

## Melanoma, cuidado con las manchas en la piel

11 de junio de 2012

### Un dermatólogo tarda tres minutos en diagnosticar un melanoma con un 90% de fiabilidad

Tomar el sol en exceso puede aumentar las probabilidades de sufrir un melanoma. En España, los casos de este cáncer de piel han aumentado un 102% desde el año 2000. Estas cifras empeoran en países como EE.UU., donde una persona muere cada hora por esta causa. De ahí la importancia de poder diagnosticarlos en poco tiempo; de hecho, un dermatólogo tarda tres minutos en diagnosticar un melanoma con un 90% de fiabilidad. El melanoma puede surgir en cualquier parte del cuerpo, pero es más común en las áreas con mayor exposición al sol como la cara, el cuello, las manos y los brazos. Este artículo explica qué manchas son preocupantes y cómo hay que realizarse un autoexamen de la piel.

Tres minutos. Ese es el tiempo que tarda un dermatólogo en diagnosticar un melanoma con un 90% de fiabilidad. Así lo anunciaron recientemente expertos en la presentación de la Campaña del Euromelanoma, coordinada por la *Academia Española de Dermatología y Venereología* (AEDV), con el objetivo de informar, concienciar, prevenir y diagnosticar posibles casos de cáncer de piel, una enfermedad que crece a un ritmo anual del 8%.

### **Más melanomas con más supervivencia**

Un estudio publicado en 2011 en la revista "Cancer Facts & Figures" revelaba que cada año hay más casos nuevos de cáncer de piel que la incidencia de todos los de mama, próstata, pulmón y colon juntos. No obstante, los expertos españoles son optimistas con el **melanoma**, el cáncer de piel más agresivo. Hace algunos años, la tasa de supervivencia apenas alcanzaba un 1% cuando se detectaba en fases avanzadas. Hoy, si se descubre en su estadio inicial, el tratamiento permite que la supervivencia pueda llegar al 100%. Esa es la clave: la detección temprana. De ahí la importancia de poder diagnosticarlos en poco tiempo y de forma fácil, como han indicado desde la AEDV.

Los **tipos más frecuentes** de cáncer de piel son tres: carcinoma de células basales (el más común no-melanoma que se da en las zonas expuestas al sol); carcinoma de células escamosas (puede surgir en la parte superior de la nariz, frente, labio inferior y manos o en áreas que se han quemado); y melanoma, el más agresivo, fácil de identificar por su aspecto negrozco.

**El 90% de melanomas está asociado a la exposición a los rayos UV.** Los países mediterráneos, con una población en su mayoría de piel oscura, tienen la menor incidencia. La relación directa entre este cáncer y el sol ha sido demostrada recientemente por investigadores del Instituto Broad de Harvard y del Instituto Tecnológico de Massachusetts (ambos de EE.UU.) con la participación de investigadores españoles, que publicaron en la revista "Nature" la secuenciación genética del melanoma. Estos genes han permitido constatar el estrecho vínculo entre

la enfermedad y la exposición al sol en edades tempranas. La conocida frase "la piel tiene mucha memoria" queda, pues, confirmada.

### ***¿Manchas o melanoma?***

¿Qué características tiene el melanoma? En general, se distingue por sus bordes irregulares y sus diferentes colores, y porque su crecimiento es progresivo. Suele aparecer como una mancha nueva no asociada a anteriores lunares y localizarse, sobre todo, en el tronco (en mujeres, a veces, también en las piernas).

Hay factores que aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad: tener la piel blanca y haber pasado mucho tiempo expuesto a los rayos, quemarse con facilidad y tener antecedentes de quemaduras solares en la infancia, pasar muchas horas al sol (por ocio o trabajo) o exponerse de forma intensa en cortos períodos de tiempo (como las vacaciones), utilizar cabinas de bronceado, tener más de 50 lunares, tener antecedentes familiares de cáncer de piel, ser mayor de 50 años o haber sufrido un trasplante. No obstante, no tener estos factores no excluyen a nadie.

### ***Autoexploración de la piel en busca de melanomas***

La campaña Euromelanoma recomienda revisar la piel, al menos, una vez al mes, y prestar especial atención a las manchas que han cambiado de color o forma, son diferentes del resto, son asimétricas, tienen un tacto áspero, son de varios colores, miden más de 5 mm, pican, sangran, tienen una superficie brillante o parecen una herida que no cicatriza. Hay una regla nemotécnica que puede ayudar a recordar: el ABCDE de la detección del melanoma indica Asimetría, Bordes irregulares, Color, Diámetro superior a 6 mm y Evolución de la lesión a lo largo del tiempo.

Para valorar la presencia de manchas sospechosas, los expertos recomiendan tener a mano una luz brillante, un espejo de cuerpo entero y uno de mano, dos sillas, un secador de pelo, mapas del cuerpo y un lápiz o una cámara digital. **En primer lugar, hay que examinar la cara**, sobre todo, la nariz, los labios, la boca y los oídos. En este caso, los espejos pueden clarificar la visión. Es importante inspeccionar **el cuero cabelludo** con la ayuda de otra persona o con un secador de pelo y espejo. Después las **manos**: palmas, dorso, entre los dedos y por debajo de las uñas. Y seguir con los antebrazos, para explorar los codos y el resto de los **brazos**.

Se debería seguir por **el cuello y el pecho**, sin olvidarse la zona inferior. Después, con la espalda frente a un espejo de cuerpo entero, inspeccionar la **parte posterior del cuello, hombros y espalda, sin olvidar la región los glúteos y la parte posterior de ambas piernas**. Luego, seguir la valoración por **los genitales** con el espejo de mano y sentado en una silla, y **ambas piernas por completo**: muslos, tobillos, la parte superior de los pies, entre los dedos y bajo las uñas. Y, por último, examinar **las plantas de los pies y los talones**; es una región muy poco accesible y, en ocasiones, los melanomas ahí pasan desapercibidos.

### ***Prevención del cáncer de piel***

Para prevenir el desarrollo del cáncer de piel hay unas claves que no hay que olvidar, sobre todo, con los más pequeños: evitar al máximo las horas directas de sol, máxime entre las 12:00 y las 16:00 horas; proteger la cabeza, el cuerpo y los ojos con ropa fina y tejido ceñido, gorras o sombreros de ala ancha y gafas de sol con filtro UVA y UVB; aplicar cremas con factor de protección adecuadas (se recomienda mínimo de 30) media hora antes de la exposición y repetir cada 2 o 3 horas, después de sudar mucho o tras bañarse.

Por último, es importante dejar que la piel se acostumbre al sol de forma gradual y evitar al máximo las quemaduras por exposiciones repentinas y de muchas horas. Hay que tener en cuenta que una piel roja después de ponerse al sol o ampollas que duran más de dos días son señales de quemaduras. Asimismo, se aconseja evitar el uso de cabinas de bronceado.

### ***Los casos de melanoma se duplican***

Los casos de melanoma, el cáncer de piel más agresivo, se duplicarán en sólo cinco años en España. En la actualidad, se diagnostican unos 3.200 melanomas anuales (un 45% más que en 2004) y se calcula que para 2014 la cifra aumentará a 6.000 y causará cerca de 720 muertes cada año. Los expertos alertan de que el riesgo de sufrir este tumor se incrementa en un 75% cuando se empiezan a utilizar las camas solares antes de los 30 años.

El 75% de las muertes por cáncer de piel están relacionadas con el melanoma, un tumor que, junto al cáncer de pulmón en mujeres, registra el mayor aumento en el índice de incidencia. Las personas con tez clara y, sobre todo, los niños son los grupos más propensos a padecerlo. Se calcula que entre el 80% y el 90% de los melanomas aparecen sobre manchas ya existentes o lunares nuevos con aspecto distinto al habitual. Conviene estar alerta con estas lesiones, así como limitar la exposición solar en las horas de alta incidencia de radiación, que abarcan desde el mediodía a las cuatro de la tarde.

### ***Camas solares y riesgo cancerígeno***

Hasta hace poco, la utilización de camas y lámparas solares para el bronceado se consideraba un factor de riesgo cancerígeno del grupo 2A, definido como "probablemente cancerígeno para los humanos". Sin embargo, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), de la Organización Mundial de la Salud, ha publicado un estudio en la revista "The Lancet Oncology" en el que estos sistemas para el bronceado artificial se clasifican en la primera categoría de riesgo cancerígeno.

Los expertos destacan que la probabilidad de padecer un cáncer de este tipo se incrementa en un 75% cuando se usan estos dispositivos antes de los 30 años. Otras investigaciones los relacionan con el melanoma ocular, de modo que los especialistas desaconsejan su uso de forma intensiva y prolongada. La utilización de estas camas y

lámparas ha aumentado en los últimos años; los principales usuarios son jóvenes de países desarrollados, por razones estéticas.

La mutación causada por las radiaciones ultravioletadas (UV) fue atribuida durante mucho tiempo a la radiación del tipo B (UVB). Sin embargo, tras varios experimentos con piel de ratón, se ha concluido que tanto los rayos UVA como los UVB y UVC son causa de la mutación que puede inducir al cáncer. Del mismo modo, la IARC ha agrupado dentro de la primera categoría de riesgo cancerígeno las radiaciones de tipo ionizante. Algunas de éstas son producidas por el plutonio, el radio, el fósforo-32 y el gas radón.

### ***Nueva herramienta de diagnóstico***

El estudio y tratamiento del melanoma, así como el del resto de tumores cancerígenos, se encuentra en pleno desarrollo. Es un campo de investigación complejo e interminable, pero crucial para la vida de muchas personas en todo el mundo. Además de la prevención, el diagnóstico precoz es una de las herramientas fundamentales en la lucha contra esta enfermedad. Por este motivo, un grupo de científicos de la Universitat Jaume I (UIJ) de Castellón desarrolla un sistema de análisis digital de imágenes multiespectrales que permitirá diferenciar el melanoma de otras afecciones de la piel.

El proyecto, denominado "Visión por ordenador", se lleva a cabo de manera conjunta con el Consorcio Hospitalario de Castellón. Tiene como objetivo su caracterización: se pretende elaborar una base de datos con imágenes de melanomas para su clasificación, estudio y reconocimiento mediante una aplicación informática. En la primera fase del estudio está previsto el análisis de imágenes mediante dermatoscopia (técnica no invasiva para visualizar la lesión entre 6 y 40 aumentos) de melanomas ya conocidos, así como de otras lesiones cutáneas, para introducir en el ordenador las características distintivas de cada patología. Esto permitirá que el programa informático pueda diferenciarlas.

En la segunda fase, se realizará al paciente una dermatoscopia y una espectrografía. Ambos resultados podrán ser comparados con la base de datos del ordenador para conocer el diagnóstico. Sin embargo, la investigación no finaliza aquí: en la actualidad se desarrolla una nueva herramienta para combatir el melanoma, en este caso, gracias al propio sistema inmunológico del paciente.

### ***Vacuna para el melanoma***

El nuevo tratamiento para el melanoma es parecido a una vacuna convencional. La diferencia radica en que su objetivo no es prevenir la enfermedad, sino combatirla. Se pretende enseñar al sistema inmune qué células son cancerígenas y debe atacar mediante una sustancia presente en la vacuna. El tratamiento convencional, basado en una sustancia denominada interleucina-2, tiene muchos efectos secundarios y una eficacia reducida, aunque también estimula al sistema inmune.

El estudio se ha realizado, hasta el momento, con 180 pacientes sometidos a terapia convencional, que pasaron a recibir los dos tratamientos. En un 22% de los casos se

redujo el tumor a la mitad, frente al 10% de los casos que consiguen el mismo resultado con tratamiento convencional. Los expertos advierten de que no es la solución definitiva y queda mucho camino por delante, pero esta filosofía de tratamiento parece tener futuro y puede que se aplique a otros tumores cancerígenos. En la lucha contra el cáncer, el progreso se debe a la unión de pequeños avances y descubrimientos realizados por toda la comunidad científica.

**"Identificado a tiempo, el melanoma es tratable con garantías de éxito"** (Josep Malvehy Guilera, dermatólogo del Centro de Diagnóstico de Lesiones Pigmentadas del Hospital Clínic de Barcelona)

Este investigador dirige el Centro de Diagnóstico de Lesiones Pigmentadas del Hospital Clínic de Barcelona, unidad de referencia en toda España. Su principal campo de investigación abarca el cáncer cutáneo, los tumores melanocíticos y el melanoma, y ha tomado parte en la definición de técnicas de diagnóstico por imagen "in vivo" con microscopios de epiluminiscencia (o dermatoscopia, que permite identificar estructuras de la piel no identificables a simple vista) y confocales (técnica de láser no invasivo para el estudio de las lesiones cutáneas con unos resultados similares a la biopsia). También dirige y asesora diversos proyectos de susceptibilidad genética, estudio molecular del tumor y de las metástasis y nuevas estrategias de tratamiento del melanoma y cáncer cutáneo. Le preguntamos en concreto sobre aspectos relacionados con el asesoramiento genético en el melanoma familiar.

*Melanoma familiar, ¿lo de familiar se añade por la frecuencia con la que aparece?*

No es un melanoma muy frecuente (10% de los casos), pero sí importante. El riesgo de aparición o reaparición se multiplica por 50 cuando se constata una herencia autosómica dominante de la susceptibilidad; lo que ocurre al identificar dos casos de melanoma en familiares de primer grado y tres o más casos en familiares de grado distinto. El grado de penetración varía según la edad.

*¿Qué tiene de particular el melanoma con respecto a otros cánceres?*

El melanoma es uno de los tumores más agresivos en humanos; una de cada 85 personas desarrolló un melanoma maligno en el año 2005, pero para 2015 está previsto que lo haga una de cada 50. Sabemos también que puede asociarse a otras neoplasias, aunque la relación no está bien establecida.

*¿Qué circunstancias permiten a los dermatólogos llevar a cabo un asesoramiento del melanoma familiar?*

La identificación de tres genes cuyas mutaciones son origen de esta enfermedad. Se trata de dos genes -el CDKN2A y el CDK4- que multiplican el riesgo por 50, y otro de menor penetración, el MC1R, que multiplica el riesgo por 14. Este último, sin embargo, causa que el melanoma pueda debutar diez años antes que en los demás casos e incrementa el riesgo de aparición de melanomas múltiples. Es característico en individuos pelirrojos.

*¿Se limitan a informar al paciente de que tiene más riesgo por haber heredado una mutación genética?*

En primer lugar, determinamos si la mutación se ha heredado o no (dos portadores pueden tener tres hijos, y no todos van a portar la mutación), luego establecemos un perfil de riesgo de acuerdo a la edad, fototipo (piel morena o clara, cabello negro, rubio o pelirrojo) y establecemos una vigilancia precoz. Identificado a tiempo, el melanoma es tratable con garantías de éxito. Sin el consejo, sin la vigilancia, un paciente con melanoma familiar puede desarrollar un tumor maligno a los 48, por poner un ejemplo, otro a los 59 y fallecer con la aparición de un tercero a los 60.

*La culpa no es sólo del sol.*

Nadie puede echar la culpa al sol, pero nadie está a salvo tampoco de un cáncer de piel por ser una persona sin melanoma familiar o con un fototipo menos arriesgado. Científicamente, se establece que la radiación ultravioletada daña la piel; el moreno es una reacción fisiológica de defensa frente a la agresión de la luz solar. Lo que también está claro es que las personas de piel más clara o con antecedentes familiares de melanoma corren más riesgo en caso de exposición. Estas personas deben autoexplorarse la piel con frecuencia, someterse a una dermatoscopia y solicitar al dermatólogo la elaboración de un mapa corporal total de la piel.

*Por eso los fabricantes de cremas protectoras hacen su agosto, y nunca mejor dicho.*

Proteger la piel con cremas es importante, es necesario, pero no suficiente. Hay que entender es que el sol, que es beneficioso en muchos aspectos, daña la piel y no debemos exponernos nunca a él sin más; menos aún los menores de 15 años, con una piel mucho más sensible a este tipo de heridas que degenerarán con el tiempo en melanomas.

*Una unidad de asesoramiento genético debe trabajar identificando genes en un laboratorio...*

No del todo. La identificación es el punto de partida, pero hay todo un trabajo clínico que viene a continuación, sometiendo la piel del paciente a una vigilancia periódica con dermatoscopia digital y microscopio de reflectancia confocal. Nuestra unidad cuenta con dermatólogos expertos en lesiones pigmentadas, enfermeras especializadas en consejo genético, psicooncólogos y biólogos que trabajan de forma multidisciplinaria.

*¿Psicooncólogos?*

El melanoma familiar no es centra en un solo paciente, sino en una familia, comprende una valoración clínica y dermatológica que tiene en cuenta no sólo aspectos médicos sino también emotivos. En la prevención, es muy importante que el paciente gestione bien una serie de actitudes que el psicólogo sabe inculcar mejor aún que un especialista médico.

*¿A qué edades se enfrenta una persona ante este tipo de tumor?*

La edad media de aparición del melanoma es de 55 años. Si es familiar desciende a los 44 años y si, además, se asocia al gen CDKN2A cae ya a los 34. La edad más precoz corresponde a las mutaciones del gen MC1R, con 24 años.

*¿Conocemos todos los genes responsables?*

Sólo tres, pero esos tres son responsables de la mitad de los casos. También está en estudio la interacción entre distintos genes y determinados nevus (lunares). Se sabe, por ejemplo, que una piel pigmentada con muchos lunares multiplica por diez el riesgo de aparición de melanomas.

*Su unidad es la primera que se pone en marcha en toda España.*

Cabe decir que en el mundo sólo hay tres países que cuenten con una unidad de asesoramiento genético de estas características: Australia, EE.UU. y Holanda. En el transcurso de los 12 meses que llevamos funcionando, la unidad del Clínic ha atendido ya a 130 familias, y en una cuarta parte hemos identificado mutaciones genéticas que predisponen a sufrir cáncer de piel.

### ***Fotoprotección oral***

El equipo de Josep Malveyh está investigando también el potencial de un compuesto extraído del helecho ("Polypodium leucotomos") que podría proteger la piel tomándolo por vía oral. "En nuestras indagaciones, este compuesto se muestra como una estrategia beneficiosa para el 90% de los pacientes con un riesgo muy elevado de melanoma familiar", explica Susana Puig, colaboradora de Malveyh. Este producto oral, todavía en fase de estudio, se administra a los pacientes de riesgo entre mayo y septiembre (los meses de mayor insolación), a razón de entre una y tres cápsulas al día. "Se ha visto que este agente vuelve la piel más resistente a la luz ultravioleta y queda, así, más protegida". Puig informa que la unidad está investigando asimismo, con idéntico propósito, los beneficios de la vitamina D.

*Fuente: Fundación Eroski*

*Gentileza de: [Alimentación, Dieta y Nutrición](#)*