialista que lo trató.
- Primer año: cada 2 meses.
- Segundo año: cada 4 meses.
- Del tercero hasta 10 años: semestral.
- A partir de los 11 años: consultas anuales de por vida.

Frecuencia de seguimiento en estadios III-IV:

- Lo realiza el oncólogo.
- Primer año: cada 2 meses.
- Segundo año: cada 4 meses.
- Del tercero hasta 10 años: semestral.
- A partir de los 11 años: consultas anuales de por vida.

Nota: Se le orientará al paciente, que debe acudir a su médico de asistencia ante cualquier signo o síntoma independientemente de la frecuencia del seguimiento establecida, según corresponda.

Recidiva. Se considera una recidiva local cuando la lesión se encuentra en la cicatriz, próxima a ella por inadecuada exéresis o por enfermedad linfática dérmica después de una adecuada exéresis.

Con frecuencia el melanoma maligno cutáneo primero hace recidiva local/regional y después a distancia. Es conocido que puede diseminarse por vía hematológica, sin afectar los ganglios linfáticos. Recordar que la recidiva es un signo de mal pronóstico.

La mayoría de las recidivas se manifiestan en los primeros 5 años después del diagnóstico; sin embargo, pueden aparecer en cualquier momento, incluso tardías a los 10 años (1 al 5 %) y ultra tardías (que son raras), a partir de los 15 años.

Situaciones especiales

A continuación, se describen situaciones especiales donde se puede presentar el melanoma maligno.

Melanoma pediátrico

Esta enfermedad es rara en la edad pediátrica. Aparece del 1 al 4 % en menores de 20 años y solo el 0,3 al 0,4 % en prepúberes, aunque se ha incrementado en los últimos tiempos.

Se plantea que los factores de riesgo del adulto, pueden influir en este grupo, dentro de ellos: avance de la edad, exceso de radiación ultravioleta, color de piel claro, así como antecedentes patológicos familiares de melanoma y la presencia de nevos, entre otros.

Melanoma y embarazo

El melanoma maligno es el segundo cáncer por orden de frecuencia de la mujer en etapa reproductiva (es uno de los más diagnosticados durante el embarazo) y hasta los 50 años; es raro antes de la pubertad y disminuye después de la menopausia.

No se establecen diferencias cuando se asocia al embarazo (sea su diagnóstico antes, durante o después) respecto al estadio, espesor, positividad de los ganglios linfáticos y supervivencia global.⁽⁵⁵⁾

Melanoma maligno cutáneo diagnosticado antes del embarazo

Las pacientes diagnosticadas con melanoma maligno cutáneo que desean salir embarazadas, aunque es controversial la decisión, algunos recomiendan mantener su deseo, sobre todo en estadios tempranos (I-II), ya que no se modifica el pronóstico y no encuentran razón médica para aplazar el embarazo.⁽⁵⁶⁾ El tiempo de espera recomendado para salir embarazada varía. El 50 % de las recaídas en pacientes con lesiones gruesas, se aprecia en un periodo de 3 años. En el melanoma maligno de alto riesgo, se aconseja esperar de 3 a 5 años. Las recomendaciones deben ser individuales y dependen del estadio de la enfermedad, edad de la paciente, deseo de tener un hijo y las comorbilidades. Deben aparecer en el consentimiento informado.

Melanoma maligno cutáneo diagnosticado durante el embarazo

Las pacientes diagnosticadas con melanoma maligno cutáneo durante el embarazo,^(55,56) se les debe realizar la exéresis bajo anestesia local con lidocaína, ya que se considera segura. En estadios avanzados con metástasis ganglionares o a distancia, se sugiere realizar radiografía de tórax (bajo protección del abdomen) y ultrasonido abdominal. La biopsia de ganglio centinela, la tomografía axial computarizada con contraste endovenoso y por emisión de positrones; así como en el primer trimestre de embarazo, la resonancia magnética, están contraindicadas. La experiencia es limitada en estos casos; es necesario evaluar el riesgo-beneficio para decidir el tratamiento. El pronóstico para el feto depende del estadio de la enfermedad materna. Por lo general es favorable, excepto cuando la madre presente una enfermedad diseminada. En este caso, es necesario realizar un examen minucioso macroscópico e histológico de la placenta en busca de metástasis y del recién nacido; aunque ambos sean negativos de metástasis, el neonato se debe evolucionar con radiografía de tórax, pruebas de la función hepática, LDH y exploración cutánea minuciosa, por 24 meses como mínimo. Las metástasis transplacentarias son raras, se describen cuando las pacientes presentan siembras a distancia. La afectación de la placenta no implica siempre metástasis en el feto, se estima que pueden aparecer en alrededor del 25 % de los casos.

Melanoma maligno cutáneo diagnosticado después del embarazo

Los embarazos previos a la fecha del diagnóstico del melanoma maligno cutáneo no parecen influir en la supervivencia de la paciente. Sobre el uso de anticonceptivos orales, no existe evidencia de que estos modifiquen el curso natural del melanoma; sin embargo, no se recomienda su uso, ni la indicación de la terapia sustitutiva hormonal en mujeres diagnosticadas con esta enfermedad.

Los pacientes con diagnóstico de melanoma maligno cutáneo no se deben considerar para la donación de órganos, ni para realizarles transfusiones de plasma autólogo.

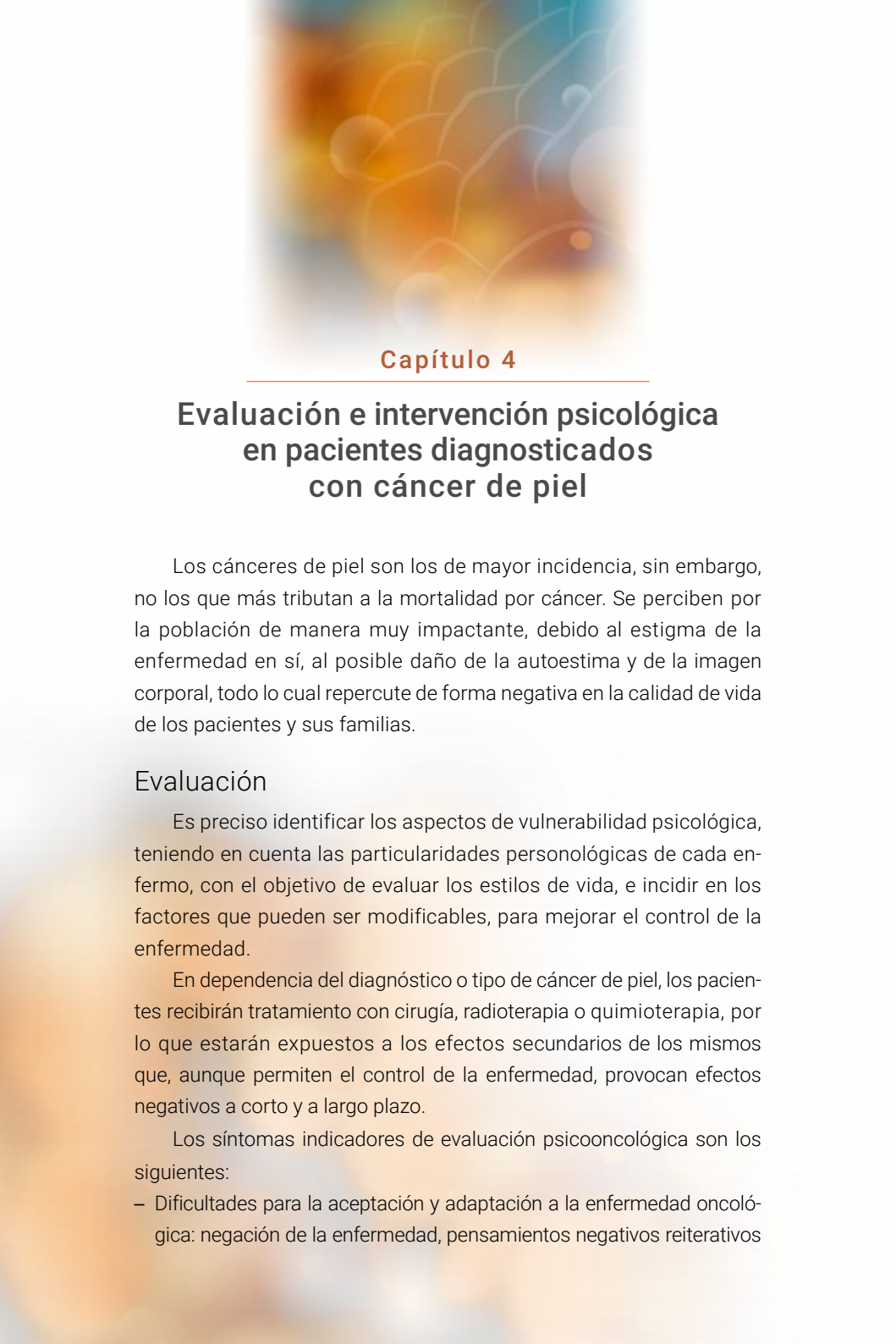
Indicadores de evaluación del cáncer cutáneo melanoma maligno

Los indicadores de evaluación para la guía de melanoma maligno cutáneo son:

- Tiempo transcurrido desde la sospecha clínica o dermatoscópica, hasta la realización de la biopsia.

- Tiempo de resultado del informe histológico o diagnóstico.
- Calidad del informe histológico.
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico histológico, hasta el tratamiento definitivo.
- Tratamiento quirúrgico definitivo (calidad del tratamiento y márgenes adecuados según Breslow).
- Estadío en el momento del diagnóstico.
- Número de recidivas por exéresis incompletas (anexo 12).





Capítulo 4

Evaluación e intervención psicológica en pacientes diagnosticados con cáncer de piel

Los cánceres de piel son los de mayor incidencia, sin embargo, no los que más tributan a la mortalidad por cáncer. Se perciben por la población de manera muy impactante, debido al estigma de la enfermedad en sí, al posible daño de la autoestima y de la imagen corporal, todo lo cual repercute de forma negativa en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Evaluación

Es preciso identificar los aspectos de vulnerabilidad psicológica, teniendo en cuenta las particularidades personológicas de cada enfermo, con el objetivo de evaluar los estilos de vida, e incidir en los factores que pueden ser modificables, para mejorar el control de la enfermedad.

En dependencia del diagnóstico o tipo de cáncer de piel, los pacientes recibirán tratamiento con cirugía, radioterapia o quimioterapia, por lo que estarán expuestos a los efectos secundarios de los mismos que, aunque permiten el control de la enfermedad, provocan efectos negativos a corto y a largo plazo.

Los síntomas indicadores de evaluación psicooncológica son los siguientes:

- Dificultades para la aceptación y adaptación a la enfermedad oncológica: negación de la enfermedad, pensamientos negativos reiterativos

en torno a la dolencia, dificultades en la adaptación a las limitaciones físicas, pérdida de autoestima, afectación de la imagen corporal, estilos de afrontamientos negativos, entre otros.

- Presencia de malestar emocional –tristeza, miedo, rabia, dificultades para dormir continuado–, durante una semana o más tiempo.
- Antecedentes personales de trastornos del estado de ánimo –ansiedad, depresión, irritabilidad, entre otros–, con o sin medicación psicofarmacológica, ideación suicida o intentos suicidas. Antecedentes de conductas aditivas.
- No aceptación o dificultades para admitir los tratamientos oncológicos propuestos por el equipo: intervención quirúrgica, radioterapia y quimioterapia. Se recomienda realizar entrenamientos en técnicas psicológicas que minimicen los efectos secundarios provocados por la terapia oncoespecífica, para control anticipado de los síntomas.
- Presencia de otros estresores vitales: hijos menores, persona dependiente bajo su responsabilidad, dificultades económicas, experiencias anteriores de un familiar con cáncer.
- Pacientes con falta de apoyo familiar y social (la familia es el principal grupo de apoyo para el estrés emocional derivado de la enfermedad y sus tratamientos), por lo que resulta imprescindible evaluar la funcionabilidad familiar y de la pareja.
- Paciente con presencia de dolor o sufrimiento.

Las diferentes estrategias de intervención deben ir encaminadas al control de los síntomas por métodos psicológicos, a minimizar las experiencias del sufrimiento y a preservar o potencializar la calidad de vida de pacientes y familiares.

Intervención

Se recomienda desarrollar estrategias y técnicas de intervención psicológicas para mejorar el control, y fomentar adecuados mecanismos de ajustes, dentro de ellas se relacionan las siguientes metodologías:

- Técnicas cognitivas dirigidas al control de los pensamientos negativos: la reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento, distracción cognitiva, inoculación del estrés, interpretación positiva de sensaciones, control autoinstruccional, desensibilización progresiva.

- Técnicas de control de la ansiedad: relajación, visualización, la hipnorrelajación, para la solución de problemas.
- Técnicas para el desarrollo de habilidades socio comunicativas por la necesidad de crear expectativas positivas para la colaboración durante todo el proceso terapéutico, adherencia a los tratamientos, y el rol activo del paciente con la posibilidad de que exprese sus estados emocionales negativos.

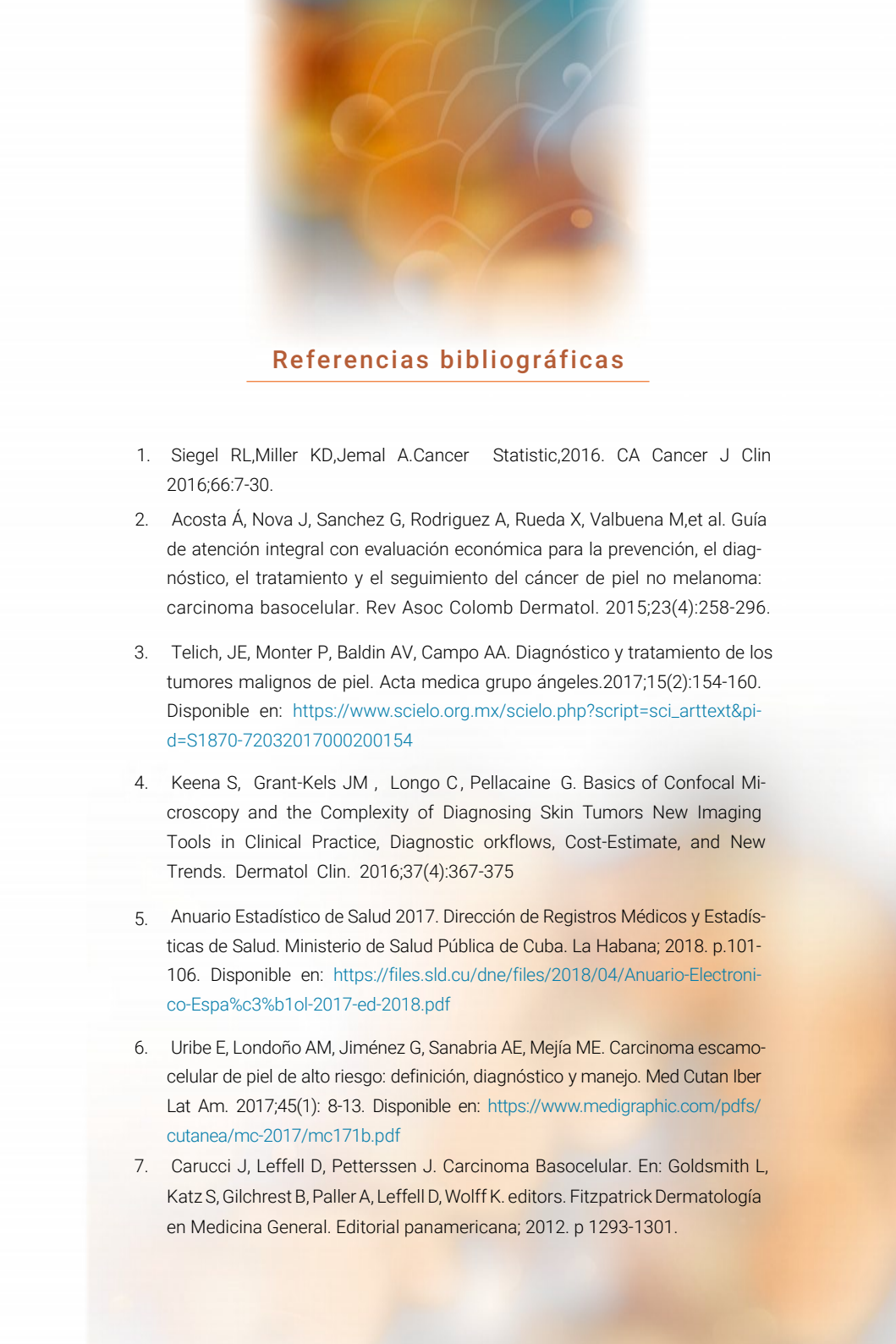
En caso de ser necesario el tratamiento psicofarmacológico, se solicitará interconsulta para su valoración con el especialista en psiquiatría. Los casos con trastornos psicopatológicos comórbidos o con sintomatología ansioso-depresiva persistente, serán derivados directamente a psiquiatría.

La familia y la pareja se convertirán en el principal grupo de apoyo para amortiguar el distrés emocional, que puede producir un diagnóstico de este tipo, además de que también necesitarán ayuda profesional para lograr transitar por la adaptación y evitar las crisis de claudicación familiar y la conspiración del silencio.

En la familia se debe trabajar la conspiración del silencio, las crisis de claudicación familiar, los sentimientos de culpa, problemas de funcionabilidad familiar, preocupaciones económicas, la muerte y el proceso del duelo. En fin, la familia necesita saber cuidarse para cuidar mejor.

En el caso del paciente terminal, es necesario identificar los estadios psicológicos en el proceso de la muerte, los mecanismos defensivos, los miedos, las esperanzas, el control de la hostilidad, la ansiedad, la depresión y otras manifestaciones neuropsíquicas y emocionales, además de controlar los síntomas “físicos”, a través de métodos psicológicos, entre otras posibles acciones.

El objetivo de esta intervención es ayudar al proceso de adaptación por el que cada paciente y su familia deberán atravesar en los diferentes momentos de la enfermedad como: diagnóstico, tratamientos oncoespecíficos, intervalo libre de enfermedad, sobreviviente de un cáncer y los cuidados paliativos (que no culminan con la muerte porque incluye la atención al duelo). El plan de intervención se debe estructurar tanto para el ambiente de hospitalización como para el seguimiento ambulatorio por consulta externa.



Referencias bibliográficas

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2016. CA Cancer J Clin. 2016;66:7-30.
2. Acosta Á, Nova J, Sanchez G, Rodriguez A, Rueda X, Valbuena M, et al. Guía de atención integral con evaluación económica para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2015;23(4):258-296.
3. Telich, JE, Monter P, Baldin AV, Campo AA. Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. Acta medica grupo ángeles. 2017;15(2):154-160. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032017000200154
4. Keena S, Grant-Kels JM, Longo C, Pellacaine G. Basics of Confocal Microscopy and the Complexity of Diagnosing Skin Tumors New Imaging Tools in Clinical Practice, Diagnostic workflows, Cost-Estimate, and New Trends. Dermatol Clin. 2016;37(4):367-375
5. Anuario Estadístico de Salud 2017. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública de Cuba. La Habana; 2018. p.101-106. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%cb1ol-2017-ed-2018.pdf>
6. Uribe E, Londoño AM, Jiménez G, Sanabria AE, Mejía ME. Carcinoma escamocelular de piel de alto riesgo: definición, diagnóstico y manejo. Med Cutan Iber Lat Am. 2017;45(1): 8-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2017/mc171b.pdf>
7. Carucci J, Leffell D, Pettersen J. Carcinoma Basocelular. En: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D, Wolff K. editors. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. Editorial panamericana; 2012. p 1293-1301.

8. Grossman D, Leffell D. Carcinoma Espinocelular. En: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D, Wolff K. editors. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. Editorial panamericana; 2012 p.1282-1293.
9. Arenas Guzmán R. Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento. 6ta ed. Mc GrawHill education; 2015.
10. Gray Lovio O, Abreu Daniel A, Bonito Lovio D. Fotoeducación: Información Básica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014;30(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400009
11. Gil N, Hernández E, Contreras J. El impacto de la prevención primaria y secundaria en la disminución del cáncer de piel. Rev CES Salud Pública. 2016;7 (2). Disponible en: https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3559
12. Dourmishev L, Rusinova D, Botev I. Clinical variants, stages, and management of basal cell carcinoma, Indian Dermatology Online Journal. 2013;4(1): 12-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3573444/>
13. Barroso Fleitas BB, Díaz Lorenzo T, García Gómez R, Castañeda Lezcano S. La dermatoscopia en el diagnóstico de cáncer de piel no melanoma. Folia dermatol. cuban. 2014;8(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/fofia/fd-2014/fd141b.pdf>
14. Cabo H, González VM, Peralta R, Rodríguez Saa S, Salerni G,. Dermatoscopia: Casos clínicos, 2019; Ediciones Journal, Buenos Aires S.A.
15. Piña Y, Piña J, Piña JJ, Castro AM, Darias C. Dermatoscopia para establecer márgenes quirúrgicos mínimos en la resección de carcinomas basocelulares. Rev.Med.Electrón. 2018;40(1):110-119. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100012&lng=es
16. Droppelmann, K, Cataldo K, Molgó M, Goñi I, León A, Camus M,et al. Cuando y cómo realizar una biopsia de las lesiones cutáneas frecuentes, lo que el cirujano debe saber. Rev Chil Cir. 2015;67(5):538-544.
17. Vilchez-Márquez F, Nofuentes B, Barchino L, Ruiz de las Casas L, Soria A, Descalzo MA et al. Carcinoma basocelular cutáneo: diagnóstico y tratamiento en atención especializada dermatológica. Actas Dermosifiliogr. 2020;111(4):291-299.
18. National Comprehensive Cancer. NCCN Guideliness. 2022. Basal Cell Skin cancer. Disponible en: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/basal-cell-patient-guideline.pdf>
- 19- Vega, LG. Carcinoma basocelular. Tratamiento con interferon alfa 2b intralesional. Dermatología Cosmet. Médica y Quir. 2016;14(2):00-105. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2016/dcm162b.pdf>

20. de Vita VT, Hellman, Rosenberg. Cancer: principles and practice of Oncology, Management of skin cancer, 2019. Lippincott-Raven, Philadelphia.
21. Likhacheva A, Awan M, Barker CA, Bhatnagar A, Bradfield L, Brady MS, et al. Definitive and Postoperative Radiation Therapy for Basal and Squamous Cell Cancers of the Skin: Executive Summary of an American Society for Radiation Oncology Clinical Practice Guideline. *Pract. Radiat. Oncol.* 2020;10:8–20.
22. Verkouteren JA, Smedinga H, Steyerberg EW, Hofman A, Nijsten T. Predicting the risk of a second basal cell carcinoma. *J Invest Dermatol.* 2015;135(11):2649–56.
23. Ordóñez M, Núñez AM, Orozco LK, Ortiz RA, Martínez, Caicedo JC. Perfil epidemiológico de recidivas de carcinoma basocelular a 5 años en dos centros de referencia histopatológica de Popayán, Colombia. *Rev Colomb Cir Plast Reconstr.* 2021;27(1). Disponible en: <https://www.ciplastica.com/ojs/index.php/rccp/article/view/162>
24. Acosta de Hart, Rueda X, Alba C, Pulido L. Guías de práctica clínica para el tratamiento del carcinoma escamocelular, *Rev Asoc Col Dermatol.* 2008;16(2):116–134. Disponible en: <https://docplayer.es/6466310-Guias-de-practica-clinica-para-el-tratamiento-del-carcinoma-escamocelular.html>
25. Reyes M, Blasco G, Aránega A. Cáncer cutáneo no melanoma. *Actualidad medica* 2018;103(803):26–32. Disponible en: https://actualidadmedica.es/articulo/803_re01/
26. Tejera A, Descalzo M.A -Gallego, M.M. Otero MM; Rivas, C. Posada-Garcia, L. Rodríguez-Pazos, I. Pastushenko, *et al.* Skin cancer incidence and mortality in Spain: A systematic review and meta-analysis. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107 (4):318–328.
27. Motaparathi K, Kapil JP, Velazquez EF. Cutaneous squamous cell carcinoma: Review of the eighth edition of the American joint committee on cancer staging guidelines, prognostic factors, and histopathologic variants. *Adv Anat Pathol.* 2017;24():171–194. Disponible en: https://journals.lww.com/anatomicpathology/Fulltext/2017/07000/Cutaneous_Squamous_Cell_Carcinoma__Review_of_the.1.aspx#:~:text=10.1097/PAP.000000000000157
28. Stratigos A, Garbe C, Lebbe C, Malvehy J, Marmol V, H. Pehamberger H, et al. Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer.* 2015;51 (1):1989–2007.
29. Kauvar A, Cronin T, Roenigk R, Hruza G, Bennett R. Consensus for Nonmelanoma Skin Cancer Treatment: Basal Cell Carcinoma, Including a Cost Analysis of Treatment

- Methods. *Dermatologic Surgery*. 2015;41(5):550–571.
30. Wolfe CM, Cognetta AB. Radiation therapy (RT) for nonmelanoma skin cancer (NMSC), a cost comparison: Clarifying misconceptions. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75(3):654-655.
 31. Pampena R, Palmieri T, Kyrgidis A, Ramundo D, Iotti C, Lallas A, **et al**. Orthovoltage radiotherapy for nonmelanoma skin cancer (nmSC): Comparison between 2 different schedules. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(2):341-347.
 32. D. Grossi Marconi, B. da Costa Resende, E. Rauber, P. de Cassia Soares, J.M.J. Fernandes, N. Mehta, **et al**. Head and neck non-melanoma skin cancer treated by superficial x-ray therapy: An analysis of 1021 cases. *PloS One*. 2016;11(7): e0156544.
 33. Harris B.N., Pipkorn P., Nguyen K.N.B., Jackson R.S., Rao S., Moore M.G., Farwell D.G., Bewley A.F. Association of Adjuvant Radiation Therapy With Survival in Patients With Advanced Cutaneous Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *JAMA Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2019;145:153-158.
 34. Quiñones, R. Cáncer de piel no Melanoma de la hélice: el dermatoscopio está de nuestro lado. *Dermatol Rev Mex*. 2015;59(2):175-180. Disponible en: <https://dermatologiarevista-mexicana.org.mx/article/cancer-de-piel-no-melanoma-de-la-helice-el-dermatoscopio-esta-de-nuestro-lado/>
 35. Khansur T, Kennedy A. Cisplatin and 5-fluoroucil for advanced locoregional and metastatic squamous cell carcinoma of the skin cancer. 1991;67(8):2030-32.
 36. Bray F, Jacques ME, Soerjomataram I, , Rebecca L, Siegel MPH, Lindsey A, et al. Global Cancer Statistics: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA CANCER J CLIN*. 2018;68(39): 394–424.
 37. Bailey E, Sober A, Tsao H, Mihm M, Jhonson T. Melanoma cutáneo. En: Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D, Wolff K. editors. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. Editorial panamericana; 2012 p.1416-1444.
 38. Schuch AP, Moreno NC, Schuch NJ, Schuch NJ, Menck CFM, Garcia CCM. Sunlight damage to cellular DNA: Focus on oxidatively generated lesions. *Free Radic Biol Med*. 2017;107:110–24.
 39. De Vita VT, Hellman, Rosenberg, Principles and practices of Oncology. 11th edition. Cutaneous melanoma. 2019 Philadelphia: Wolters Kluwer.
 40. National Institute for Health and care excellence. NICE guideline 2019. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng14>

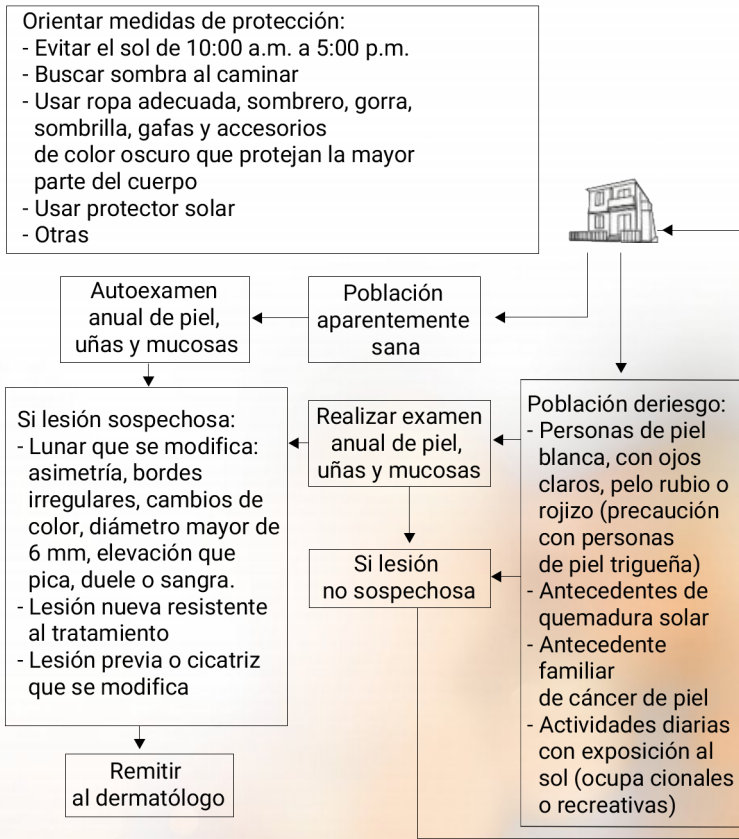
41. Rocha-Rodríguez LG, Rocha-Aguirre JE, Correa-Vélez N, Arisa S. Validez diagnóstica de los marcadores inmunohistoquímicos S100, HMB-45, MITF, tirosinasa, Melan-A/MART-1, PNL2, NKI/C3 para el diagnóstico de melanoma cutáneo. *Dermatol Rev Mex*. 2019;63(3):278-92. Disponible en: <https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/validez-diagnostica-de-los-marcadores-inmunohistoquimicos-s100-hmb-45-mitf-tyrosinase-melan-a-mart-1-pnl2-nki-c3-para-el-diagnostico-de-melanoma-cutaneo/>
42. Eggermont AM, Spatz A, Robert C. Cutaneous melanoma. *Lancet*. 2014; 383(9919):816–827.
43. Koshenkov V, Broucek J, Howard L, Kaufman L. Surgical management of melanoma. *Cancer Treat Res*. 2016;167():149-179.
44. Ethun C, Delman K. The importance of surgical margins in melanoma. *J Surg Oncol*. 2015;113(3).
45. Martin BJ, Covington KR, Quick AP, Cook RW. Risk Stratification of Patients with Stage I Cutaneous Melanoma Using 31-Gene Expression Profiling. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2021;14(9):E61-E63. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8675338/pdf/jcad_14_9_E61.pdf
46. Gershenwald JE, Scolyer R, Hess K, Sodak V, Long GV, Ross M et al. Melanoma Staging: Evidence-Based Changes in the American Joint Committee on Cancer Eighth Edition Cancer Staging Manual, CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5978683/>
47. Barriera-Silvestrini P, Iacullo J, Knackstedt T. American Joint Committee on Cancer Staging and Other Platforms to Assess Prognosis and Risk. *J Clin Plast Surg*. 2021;48(4):599-606.
48. Wong S, Faries MB, Kennedy EB, Agarwala SS, Akhurst T, Ariyan C, et al. Sentinel Lymph Node Biopsy and management of Regional Lymph nodes in melanoma: American Society of clinical oncology and Society of surgical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*. 2018;36(4):399-413.
49. Larkin J, Ascierto PA, Dreno B, Atkinson V, Liskay G, Maio M. Combined vemurafenib and cobimetinib in BRAF-mutated melanoma. *N Engl J Med*. 2014;371(20):1867-76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25265494/>
50. Davies MA, Saiag P, Robert C, et al. Dabrafenib plus trametinib in patients with BRAF V600-mutant melanoma brain metastases (COMB-MB: a multicenter, multicohort, open label phase II trial). *Lancet Oncol*. 2017;70(7):863-873. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5991615/>
51. National Comprehensive Cancer Network NCCN. (2019). Clinical practice Guidelines in oncology. Cutaneous melanoma. version 1. 2019. Disponible en: https://nccn.org/view/journals/jnccn/17/4/article-p367.xml?utm_campaign=TrendMD_JNCCN_

Jun_2019&UTM_medium=CPC&UTM_source=Trendmd&print

52. O'Leary, Byrnes P, Kevin G, Derek G, Redmond H. Surgical management of metastatic melanoma in the era of targeted systemic therapies. *Melanoma Res.* 2015;(1):1-8.
53. Serna A, Escobar PP, Puchades V. Single fraction volumetric modulated arc Radiosurgery of brain metástasis. *Clin Trans Oncol.* 2015;17:596-603. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12094-015-1282-2>
54. Camacho Limas CP, Gerson Cwilich R, Góngora Jurado MA, Villalobos Prieto A, Blanco Vázquez YC, López Riverol O. Actualidades para el tratamiento del melanoma metastásico. *An Med (Mex)* 2017;62(3):196-207. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2017/bc173g.pdf>
55. Crisan D, Treiber N, Kull T, et al. Surgical treatment of melanoma in pregnancy: a practical guideline. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016;14(6):585.
56. Lens M, Bataille V. Melanoma in relation to reproductive and hormonal factors in women: current review on controversial issues. *Cancer Causes Control.* 2008;19:437. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10552-008-9110-4>

Anexos

Anexo 1. Algoritmo de control del cáncer de piel para la atención primaria de salud



Fuente: Programa Integral para el control del Cáncer en Cuba

Anexo 2. TNM del carcinoma espinocelular 8.^{va} edición

T (Tumor primario) pT que es idéntico a T	
pTx	Tumor primario no evaluable
pT0	No existe evidencia de tumor primario
pTis	Carcinoma in situ
pT1	Tumor ≤ 20 mm o menos en dimensión máxima. Esta es la dimensión clínica, pero la dimensión patológica, generalmente macroscópica, se puede utilizar si la clínica no está disponible
pT2	Tumor > 20 mm o ≤ 40 mm en dimensión máxima. Esta es la dimensión clínica, pero la dimensión patológica, generalmente macroscópica, se puede utilizar si la clínica no está disponible
pT3	Tumor > 40 mm en dimensión máxima. Esta es la dimensión clínica, pero la dimensión patológica, generalmente macroscópica, se puede utilizar si la clínica no está disponible pT1 y pT2 pueden ser eclipsados a pT3 por una o más características clínicas/patológicas de alto riesgo que incluyen invasión profunda*, invasión perineural definida específicamente** o erosión ósea menor
pT4a	Tumor con invasión macroscópica cortical/medular
pT4b	Tumor con esqueleto axial/base de cráneo/invasión foraminal
Nota: pT: Características de alto riesgo en relación con pT1 y pT2 eclipsando a pT3 *Invasión profunda: se define como profundidad de invasión (DOI) a un nivel más allá de la grasa subcutánea o profundidad grosor del tumor > 6 mm. La profundidad se mide en milímetros desde la capa granular de la epidermis normal adyacente más cercana hasta el punto más profundo del tumor **Invasión perineural específicamente definida utilizando criterios clínicos o patológicos: esto se relaciona con un nervio designado o un nervio $\geq 0,1$ mm de diámetro o un nervio más profundo que la dermis o las células tumorales dentro del nervio	

	Ganglios linfáticos regionales pN La división entre las regiones sin cabeza y cuello y cabeza y cuello (tronco y extremidades) anteriormente representa el nivel de la articulación acromioclavicular y posterior el nivel del margen superior del omóplato
	Carcinoma de piel (fundamentalmente extremidades y tronco, pero excluyendo párpado, vulva, pene o zona perianal)
pNx	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales
pN0	Sin metástasis en los ganglios linfáticos regionales
pN1	Metástasis en un solo ganglio ipsilateral ≤ 30 mm en su mayor dimensión sin extensión extraganglionar
pN2a	Metástasis en un solo ganglio ipsilateral > 30 mm, pero no más de 60 mm en su mayor dimensión sin extensión extraganglionar
pN2b	Metástasis en múltiples ganglios ipsolaterales, ninguno > 60 mm en su mayor dimensión sin extensión extraganglionar
pN2c	Metástasis en ganglios bilaterales o contralaterales, ninguno > 60 mm en su mayor dimensión sin extensión extraganglionar
pN3a	Metástasis en un ganglio linfático > 60 mm en su mayor dimensión sin extensión extraganglionar
pN3b	Metástasis en un ganglio linfático con extensión extraganglionar
	Nota: La extensión extraganglionar se puede definir por criterios clínicos o patológicos Existe la expectativa de que al menos 10 ganglios linfáticos se identifiquen mediante linfadenectomía selectiva y al menos 15 en linfadenectomía radical o radical modificada
	Metástasis a distancia (M)
M0	Sin metástasis a distancia
M1/pM1	Enfermedad metastásica a distancia
	Nota: MX y pM0 no existen

Estadificación del carcinoma. 8.^{va} edición

Etapas	T	N	M
0	is	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1,T2,T3	N1	M0
IV A	T1,T2,T3	N2,N3	M0
	T4	Cualquier N	M0
IVB	Cualquier T	Cualquier N	M1

Anexo 3. TNM para carcinoma basocelular y espinocelular AJCC 7.^{ma} edición

Se utilizará solo para realizar el reporte de carcinoma basocelular al Registro Nacional de Cáncer.

	Tumor primario (T)*
Tx	El tumor primario no puede ser evaluado
T0	No evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor de 2 cm o menos en su mayor dimensión con menos de dos factores de alto riesgo**
T2	Tumor mayor de 2 cm en su mayor dimensión o tumor de cualquier tamaño con dos o más factores de riesgo
T3	Tumor con invasión a maxilar, mandíbula, órbita o hueso temporal
T4	Tumor con invasión al esqueleto (axial o apendicular) o invasión perineural de la base del cráneo

	*Excluye el carcinoma epidermoide de los párpados **Factores de alto riesgo de persistencia, recidiva y metástasis del tumor primario: – Profundidad de la invasión: • 2 mm de espesor • Nivel de Clark > IV • Invasión perineural – Localización anatómica del tumor primario: - oído y bermellón del labio – Diferenciación anatómica: pobremente diferenciado o indiferenciado
	Ganglios regionales (N)
NX	Ganglios regionales no pueden ser evaluados
N0	No ganglios regionales metastásicos
N1	Metástasis en un solo ganglio regional homolateral de 3 cm o menos en su mayor dimensión
N2	Metástasis en un solo ganglio regional homolateral mayor de 3 cm pero no mayor de 6 cm en su mayor dimensión; o múltiples ganglios homolateral no mayor de 6 cm en su mayor dimensión; o ganglios bilaterales o contralateral no mayor de 6 cm en su mayor dimensión
N2a	Metástasis en un solo ganglio homolateral mayor de 3 cm pero no mayor de 6 cm en su mayor dimensión
N2b	Metástasis en múltiples ganglios linfáticos homolateral, no mayor de 6 cm en su mayor dimensión
N2c	Metástasis en ganglios linfáticos bilateral o contralateral, no mayor de 6 cm en su mayor dimensión
N3	Metástasis en ganglio linfático mayor de 6 cm en su mayor dimensión
	Metástasis a distancia (M)
M0	No metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia

	Grado histológico (G)
GX	El grado histológico no puede ser evaluado
G1	Bien diferenciado
G2	Moderadamente diferenciado
G3	Pobrementemente diferenciado
G4	Indiferenciado

Etapas y grupos pronósticos carcinoma cutáneo no melanoma 7.^{ma} edición

Etapas	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
IV	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
	Cualquier T	N3	M0
	T4	Cualquier N	M0
	Cualquier T	Cualquier N	M1

Anexo 4. Regionalización para la atención al cáncer de piel en Cuba

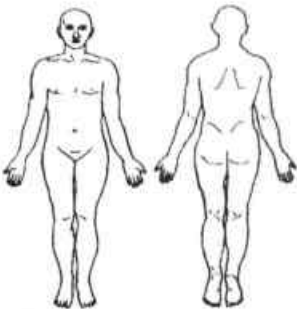
Dada la poca incidencia, alta mortalidad y complejidad en el manejo del melanoma maligno cutáneo, la atención de los casos se organiza como sigue:

- Hospital Oncológico Conrado Benítez de Santiago de Cuba: se atenderán los pacientes de Guantánamo y Santiago de Cuba.
- Centro Oncológico Vladimir Ilich Lenin de Holguín: se atenderán los pacientes de Granma y Holguín.
- Hospital Oncológico María Curí de Camagüey: se atenderán los pacientes de Las Tunas, Ciego de Ávila y Camagüey.
- Hospital Oncológico Celestino Hernández de Villa Clara: se atenderán los pacientes de Santi Spíritus, Cienfuegos y Villa Clara.
- Instituto de Oncología y Radiobiología: se atenderán los pacientes de Pinar del Río, Matanzas, Mayabeque, Artemisa, Isla de la Juventud y La Habana.
- La Habana: Se recibirán por dermatología o grupo multidisciplinario (hospitales Manuel Fajardo y Hermanos Ameijeiras) los pacientes con sospecha de melanoma y estos remitirán al Instituto de Oncología y Radiobiología aquellos casos con lesiones de gran tamaño, en zonas donde el manejo se hace complejo o estadios mayores o iguales que III.
- Los pacientes pediátricos se atenderán en el Instituto de Oncología y Radiobiología.

Anexo 5. Historia Clínica modelo 68-14-01

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HISTORIA CLÍNICA ONCOLÓGICA
MODELO 68-14-01

MELANOMA

I-REMISIÓN						
REMISIÓN: ☐ No ☐ Atención primaria ☐ Programa de seguimiento ☐ Atención secundaria ☐ Otro						DIAGNÓSTICO: ☐ No ☐ Si
II-ANAMNESIS						
1. MOTIVO DE CONSULTA ☐ 1. Aparición de lesión cutánea ☐ 2. Sangramiento ☐ 3. Crecimiento de lesión ☐ 4. Aparición de ganglio regional ☐ 5. Otra						
Primer síntoma: _____						
2. FECHA DE PRIMEROS SÍNTOMAS (dd/mm/aa) () () () () () ()						
III- ANTECEDENTES						
1. PERSONALES ☐ 1. Ninguno ☐ 2. Exposición solar ☐ 3. Exposición a Radiaciones ☐ 4. Lesión pigmenta ☐ 5. Xeroderma pigmentoso ☐ 6. Mancha melanocítica de Hutchinson		2. OTROS PERSONALES ☐ 1. Ninguno ☐ 2. Hipertensión arterial ☐ 3. Cardiopatía isquémica ☐ 4. Diabetes Mellitus ☐ 5. Neoplasias Malignas Cual?: _____		3. FAMILIARES DE CÁNCER: ☐ 1. Ninguno ☐ 2. Melanoma ☐ 3. Otra neoplasia de piel ☐ 4. Otra neoplasia Cual(es)? _____		
IV- EXAMEN FÍSICO						
1. CARACTERÍSTICAS ☐ 1. Extensión superficial ☐ 2. Lentigo maligno ☐ 3. Melanoma acral ☐ 4. Nodular ☐ 5. No procede ☐ 6. Otra Cual (es)? _____		2. CARACTERÍSTICAS II ☐ 1. Asimetría ☐ 2. Bordes irregulares ☐ 3. Cambio de coloración ☐ 4. Diámetro ≥ 6 mm ☐ 5. Crecimiento lesión ☐ 6. No procede				
3. TAMAÑO (DIÁMETRO MAYOR) _____ mm		4. COLOR ☐ 1. Pigmentado ☐ 2. No pigmentado ☐ 3. No procede				
5. LOCALIZACIÓN: ☐ Piel de la cara ☐ Piel del cuero cabelludo y el cuello ☐ Piel del tronco ☐ Piel del miembro superior y hombro ☐ Piel del miembro superior y cadera ☐ Piel sin especificar ☐ No procede		6. SIGNOS ASOCIADOS ☐ Ninguno ☐ Lesión regional ☐ Lesión satélite ☐ Lesión a distancia				
7. PERFORMAN ITATOS ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4						
1ER APELLIDO		2DO APELLIDO		NOMBRE (S)		
NO HISTORIA CLÍNICA		NÚM. CARTA DE IDENTIDAD		SEXO ☐ M ☐ F	EDAD	FECHA DE REGISTRO (dd/mm/aa)

V-COMPLEMENTARIOS													
Exámenes de laboratorio				Imágenes		Pos. Neg.		Pos. Neg.		Pos. Neg.			
☐ Hemoglobina _____ g/dl ☐ Densitogramas lácteos _____ UIA ☐ Calcio _____ mg/dl				☐ Rayos X tórax ☐ US abdomen ☐ TAC de Cráneo		☐ TAC Tórax ☐ TAC Abdomen ☐ TAC Pelvis							
IV-ANATOMÍA PATOLÓGICA													
No. Biopsia:				Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa)				Marcadores		Pos. Neg.			
Diagnóstico Topográfico: _____								☐ S-100 ☐ HMB-45		☐ ☐			
Diagnóstico Morfológico: _____													
Realizado en: _____													
Mutación		Grado de diferenciación:				Base del diagnóstico:							
☐ BRAF ☐ Si ☐ No ☐ Desc.		☐ Diferenciado ☐ Moderadamente diferenciado ☐ Poco diferenciado				☐ Indiferenciado ☐ No determinado ☐ No procede							
						☐ E. Clínico ☐ Inv. Clínica ☐ Cirugía ☐ Desc.							
						☐ P. Bio. Inmunol. ☐ Citología ☐ Citogenética ☐ Desc.							
						☐ Hematología ☐ Histología ☐ Otras							
VII-ESTADIAMIENTO													
TNM: T N M				Metástasis a distancia:									
pTNM: pT pN pM				☐ Ninguna ☐ Pulmón Pleura ☐ Hígado ☐ Ovario ☐ Otras									
				☐ Hueso ☐ Ganglios Dist. ☐ Cerebro ☐ Piel y TCS ☐ Desc.									
Etapo Clínica:								Extensión clínica:					
☐ In Situ ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIc ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IIIc ☐ IVa ☐ IVb ☐ IVc ☐ IVd ☐ IVe ☐ Desconocido ☐ No procede								☐ In situ ☐ Localizado ☐ Extensión directa ☐ Linfático regional ☐ Ext. directa y linf. regionales ☐ Metástasis a distancia ☐ No aplicable ☐ Desconocido					
VIII-TRATAMIENTO													
En otro centro		En la Institución		Tratamiento planificado:						Inclusión en EC			
☐ No ☐ Parcial ☐ Completo		☐ No ☐ Parcial ☐ Completo		☐ Ninguno ☐ Radioterapia ☐ Cirugía ☐ Quimioterapia ☐ Si otra: ¿Cuál? _____						☐ Si ☐ No ☐ ¿Cuál?: (poner código) _____			
DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO													
Tratamiento quirúrgico: ☐ Si ☐ No				Tratamiento RT: ☐ Si ☐ No									
Fecha: (dd/mm/aa)				Sitio: _____									
Tipo: ☐ Exéresis ☐ Disección ganglionar				Fecha inicio: (dd/mm/aa)									
☐ Ganglio centinela ☐ Metastastomía				Fecha final: (dd/mm/aa)									
Otro: _____				Dosis Total Gy Fracción: _____ Gy									
Tratamiento Quimioterapia: ☐ Si ☐ No				Tratamiento inmunoterapia: ☐ Si ☐ No									
Esquema: _____				☐ Interferón ☐ HD ☐ Vacuna ☐ Anti Checkpoint Inh.									
Fecha inicio: (dd/mm/aa)				Describir: _____									
Fecha final: (dd/mm/aa)				Fecha inicio: (dd/mm/aa)									
Tratamiento TK inhibidor				Fecha final: (dd/mm/aa)									
☐ Inh. BRAF ☐ Inh. Mek ☐ Otro				Otro Tratamiento									
Si otro, ¿Cuál? _____				Describir: _____									
Fecha inicio: (dd/mm/aa)				Fecha inicio: (dd/mm/aa)									
Fecha final: (dd/mm/aa)				Fecha final: (dd/mm/aa)									
XI- RESPUESTA AL TRATAMIENTO													
Evaluación de la respuesta ☐ RC ☐ RP ☐ EE ☐ EP ☐ No procede				Fecha:									
Comentarios: _____													
Medico: _____													
				RP: _____				Firma: _____					

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud

Anexo 6. Modelo oficial de reporte de cáncer

Modelo 68-02-04 Ministerio de Salud Pública Oncología		REPORTE DE CÁNCER		NO. DE REPORTE	
UNIDAD INFORMANTE:					
DATOS GENERALES	1º Apellido:	2º Apellido:	Nombre(s):		
	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	Edad (años cumplidos):	Historia clínica:		
	Color de la piel: ☐ Blanca ☐ Negra ☐ Mixta	Carnet de identidad:			
	Residencia habitual (calle, carretera, finca, etc.):		No. n.º:	Edificio:	Apartamento:
	Entre calles, bloques, zona, reparto:		Localidad:		
	Municipio:	Provincia:			
	☐ Embarazada (trimestre):		☐ VIH+		
	DATOS GENERALES DEL TUMOR				
FECHA DIAGNÓSTICO		Localización (topografía):		Bilateral: ☐ No ☐ Derecho ☐ Izquierdo	
Día	Mes	Año			
Tipo histológico (morfológico):		T			☐ PSA
		N			☐ Tumor primitivo
		M			☐ Metástasis sin tumor primario conocido
		S			
		☐ Clínico ☐ Patológico (pTNM)			
Base más válida del diagnóstico: ☐ 1. Clínica ☐ 2. Investigación clínica ☐ 4. Marcadores tumorales ☐ 3. Citología ☐ 6. Histología de una metástasis					
☐ 7. Histología del tumor primario ☐ 8. Desconocido					
Extensión clínica: ☐ 1. In situ ☐ 2. Localizada ☐ 3. Extensión directa ☐ 4. Linfática regional ☐ 5. Extensión directa y linfática regional ☐ 6. Metástasis remota					
☐ 7. No aplicable ☐ 8. Desconocido					
Etapas clínicas: ☐ In situ ☐ I ☐ Ia ☐ Ib ☐ Ic ☐ II ☐ Iia ☐ Iib ☐ Iic ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIc ☐ III ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IIIc ☐ IV ☐ IVa ☐ IVb ☐ IVc ☐ Desconocido ☐ No aplicable					
Grado de diferenciación: ☐ 1. Diferenciado ☐ 2. Moderadamente diferenciado ☐ 3. Poco diferenciado ☐ 4. Indiferenciado ☐ 5. Células T ☐ 6. Células B					
☐ 7. Células mixtas ☐ 8. Células NK ☐ 9. No determinado o no aplicable					
SOLO PARA TUMORES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO Y DEL RETÍCULO ENDOTELIAL					
Transformación hematológica: ☐ Si ☐ No				FECHA DE PRIMEROS SÍNTOMAS	
Leucemia linfocítica aguda (FAB): ☐ L1 ☐ L2 ☐ L3				Día	
Leucemia linfocítica crónica (Rai): ☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV				Mes	
Leucemia mieloide aguda (FAB): ☐ M0 ☐ M1 ☐ M2 ☐ M3 ☐ M4 ☐ M5 ☐ M6 ☐ M7				Año	
Leucemia mieloide crónica: ☐ Estable ☐ Acelerada ☐ Crisis blástica					
Clasificación: Mieloma múltiple (Durie-Salmon): ☐ Ia ☐ Ib ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb					
Linfomas (Ann Arbor): ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ A ☐ B ☐ C ☐ S ☐ E ☐ No aplicable					
FUENTES DE INFORMACIÓN					
☐ Anatomía patológica (citología, histología incluida la autopsia) ☐ Hematología ☐ Registro hospitalario ☐ Registro de fallecidos					
Provincia informante:				FECHA DE REPORTE:	
Nombre del médico que reporta:				Día	Año
Firma:				Mes	Año

INSTRUCTIVO	
Llenar solo a ciudadanos cubanos, residentes en Cuba. Llenar el modelo en letra de imprenta clara y sencilla. No usar abreviaturas.	
No. de reporte: Número de registro asignado a cada reporte para su identificación. Los primeros cuatro dígitos se corresponden con el año en que el paciente fue diagnosticado seguido de dos dígitos correspondientes al código de Atención que reporta y de un número consecutivo por año.	
No. de cartel de Identidad: Número de identificación personal única para cada ciudadano cubano. En caso de no aparecer en la historia clínica se debe colocar en la p. 10 y poner como día de fecha de nacimiento, en el formato año, mes, día.	
Nombre y apellido: Nombre completo del paciente según aparece en el cartel de Identidad. Escribir con letra legible.	
Edad: Año completo al momento del diagnóstico.	
Sexo: Femenino, masculino. Marcar en la casilla con una x según corresponda.	
Color de la piel: Color de la piel que aparece en la historia clínica.	
Dirección actual: Residencia habitual del paciente según aparece en la Historia Clínica pre en el cartel de Identidad.	
Municipio: Municipio de residencia.	
Provincia: Provincia de residencia según cartel de Identidad.	
Endopara: Marcar si el diagnóstico de cáncer se hace en una mujer embarazada, especificar el trimestre del embarazo.	
Vital: Señalar si el paciente tiene resultado positivo de serología para VIH.	
Historia clínica: Número de historia clínica del paciente en la entidad informante.	
DATOS GENERALES SOBRE EL TUMOR	
Fecha de diagnóstico: Fecha del primer informe anatómopatológico o del primer diagnóstico de cáncer por un médico.	
Localización topográfica: Localización anatómica del tumor primario en palabras, con tanto nivel de detalle como sea posible (estructo-anatómico).	
Bilateral: Si es bilateral o metástasis o quistes. Si es sincrónico especificar la totalidad del tumor de origen metastásico.	
Tipo histológico (morfológico): Diagnóstico histológico completo (a) como aparece en el informe de anatomía patológica.	
TNM: Clasificación Internacional de los Tumores, marcar si es clínico o patológico.	
Tratamiento del tumor.	
Si presencia o ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales.	
Si presencia o ausencia de metástasis a distancia.	
Si marcador tumoral en suero para el cáncer de testículo, basado en los valores de alfafetoproteína, gonadotropina coriónica y hCG-Matagema sérico del suero.	
PSA: poner el valor del antígeno prostático específico (PSA) en el momento de la confirmación histológica del cáncer de próstata.	
Tumor primitivo o metastásico: tumor primitivo conocido: Señalar si el diagnóstico es de un tumor primitivo o de una metástasis sin conocer el sitio anatómico del tumor primitivo que origina.	
Base más válida del diagnóstico: Señalar el método de mayor efectividad utilizado para establecer el diagnóstico del paciente, el cual debe corresponder con el diagnóstico morfológico.	
Extensión clínica: Extensión clínica de la enfermedad al momento del diagnóstico.	
Ejeto clínico: Eje clínico al diagnóstico según las normas internacionales vigentes (AJCC).	
Grado de diferenciación: Especificar el grado de diferenciación histológica.	
SOLO PARA TUMORES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO Y DEL RETÍCULO ENDOTELIAL	
Transformación hematológica: Si los diagnósticos de los tumores hematológicos malignos son diferentes pero pertenecen al mismo subtipo clínico.	
Si el intervalo entre la fecha de ambos diagnósticos es superior a tres (3) meses.	
Fecha de primeros síntomas: Fecha en que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad.	
Clasificación: Marcar según el tipo de tumor la casilla que corresponda a la clasificación específica.	
Fuentes de información: Especificar TODAS las fuentes por las que el paciente fue reportado.	
Unidad informante: Entidad hospitalaria donde se confirmó el reporte de cáncer. Escribir el nombre completo.	
Provincia informante: Provincia donde se confirma el reporte de cáncer.	
Nombre del médico: Letrado y legible. Firmar firma y cargo del médico.	
Fecha: Fecha exacta del llenado del modelo (DD/MM/AAAA).	

Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud

Anexo 7. Principios básicos en el manejo del cáncer de piel

- La cirugía convencional es el tratamiento de elección para el tratamiento de la mayoría de los cánceres de piel.
- El objetivo del tratamiento quirúrgico está dirigido a la remoción o destrucción del tumor en su totalidad, corregir trastornos funcionales y brindar el mejor resultado estético.
- Para cualquier opción terapéutica a utilizar en cáncer de piel, es mandatorio realizar previamente biopsia cutánea. La orden para realizar esta debe recoger un detallado examen dermatológico, con descripción dermatoscópica y la impresión diagnóstica clínica.
- El defecto quirúrgico posterior a la resección de un carcinoma cutáneo no melanoma o melanoma maligno se debe reconstruir con técnicas que no movilicen tejidos vecinos, como el cierre primario o si el defecto no lo permite, con injerto. Solo cuando el médico tratante está absolutamente seguro de que ha resecado el tumor en su totalidad, está autorizado a reconstruir con colgajos.
- Todo paciente de cáncer de piel se debe notificar en modelo oficial de Reporte de Cáncer del MINSAP.
- El manejo del carcinoma cutáneo no melanoma de alto riesgo y del melanoma cutáneo debe ser en grupo multidisciplinario.
- Para los procedimientos necesarios en el tratamiento del cáncer de piel se debe solicitar consentimiento informado.

Anexo 8. Indicadores de evaluación de la guía de cáncer cutáneo no melanoma (carcinomas basocelular y espinocelular)

Indicadores de estructura			Estándar %
Recursos humanos	Porcentaje de personal calificado para la aplicación de la guía en los centros seleccionados para el manejo de los casos Dermatólogo Oncólogo Cir. maxilofacial Cirujano general		Total: 80
Recursos materiales	Turno cirugía disponible/necesidad	Salón cirugía mayor	90
		Salón cirugía menor	90
	Capacidad de diagnóstico anatomía patológica		100
	Dermatoscopio		70
	Imagenología	Ultrasonido 15 Mhz en sitios de referencia	
	Tomografía simple y contrastada		
	Ganglio centinela		
	Medicina nuclear PET casos seleccionados		
	Medicamentos en los sitios de referencia	Citotóxico tópico	90
		Citotóxico sistémico oral	90
		Citotóxico sistémico intravenoso	90
		Inmunoterapia Otros	100
	Cirugía mayor		
	Cirugía menor		
	Criocirugía		
	Radioterapia		
	Quimioterapia		
	Inmunoterapia		

Recursos organizativos	Informe anatomía patológica	100
	Acceso a servicio de anatomía patológica	
	Reporte Registro Nacional de Cáncer	90
	Empleo y análisis de la información, retroalimentación del sistema	100
	Información estadística disponible	100
Indicador de proceso		Estándar %
Atención calificada	Proporción de pacientes atendidos por personal calificado para el manejo de carcinoma cutáneo basocelular y carcinoma cutáneo espinocelular en el grupo multidisciplinario	90
	Proporción de pacientes reportados al Registro Nacional de Cáncer	90
	Incidencia/reportados	
	Proporción de pacientes reportados a partir del certificado de defunción	10
	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico clínico y el tratamiento. Adecuado 4 semanas	70
Diagnóstico	Operado o ponche con informe biopsia	70
	Sin informe biopsia, diagnóstico clínico	30
Seguimiento consulta asistida	Consulta de seguimiento en sitio de grupo multidisciplinario	80
	Asistencia	
	Consulta de seguimiento en área de salud	90
	Referencia a grupo multidisciplinario si necesario, posible	90

Indicador de resultado			Estándar %
Atención calificada	Proporción de pacientes atendidos por personal calificado para el manejo de carcinoma cutáneo basocelular y carcinoma cutáneo espinocelular en el grupo multidisciplinario		90
	Proporción de pacientes reportados al Registro Nacional de Cáncer Incidencia/reportados		90
	Proporción de pacientes reportados a partir del certificado de defunción		10
	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico clínico y el tratamiento. Adecuado 4 semanas		70
Diagnóstico	Operado o ponche con informe biopsia		70
	Sin informe biopsia, diagnóstico clínico		30
Variabilidad diagnóstico y tratamiento	Reconsulta durante 5 años		
	Recaída antes de 5 años		
	Persistencia de la lesión o resección incompleta		
	Caso avanzado de inicio		
	Caso avanzado enfermedad evolutiva		
	Modificación de las estadísticas de salud		
Resultados			
Resultados por tipo de tratamiento a partir de la información del Registro Nacional de Cáncer	Cirugía simple	Respuesta completa	80
	Cirugía extendida + reconstrucción	Respuesta completa	70
	Radioterapia	Respuesta completa	70
	Criocirugía	Respuesta completa	70
	Quimioterapia tópica	Respuesta completa	70
	Quimioterapia sistémica	Respuesta completa	20
	Inmunoterapia	Respuesta completa	50
Resultados por tipo de tumor a partir de la información Registro Nacional de Cáncer	Carcinoma cutáneo basocelular	Respuesta completa	90
		Progresión	10
	Carcinoma cutáneo espinocelular	Respuesta completa	70
		Progresión	30

Anexo 9. Regionalización para los estudios de inmunohistoquímica en Cuba

- Instituto de Oncología y Radiobiología: se procesan las muestras procedentes de los hospitales de Artemisa, Villa Clara, Cienfuegos, Santi Spíritus, Ciego de Ávila, Holguín, Granma y Guantánamo.
- Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras: se procesan las muestras procedentes de los hospitales de Pinar del Río, Mayabeque, Matanzas, Camagüey, Las Tunas, Santiago de Cuba e Isla de la Juventud.

Anexo 10. Estadiamiento de melanoma cutáneo. AJCC 8.^{va} edición

T (Tumor primario)		
Tx	Tumor primario no evaluable	
T0	No existe evidencia de tumor primario	
Tis	Melanoma in situ	
T1	≤1,0 mm	a: <0,8 mm sin ulceración b: 0,8 a 1 mm sin ulceración o ≤1 mm con ulceración
T2	1,01 a 2,0 mm	a: sin ulceración b: con ulceración
T3	2,01 a 4,0 mm	a: sin ulceración b: con ulceración
T4	>4,0 mm	a: sin ulceración b: con ulceración
N (ganglios linfáticos regionales)		
Nx	Pacientes en los que no se pueden evaluar los ganglios regionales (por ejemplo, eliminado previamente por otro motivo)	

N0	No hay metástasis detectables de los ganglios linfáticos regionales	
N1-3	Metástasis regionales basadas en el número de ganglios metastásicos, número de ganglios metastásicos palpables en el examen clínico y presencia o ausencia de Msl2	
	N1: 0 a 1 Ganglios	a: oculto clínicamente, no MSI b: no detectable clínicamente, no MSI c: 0 ganglio, MSI presente
	N2: 1 a 3 Ganglios	a: 2-3 ganglios ocultos clínicamente, no MSI b: 2-3 ganglios no detectable clínicamente, no MSI c: 1 ganglio clínico u oculto, MSI presente
	N3: >1 Ganglio	a: >3 ganglios, b: >3 ganglios, 1 detectado clínicamente o enmarañado c: >1 ganglio clínico u oculto, MSI presente
M (metástasis a distancia)		
M0	No metástasis detectable a distancia	
M1	Metástasis a distancia	a: metástasis en piel, subcutáneo o ganglios linfáticos a distancia b: metástasis a pulmón c: metástasis en otros órganos d: metástasis a cerebro Nota: LDH sérica se incorpora a la categoría M como se muestra a continuación

M1a-d	Piel/subcutáneo/nódulo (a), pulmón (b), otras vísceras (c), cerebro (d)	LDH no se evalúa
M1-d (0)	Piel/subcutáneo/nódulo (a), pulmón (b), otras vísceras (c), cerebro (d)	LDH normal
M1 a-d (1)	Piel/subcutáneo/nódulo (a), pulmón (b), otras vísceras (c), cerebro (d)	LDH elevada

MSI: comprende alguna microsatélite, lesión satélite o lesiones en tránsito.

Estadamiento anatómico y grupo pronóstico de AJCC de melanoma maligno cutáneo 8.^{va} edición

Estadio clínico					Estadio patológico			
Estadio 0	Tis	N0		M0	0	Tis	N0	M0
Estadio IA	T1a	N0		M0	IA	T1a	N0	M0
Estadio IB	T1b	—		—		T1b	—	—
	T2a	—		—	IB	T2a	—	—
Estadio IIA	T2b	N0		M0	IIA	T2b	N0	M0
	T3a	—		—		T2a	—	—
Estadio IIB	T3b	—		—	IIB	T3b	—	—
	T4a	—		—		T4a	—	—
Estadio IIC	T4b	—		—	IIC	T4b	—	—
Estadio III	Cualq T	≥N1		M0	IIIA	T1-2a	N1a	M0
						T1-2a	N2a	—
					IIIB	T0	N1b-c	M0
						T1-2a	N2a	—
						T1-2a	N2b	—

Estadio clínico					Estadio patológico			
						T2b-3a	N1a-2b	—
					IIIC	T0	N2b-c	M0
						T0	N3b-c	—
						T1a-3a	N2c-3c	—
						T3b-4a	Cualquier N	—
						T4b	N1a-2c	—
					IIID	T4b	N3a-c	M0
Estadio IV	Cualq T	Cualq N		M1	IV	Cualq T	Cualq N	M1

Notas de estadiamiento anatómico y grupo pronóstico de AJCC de MMC. 8.ª edición:

- Los ganglios son “clínicamente detectables” cuando son palpables al examen físico y se confirman por histología, después de la exéresis o biopsia.
- MSI: comprende alguna microsatélite, lesión satélite o lesiones en tránsito.
- Estadiamiento clínico: incluye micro-estadiamiento de melanoma primario y evaluación clínica/radiológica de metástasis. Por convenio esto se debe hacer después de la exéresis completa del melanoma primario con evaluación de metástasis regionales y a distancia.
- Estadiamiento patológico: incluye micro-estadiamiento del melanoma primario y la información de anatomía patológica acerca de los ganglios linfáticos regionales, después de realizada la linfadenectomía parcial o total.

Anexo 11. Biopsia de ganglio centinela

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) constituye el mejor estudio de estadificación basal para la detección de metástasis ganglionares subclínicas.

Permite detectar y biopsiar el o los ganglios linfáticos que tienen mayor probabilidad de estar afectados en caso de extensión linfática desde la lesión primaria, sobre todo en el melanoma cutáneo, debido a la diversidad en la localización anatómica, que implica a veces dificultades para definir el drenaje linfático correspondiente, sobre todo en los que se localizan en tronco, cabeza y cuello.

La biopsia de ganglio centinela se indica en:

- Pacientes con melanoma a partir del IB $\geq 0,8$ mm sin toma ganglionar aparente. Estadio IB (T2a) o II.
- Se recomienda análisis y discusión individualizada de pacientes estadio clínico IB, T1b: Breslow entre 0,81 mm o menor de 0,8 con índice mitótico mayor que 2 mm², particularmente en personas jóvenes, invasión linfovascular, ulceración o la combinación de estos factores.
- Pacientes con enfermedad solitaria en tránsito y resecable en estadio III.

La biopsia de ganglio está contraindicada en casos con exéresis previa de lesión con márgenes amplios (mayores de 2 cm), en reconstrucción con colgajo o ambos, ya que estas situaciones condicionan cambios en el drenaje linfático local, y propician los falsos negativos.

La biopsia de ganglio centinela no mejora la supervivencia, pero facilita mayor exhaustividad en el estudio histológico del ganglio, además de que provoca menor morbilidad (linfedema, seroma) que la linfadenectomía convencional.

Anexo 12. Indicadores de evaluación de la guía de melanoma maligno cutáneo

Indicadores de estructura			Estándar %
Recursos humanos	Porcentaje de personal calificado para la aplicación de la guía en los centros seleccionados para el manejo de los casos. Dermatólogo Oncólogo Cir. maxilofacial Cirujano general		Total: 80
Recursos materiales	Turno cirugía disponible/ necesidad	Salón cirugía mayor	90
		Salón cirugía menor	90
	Capacidad de diagnóstico A. Patológica, inmunohistoquímica Marcadores específicos-manejo en sitios de referencia		100
	Dermatoscopio		70
	Imagenología	Ultrasonido, para estadiamiento y seguimiento, búsqueda de metástasis ganglionares, viscerales y en partes blandas	
		Tomografía simple y contrastada	
		Ganglio centinela	
		Medicina nuclear PET casos seleccionados	
	Medicamentos en los sitios de referencia	Citotóxicos, bioquimioterapia, esquemas de fármacos contra blancos moleculares, ensayo clínico. Ver esquemas para medicina personalizada	90
	Cirugía mayor		
	Cirugía menor		
	Radioterapia		
	Quimioterapia		
	Inmunoterapia		

Recursos organizativos	Informe anatomía patológica Acceso a servicio de A.P. Capacidades especiales de diagnóstico sitios de referencia	100
	Reporte Registro Nacional de Cáncer	90
	Empleo y análisis de la información, retroalimentación del sistema	100
	Información estadística disponible	100

Indicador de proceso		Estándar %
Atención calificada	Proporción de pacientes atendidos por personal calificado para el manejo de melanoma maligno cutáneo en el grupo multidisciplinario	90
	Proporción de pacientes reportados al registro nacional de cáncer Incidencia/reportados	90
	Proporción de pacientes reportados a partir del certificado de defunción	10
	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico clínico y el tratamiento. Adecuado 4 semanas	70
	Operado con informe biopsia	90
Seguimiento o consulta asistida	Consulta de seguimiento en sitio de grupo multidisciplinario Asistencia	80

Indicador de resultado			Estándar %
Atención calificada	Proporción de pacientes atendidos por personal calificado para el manejo de melanoma maligno cutáneo en el grupo multidisciplinario		90
	Proporción de pacientes reportados al Registro Nacional de Cáncer		90
	Incidencia/reportados		10
	Proporción de pacientes reportados a partir del certificado de defunción		70
Diagnóstico	Operado con informe biopsia		70
	Sin informe biopsia, diagnóstico clínico		30
Variabilidad diagnóstico y tratamiento, resultados	Reconsultas durante 5 años		
	Recaída antes de 5 años		
	Persistencia de la lesión o resección incompleta		
	Caso avanzado de inicio		
	Caso avanzado enfermedad evolutiva		
	Modificación de las estadísticas de salud		
Resultados por tipo de tratamiento a partir de la información del Registro Nacional de Cáncer	Cirugía simple	Respuesta completa	80
	Cirugía extendida + reconstrucción	Respuesta completa	70
	Quimioterapia sistémica	Respuesta completa	20
	Inmunoterapia	Respuesta completa	50
Resultados a partir de la información del Registro Nacional de Cáncer	Respuesta completa		90
	Progresión		10

Prevención, diagnóstico y tratamiento del **cáncer de piel**

Según la Organización Mundial de la Salud, muchos cánceres se pueden prevenir; otros, detectar en las primeras fases de su desarrollo para ser tratados y curados, incluso enlentecer su progresión en etapas avanzadas, controlar o reducir el dolor, y ayudar a los pacientes y familiares a sobrellevar la carga de tan compleja enfermedad.

Teniendo en cuenta dichas recomendaciones y la experiencia acumulada durante los años de Revolución en materia de salud, se creó la Sección Independiente para el Control del Cáncer (SICC) en el Ministerio de Salud Pública de Cuba, con la misión de dirigir el Programa Integral para el Control del Cáncer. Así mismo, la SICC genera y evalúa la estrategia nacional para coordinar la colaboración intersectorial y de la población y direccionar el sistema de acciones dirigido a movilizar la reserva de eficacia a nivel social y a optimizar los recursos.

La SICC funciona como interfaz coordinadora y trabaja con equipos de expertos de forma presencial y a distancia, a través de la Red de Control del Cáncer. En correspondencia, se ha elaborado el paquete educativo EDUCANCER, que propicia el cumplimiento de la estrategia e induce, desde la gestión del conocimiento, la actualización de los protocolos y la socialización de las nuevas formas de organización establecidas para el control del cáncer.

Esta guía proporciona recomendaciones para las buenas prácticas, basadas en la mejor evidencia clínica disponible y en la rentabilidad, con el objetivo de incrementar la supervivencia de los pacientes afectados por cáncer, mejorar su calidad de vida y disminuir la mortalidad. De esta manera, se pretende responder satisfactoriamente a las necesidades de pacientes y familiares, al tiempo que se intenta contribuir con su actualización a la tarea de los profesionales que trabajan en los servicios de oncología y dermatología.