

Estadificación del **MELANOMA**
CUTÁNEO

Dra. M. Laura Villalobos León



Pierre Fabre

Estadificación del **MELANOMA CUTÁNEO**

Dra. M. Laura Villalobos León

Servicio de Oncología Médica.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Alcalá de Henares. Madrid

COMUNICACIÓN MÉDICO-FARMACÉUTICA



Idea original, edición y diseño:

YOU & US S.A., 2020

Ronda de Valdecarrizo, 41 A, 2ª planta

28760 Tres Cantos - Madrid

Tel.: 91 804 63 33

www.youandussa.com



Pierre Fabre

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
DIAGNÓSTICO DEL MELANOMA CUTÁNEO	4
TUMOR PRIMARIO (T)	11
AFECTACIÓN GANGLIONAR Y LOCORREGIONAL(N)	24
AFECTACIÓN METASTÁSICA (M)	33
ESTADIOS PRONÓSTICOS American Joint Committee on Cancer (AJCC)	35
BIBLIOGRAFÍA	41



INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno es un tumor maligno que se genera en los melanocitos y aparece fundamentalmente a nivel cutáneo, aunque también puede originarse a nivel ocular (úvea, conjuntiva y cuerpo ciliar), en las meninges y en las mucosas.

La incidencia del melanoma en hombres está aumentando más rápido que la de cualquier otra neoplasia, y en las mujeres es la segunda en incremento después del cáncer de pulmón. Además, es la segunda neoplasia, por detrás de la leucemia del adulto, en términos de pérdida potencial de años de vida. La mediana de edad al diagnóstico es de 59 años. Aunque supone un 5% de todos los cánceres cutáneos, es el responsable del 90% de los fallecimientos. Su incidencia sufre un incremento anual de un 3-7%.

En Estados Unidos, el riesgo de desarrollar un melanoma a lo largo de la vida es de 1 por 75 personas. La mayor incidencia de melanoma se registra en Queensland, Australia, con 57 casos por 100.000 habitantes. En Europa existe un gradiente norte-sur, siendo las tasas más elevadas en los países nórdicos. En España la incidencia es de 5-6 por 100.000 habitantes.

Todo esto nos da una idea de la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento inicial, aunque en los últimos años se han aprobado múltiples fármacos que han cambiado el panorama en la enfermedad metastásica. El tratamiento con inmunoterapia en todos los casos y el tratamiento dirigido contra la mutación de BRAF V600 (presente en el 40-50% de los casos) han cambiado las expectativas de estos pacientes de forma sustancial, consiguiendo que un importante porcentaje puedan ser largos respondedores; por tanto, largos supervivientes e, incluso, a largo plazo, poder considerarlos curados.

No obstante, la piedra angular del tratamiento sigue siendo el correcto diagnóstico y tratamiento de la lesión inicial, cuando su potencial de curación es mayor, para optimizar tanto la cirugía como las opciones adyuvantes, contexto en el que, tanto la inmunoterapia como la terapia dirigida a BRAF, también han demostrado su capacidad para mejorar el pronóstico de los pacientes en estadio III. En este aspecto es donde una adecuada estadificación del melanoma tiene mayor importancia. Por otro lado, no solo en los tumores localizados sino también en los metastásicos, existe una clara correlación entre el estadio y el pronóstico, por lo que dicha estadificación también resulta fundamental para una correcta orientación del tratamiento del paciente.



DIAGNÓSTICO DEL MELANOMA CUTÁNEO

Independientemente de que aparezca sobre una lesión previa o sobre piel normal, todo melanoma comienza como una mácula pequeña que puede confundirse con cualquier otra lesión pigmentada.











Se debe sospechar que una lesión pigmentada es un melanoma cuando en su evolución presente variaciones en el color, el tamaño, la consistencia, la forma (sobreelevación) y las características de la superficie (erosión, sangrado). Debido a que el diagnóstico precoz es fácil y fundamental para curar el melanoma, hay que reconocer los cambios más iniciales indicadores de que una lesión pigmentada puede ser maligna. Es el denominado **ABCDE** del diagnóstico precoz del melanoma:

- A** de asimetría.
- B** de bordes difusos, irregulares.
- C** de color no uniforme, heterocromía.
- D** de diámetro mayor de 6 mm.
- E** de evolución de la lesión.

Sistema ABCDE para la detección del melanoma

Los criterios ABCDE suponen una guía clínica comunmente utilizada para la detección precoz del melanoma.

Las siguientes características pueden considerarse sospechosas:

A	Asimetría. Lesiones que tienen apariencia asimétrica		
<i>Apariencia:</i> Simétrica Asimétrica			
B	Bordes. Lesiones con bordes difusos o irregulares		
<i>Bordes:</i> Lisos Irregulares			
C	Color. Lesiones con más de un color		
<i>Color:</i> Un color Multicolor			
D	Diámetro. Lesiones con un diámetro mayor que un borrador de lápiz (6 mm)		
<i>Diámetro:</i> <6 mm >6 mm			
E	Evolución. Lesiones con cambios repentinos en tamaño, color o forma.		
<i>Evolución:</i> Sin cambios Algún cambio			

Por tanto, todo paciente que presenta una lesión pigmentaria que, en su evolución, rebasa el diámetro de 6 mm y sigue creciendo de forma asimétrica, con los contornos irregulares, y el color no uniforme, debe ser enviado a un dermatólogo para su valoración. El método del **ABCDE** es un test clínico muy sensible, pero poco específico, por lo que no tiene sentido extirpar todas las lesiones que lo cumplan. Actualmente, la **epiluminiscencia** o **dermatoscopia** permite diagnosticar melanomas en estadios iniciales, así como evitar la extirpación innecesaria de otras lesiones pigmentadas benignas.

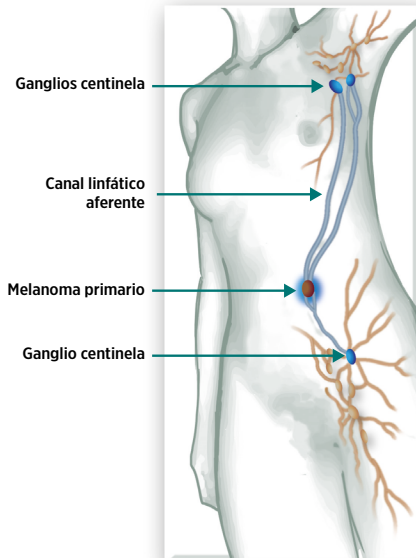
De todas formas, el diagnóstico definitivo sigue siendo histológico.



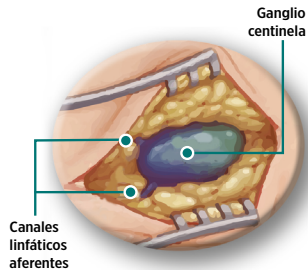
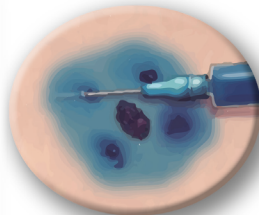
El pilar del tratamiento curativo del melanoma cutáneo es la extirpación quirúrgica de la lesión primaria antes de que sus células adquieran la capacidad de producir enfermedad metastásica diseminada. La cirugía en el melanoma tiene una doble finalidad: en primer lugar, la estadificación, y en segundo, un objetivo terapéutico.

De forma general, la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) está claramente indicada en todos los casos de melanoma con un índice de Breslow $> 0,8$ mm y ausencia de signos clínicos de afectación adenopática (es aconsejable la valoración ecográfica y posible punción aspiración con aguja fina (PAAF) de los territorios de drenaje linfático, con el fin de evitar una posible cirugía innecesaria).

En los melanomas con Breslow $\leq 0,8$ mm se debe considerar la BSGC ante la presencia de márgenes afectos en profundidad, signos extensos de regresión ($> 75\%$) o tasa mitótica mayor de cero. También en estos casos se puede recomendar la BSGC ante ulceración o Clark IV o V.



Lugar de la inyección



Biopsia del ganglio centinela

Creado a partir de Gershenwald JE, Ross MI. N Engl J Med. 2011;364(18):1738-45.

En la afectación locorregional se deben distinguir los tres conceptos siguientes:

- **Lesiones en tránsito:**

Cualquier metástasis en piel o tejido subcutáneo a más de 2 cm de la lesión primaria, pero no más allá de la región de drenaje linfático.

- **Lesiones satélite:**

Cualquier metástasis en piel o tejido subcutáneo a menos de 2 cm de la lesión primaria, considerada como una extensión intralinfática del tumor primario.

- **Recaída local:**

Crecimiento del tumor primario a menos de 2 cm de la cicatriz quirúrgica tras una cirugía completa previa con márgenes adecuados.

TNM

TNM



TUMOR PRIMARIO (T)

Los principales aspectos que se deben tener en cuenta son el índice de Breslow, la presencia de ulceración y la tasa mitótica.

A continuación se muestra la categoría T (tumor primario) de la clasificación del AJCC (American Joint Committee on Cancer), en su octava edición, tanto de forma resumida en una tabla, como ilustrada según la profundidad de afectación a nivel cutáneo (índice de Breslow) y ulceración. Se muestra, además, la distribución clásica de los niveles de Clark, aunque esta ya no se considera para estadificar el melanoma.

Asimismo, una de las principales novedades de esta octava clasificación es la desaparición de la tasa mitótica como factor determinante de la división de la categoría T1, aunque su existencia sí tiene una implicación pronóstica, como podemos ver en las gráficas de supervivencia al final del apartado (tanto respecto a la categoría T como a la tasa mitótica).

Definición del Tumor Primario (T)^a

CATEGORÍA T	GROSOR	ESTADO DE LA ULCERACIÓN
TX: el grosor del tumor primario no puede ser establecido (p.ej. diagnóstico por curetaje).	No aplica	No aplica
T0: sin evidencias de tumor primario (p.ej. melanoma primario desconocido o con regresión completa).	No aplica	No aplica
Tis (melanoma <i>in situ</i>).	No aplica	No aplica
T1	≤ 1,0 mm	Desconocido o no especificado
T1a	< 0,8 mm	Sin ulceración
T1b	< 0,8 mm	Con ulceración
	0,8-1,0 mm	Con o sin ulceración
T2	> 1,0-2,0 mm	Desconocido o no especificado
T2a	> 1,0-2,0 mm	Sin ulceración
T2b	> 1,0-2,0 mm	Con ulceración
T3	> 2,0-4,0 mm	Desconocido o no especificado
T3a	> 2,0-4,0 mm	Sin ulceración
T3b	> 2,0-4,0 mm	Con ulceración
T4	> 4,0 mm	Desconocido o no especificado
T4a	> 4,0 mm	Sin ulceración
T4b	> 4,0 mm	Con ulceración

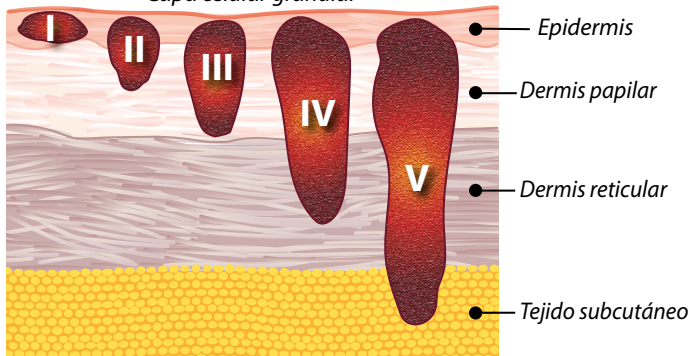
^aAdaptado con permiso del American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. La fuente original y primaria de esta información es el AJCC Manual de estadificación del cáncer, octava edición (2017) publicado por Springer International Publishing (modificado de: Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, et al. Melanoma de la piel En: Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al, eds. AJCC Cancer Staging Manual. 8a ed. Nueva York: Springer International Publishing; 2017: 563- 585).

Melanoma cutáneo

Niveles de Clark I-V

Capa celular granular

- I-** Intraepidérmico
- II-** Invade la dermis papilar
- III-** Ocupa la dermis papilar
- IV-** Invade la dermis reticular
- V-** Invade el tejido subcutáneo

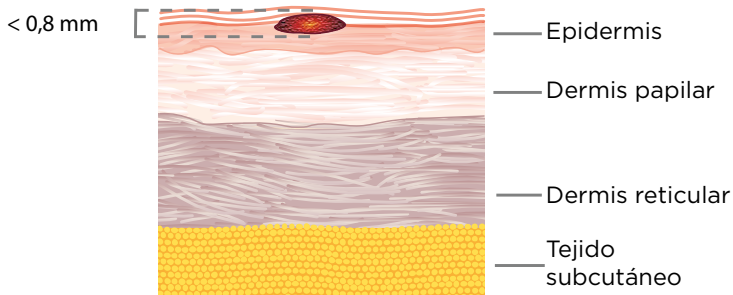


Se muestra el nivel de invasión según lo que define el Dr. Wallace Clark, aunque actualmente ya no se utiliza para estadificar el melanoma.

Melanoma de la piel. Adaptado de Greene FL, Compton CC, Fritz AG et al, editors. AJCC Cancer Staging Atlas. New York, Springer 2006. 207-215

Melanoma cutáneo

T1a

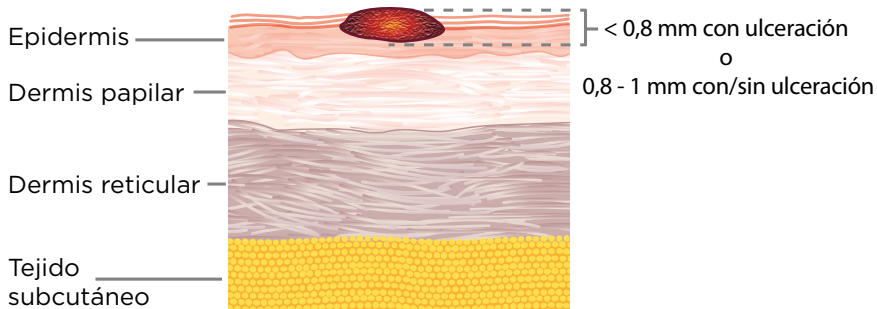


T1a: tumor de < 0,8 mm sin ulceración.

Creado a partir de Gershenwald JE et al. CA Cancer J Clin 2017;67(6):472-92.

Melanoma cutáneo

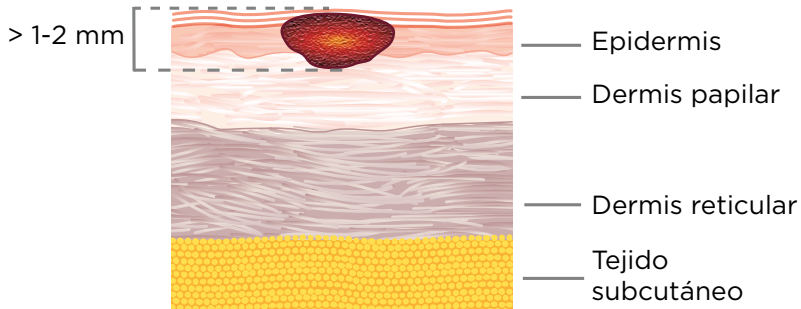
T1b



T1b: tumor < 0,8 mm con ulceración o de 0,8 a 1 mm con o sin ulceración.

Melanoma cutáneo

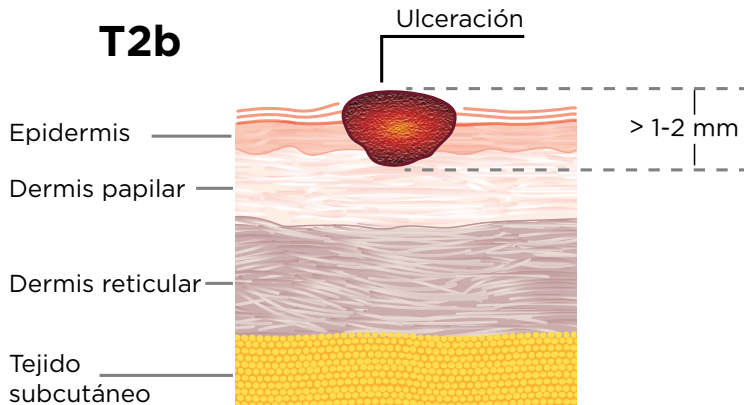
T2a



T2a: tumor de 1,01 a 2,0 mm de grosor que no presenta ulceración.

Creado a partir de Gershenwald JE et al. CA Cancer J Clin 2017;67(6):472-92.

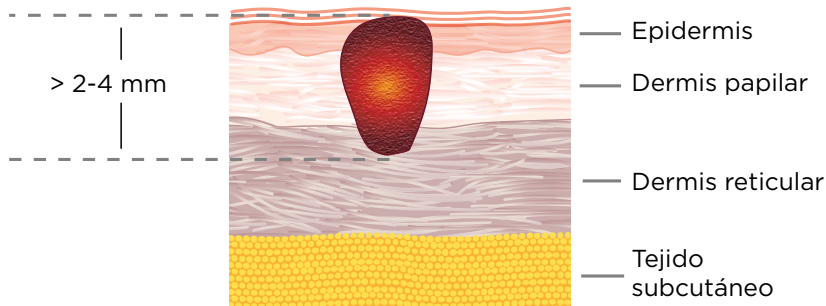
Melanoma cutáneo



T2b: tumor de 1,01 a 2,0 mm de grosor con ulceración.

Melanoma cutáneo

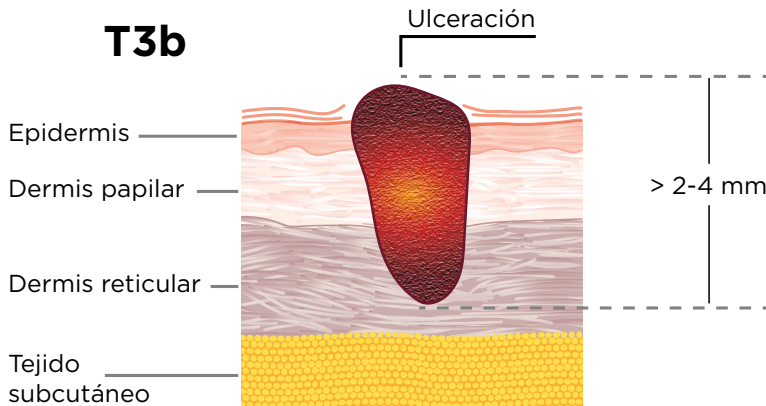
T3a



T3a: tumor de 2,01 a 4,0 mm de grosor sin ulceración.

Melanoma cutáneo

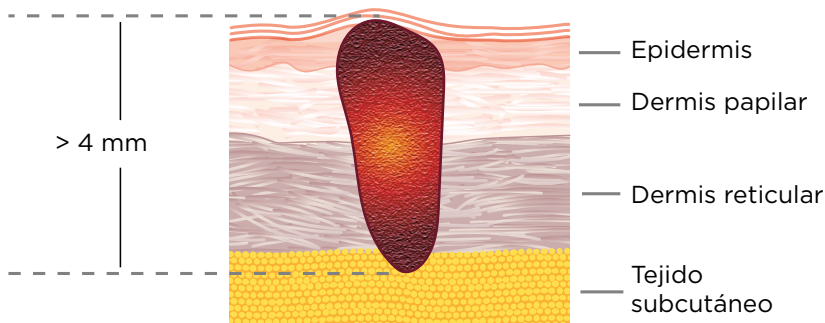
T3b



T3b: tumor de 2,01 a 4,0 mm de grosor con ulceración.

Melanoma cutáneo

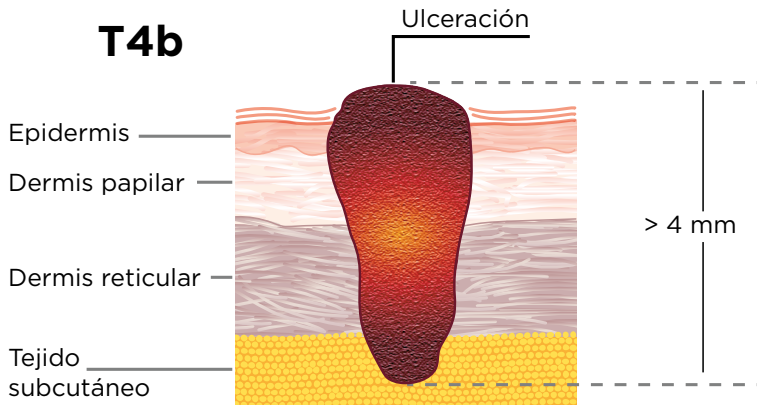
T4a



T4a: tumor $> 4,0 \text{ mm}$ de grosor sin ulceración.

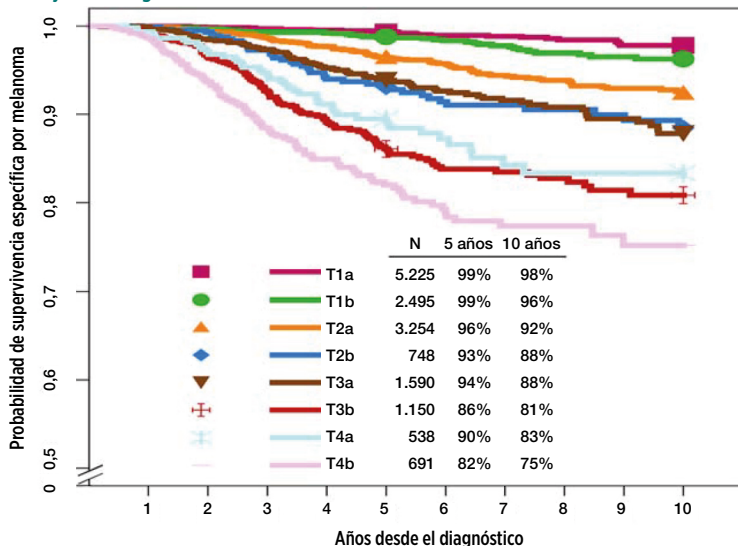
Melanoma cutáneo

T4b



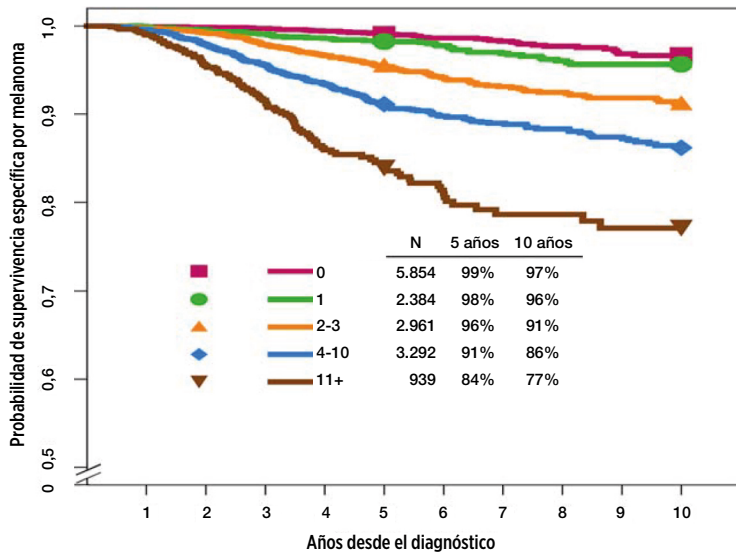
T4b: tumor > 4,0 mm de grosor con ulceración.

- Estadios I y II: subcategorías T -



Curvas Kaplan-Meier de supervivencia específicas del melanoma según la subcategoría I para pacientes con melanoma en estadio I y II de la Octava Edición de la Base de Datos Internacional de Melanoma. Los pacientes con melanoma N0 se han filtrado, por lo que los pacientes con melanoma T2 a T4 se incluyeron solo si tenían ganglios linfáticos centinela negativos, mientras que aquellos con melanoma T1N0 se incluyeron independientemente de si se sometieron a una biopsia de ganglio linfático centinela. Gershenwald JE et al. CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472-92.

- Estadios I y II: tasa mitótica -



Curvas Kaplan-Meier de supervivencia específicas del melanoma según tasa mitótica (mitosis por mm²) en pacientes con melanoma en estadio I y II de la Octava Edición de la Base de Datos Internacional de Melanoma. Gershenwald JE et al. CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472-92.



AFECCIÓN GANGLIONAR Y LOCORREGIONAL (N)

Los principales aspectos que se deben tener en cuenta son el ganglio centinela, la existencia de lesiones en tránsito (cutáneas o subcutáneas) o de lesiones satélite o microsátélite y el total de ganglios afectados en caso de linfadenectomía.

A continuación se muestra la Categoría N (afección ganglionar y locorregional) de la clasificación AJCC, en su octava edición, tanto de forma resumida en una tabla, como ilustrada, poniendo como ejemplo una lesión en un miembro inferior. Una de las principales novedades de esta octava clasificación es la sustitución de los términos *afección micro y macroscópica ganglionar* por *lesiones clínicamente ocultas o clínicamente evidentes*.

La existencia de lesiones en tránsito (cutáneas o subcutáneas) o de lesiones satélite o microsátélite, define la *categoría c* en todos los casos, independientemente del número de ganglios positivos.

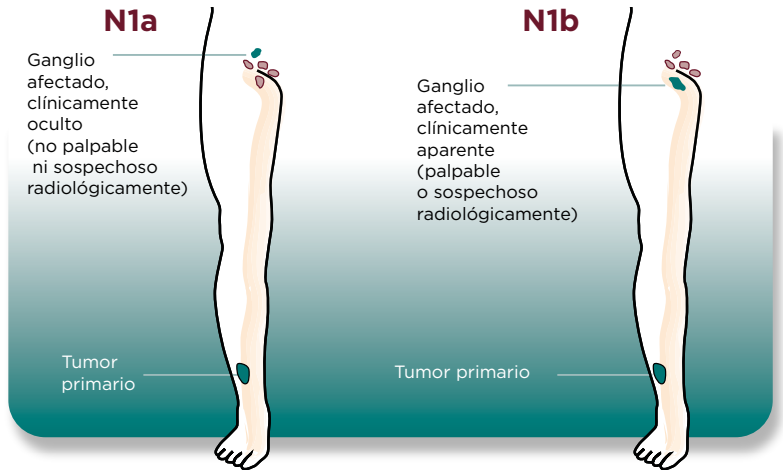
Al final del apartado podemos ver las gráficas de supervivencia en relación a la categoría N, tanto según el número de ganglios afectados, como según la existencia o no de afectación locorregional no ganglionar.

Extensión de los ganglios linfáticos regionales y/o lesiones linfáticas

CATEGORÍA N	NÚMERO DE GANGLIOS REGIONALES AFECTADOS	PRESENCIA DE LESIONES EN TRÁNSITO, SATÉLITES Y/O MICROSATÉLITES
NX	Ganglios regionales no evaluados (p. ej., biopsia de ganglio linfático centinela [BSGC] no realizada, ganglios regionales previamente extirpados por otra razón); Excepción: la categoría patológica N no se requiere para melanomas T1, utilizar información clínica N.	No
N0	No se detecta enfermedad ganglionar regional.	No
N1	Un ganglio afectado por tumor o cualquier número de lesiones en tránsito, satélites y/o microsátelites sin afectación ganglionar tumoral.	
N1a	Uno clínicamente oculto (por ejemplo, detectado por BSGC).	No
N1b	Uno detectado clínicamente.	No
N1c	No se detecta enfermedad ganglionar regional.	Sí
N2	Dos o tres ganglios afectados por tumor o cualquier número de lesiones en tránsito, satélites y/o microsátelites con un sólo ganglio afectado.	
N2a	Dos o tres clínicamente ocultos (por ejemplo, detectados por BSGC).	No
N2b	Dos o tres, al menos uno de los cuales se detecta clínicamente.	No
N2c	Uno clínicamente oculto o detectado.	Sí
N3	Cuatro o más ganglios afectados por tumor o cualquier número de lesiones en tránsito, satélites y/o microsátelites con dos o más ganglios afectados, o cualquier número de ganglios en un conglomerado adenopático con/sin lesiones en tránsito, satélites y/o microsátelites.	
N3a	Cuatro o más clínicamente ocultos (por ejemplo, detectados por BSGC).	No
N3b	Cuatro o más, al menos uno de los cuales se detecta clínicamente, o presencia de cualquier número de ganglios en un conglomerado.	No
N3c	Dos o más clínicamente ocultos o detectados y/o presencia de cualquier número de ganglios en un conglomerado.	Sí

Adaptado con permiso del American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. La fuente original y primaria de esta información es el AJCC Manual de estadificación del cáncer, octava edición (2017) publicado por Springer International Publishing (modificado de: Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, et al. Melanoma de la piel En: Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al, eds. AJCC Cancer Staging Manual. 8a ed. Nueva York: Springer International Publishing; 2017: 563-585).

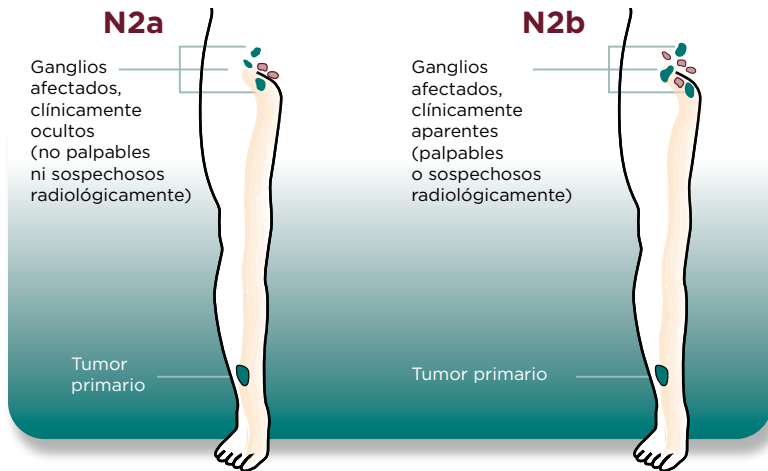
Melanoma cutáneo



N1a se define como una adenopatía regional afectada clínicamente oculta.

N1b se define como una adenopatía regional afectada clínicamente aparente.

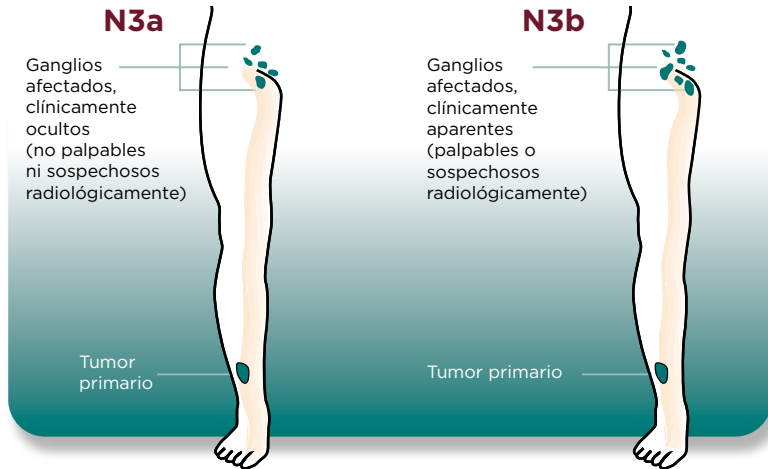
Melanoma cutáneo



N2a se define como la afectación clínicamente oculta de 2-3 ganglios linfáticos regionales.

N2b se define como la afectación clínicamente aparente de al menos uno de 2-3 ganglios linfáticos regionales afectados.

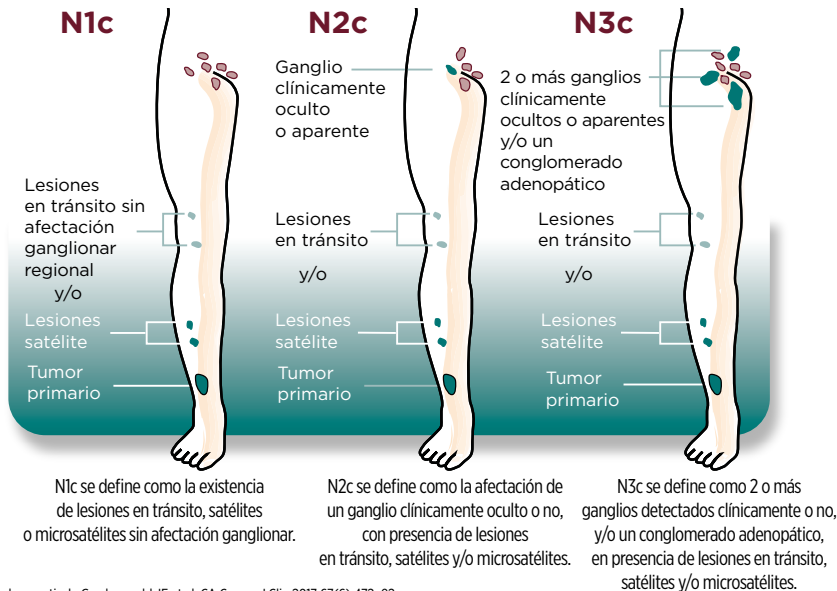
Melanoma cutáneo



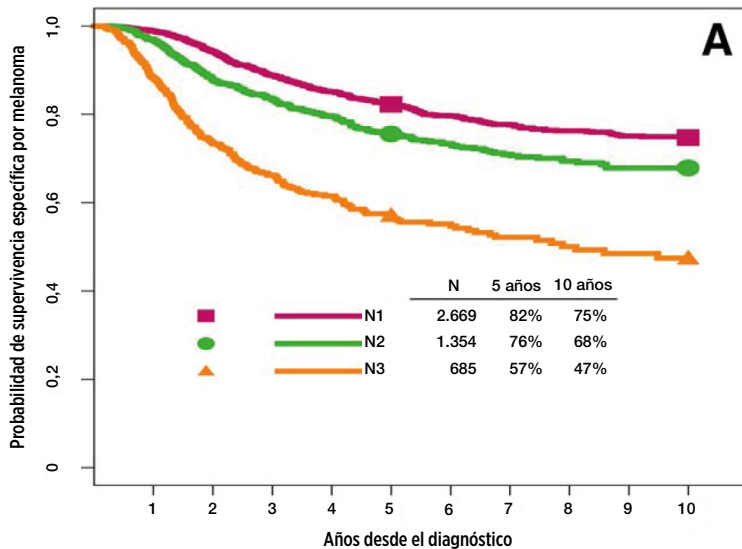
N3a se define como la afectación clínicamente oculta en 4 o más ganglios linfáticos regionales.

N3b se define como la afectación clínicamente aparente de al menos uno de 4 o más ganglios linfáticos regionales afectos, o la presencia de un conglomerado adenopático.

Melanoma cutáneo

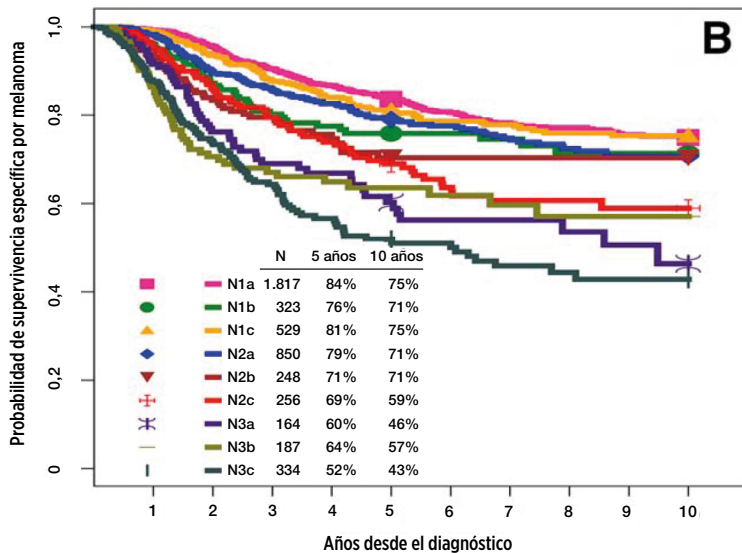


- Clasificación N -



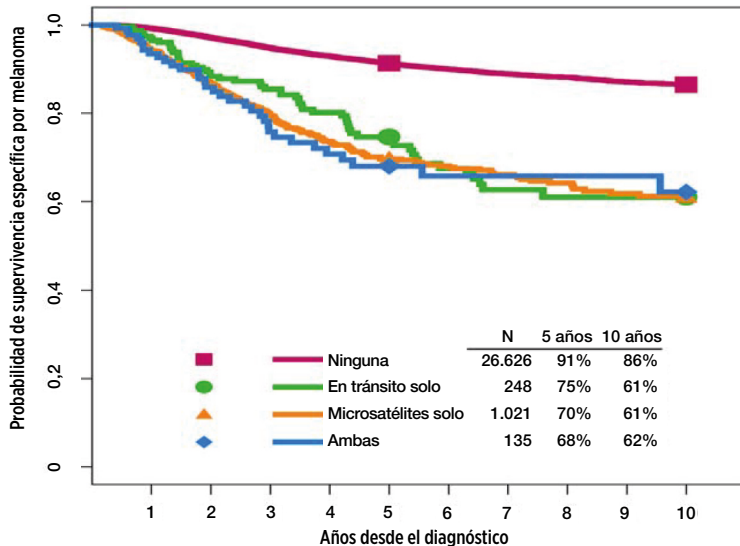
Curvas Kaplan-Meier de supervivencia según la Octava Edición de la Base de Datos Internacional de Melanoma. Gershenwald JE et al. CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472-92.

- Subcategorías N -



Curvas Kaplan-Meier de supervivencia de acuerdo a subcategorías N, según la Octava Edición de la Base de Datos Internacional de Melanoma. Gershenwald JE et al. CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472-92.

- Presencia de lesiones en tránsito o microsátélites -



Curvas Kaplan-Meier de supervivencia específicas del melanoma según la presencia o ausencia de lesiones en tránsito, satélites o microsátélites según la Octava Edición de la Base de Datos Internacional de Melanoma. Téngase en cuenta que en tránsito en la figura significa lesiones en tránsito y/o satélites; y ambas significa microsátélites y lesiones en tránsito y/o satélites. Gershenwald JE et al. CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472-92.



AFECTACIÓN METASTÁSICA (M)

Los principales aspectos que se deben tener en cuenta son la localización metastásica y los niveles de lactato deshidrogenasa (LDH).

A continuación, se muestra la Categoría M (afectación metastásica) de la Clasificación AJCC, en su octava edición, de forma resumida en una tabla. Una de las principales novedades de esta octava clasificación es precisamente la inclusión de los niveles de LDH como factor para subclasificar a los pacientes en las distintas categorías (0 = LDH no elevada, 1 = LDH elevada).

Otra novedad importante es la aparición de una nueva categoría (M1d) para designar a los pacientes con metástasis en el Sistema Nervioso Central (SNC).

Extensión a distancia

CATEGORÍA M	LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	NIVEL LDH
M0	Sin evidencia de metástasis a distancia.	No aplica
M1	Evidencia de metástasis a distancia.	No aplica
M1a	Metástasis a distancia a nivel cutáneo, partes blandas incluyendo músculo y/o ganglios linfáticos no regionales.	No registrado o no especificado
M1a (0) M1a (1)		No elevado Elevado
M1b	Metástasis a distancia en pulmón con o sin localizaciones metastásicas clasificadas como M1a.	No registrado o no especificado
M1b (0) M1b (1)		No elevado Elevado
M1c	Metástasis a distancia a nivel visceral excepto SNC, con o sin localizaciones metastásicas clasificadas como M1a o M1b.	No registrado o no especificado
M1c (0) M1c (1)		No elevado Elevado
M1d	Metástasis en SNC con o sin localizaciones metastásicas clasificadas como M1a, M1b o M1c.	No registrado o no especificado
M1d (0) M1d (1)		No elevado Elevado

SNC: sistema nervioso central. LDH: lactato deshidrogenasa.

Sufijos para la clasificación M: (0) LDH no elevada. (1) LDH elevada. No se utiliza sufijo cuando el nivel de LDH no es registrado o no se especifica.

Utilizado con permiso del Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer (AJCC), Chicago, Illinois. La fuente original y principal de esta información es el Manual de estadificación del cáncer AJCC, octava edición (2017) publicado por Springer International Publishing (Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, et al. Melanoma de la piel. En: Amin MB, Edge SB, Greene FL, y otros, eds. AJCC Cancer Staging Manual. 8ª ed. Nueva York: Springer International Publishing; 2017: 563-585).



ESTADIOS PRONÓSTICOS AJCC

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se definen una serie de estadios, que como ya se ha comentado, tienen un valor pronóstico y son de vital importancia para la correcta selección de candidatos para seguir un tratamiento.

Al final del apartado podemos ver las gráficas de supervivencia en relación a los estadios I a III, según se han comunicado en la publicación de la Clasificación AJCC, en su octava edición.

Tabla de estadios pronósticos clínicos (cTNM) AJCC^a

T	N	M	ESTADIO PATOLÓGICO
Tis	N0	M0	0
T1a	N0	M0	IA
T1b	N0	M0	IB
T2a	N0	M0	IB
T2b	N0	M0	IIA
T3a	N0	M0	IIA
T3b	N0	M0	IIB
T4a	N0	M0	IIB
T4b	N0	M0	IIC
Cualquier T, Tis	≥ N1	M0	III
Cualquier T	Cualquier N	M1	IV

^a Utilizado con permiso del American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. La fuente original y primaria de esta información es la AJCC Cancer Staging Manual, octava edición (2017) publicado por Springer Publicación internacional (Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, et al. Melanoma de la piel En: Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al, eds. Cáncer AJCC Manual de etapas. 8a ed. Nueva York: Springer International Publishing; 2017: 563-585).

Tabla de estadios pronósticos patológicos (pTNM) AJCC^a

T	N	M	ESTADIO PATOLÓGICO
Tis	N0 ^b	M0	0
T1a	N0	M0	IA
T1b	N0	M0	IA
T2a	N0	M0	IB
T2b	N0	M0	IIA
T3a	N0	M0	IIA
T3b	N0	M0	IIB
T4a	N0	M0	IIB
T4b	N0	M0	IIC
T0	N1b, N1c	M0	IIIB
T0	N2b, N2c, N3b o N3c	M0	IIIC
T1a/b-T2a	N1a o N2a	M0	IIIA
T1a/b-T2a	N1b/c o N2b	M0	IIIB

Continúa en la siguiente página

Tabla de estadios pronósticos patológicos (pTNM) AJCC^a (continuación)

T	N	M	ESTADIO PATOLÓGICO
T2b/T3a	N1a-N2b	M0	IIIB
T1a-T3a	N2c o N3a/b/c	M0	IIIC
T3b/T4a	Cualquier N \geq N1	M0	IIIC
T4b	N1a-N2c	M0	IIIC
T4b	N3a/b/c	M0	IIID
Cualquier T, Tis	Cualquier N	M1	IV

^a Utilizado con permiso del American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. La fuente original y primaria de esta información es la AJCC Cancer Staging Manual, octava edición (2017) publicado por Springer Publicación internacional (Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, et al. Melanoma de la piel En: Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al, eds. Cáncer AJCC Manual de etapas. 8a ed. Nueva York: Springer International Publishing; 2017: 563-585). ^b Estadio patológico 0 (melanoma in situ) y T1 no requieren evaluación patológica de los ganglios linfáticos para completar la estadificación patológica; utilizar información clínica de N para asignar su etapa patológica.

**Octava Edición AJCC
Subgrupos estadio III melanoma**

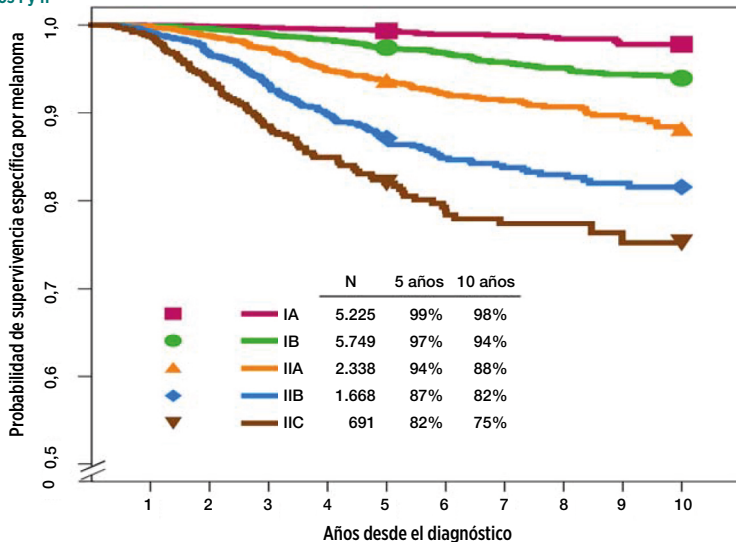
Categoría N	Categoría T								
	T0	T1a	T1b	T2a	T2b	T3a	T3b	T4a	T4b
N1a	N/A	A	A	A	B	B	C	C	C
N1b	B	B	B	B	B	B	C	C	C
N1c	B	B	B	B	B	B	C	C	C
N2a	N/A	A	A	A	B	B	C	C	C
N2b	C	B	B	B	B	B	C	C	C
N2c	C	C	C	C	C	C	C	C	C
N3a	N/A	C	C	C	C	C	C	C	D
N3b	C	C	C	C	C	C	C	C	D
N3c	C	C	C	C	C	C	C	C	D

(1) Seleccione la categoría N a la izquierda de la tabla	A	Estadio IIIA
(2) Seleccione la categoría T en la parte superior	B	Estadio IIIB
(3) Anote la letra en la intersección de ambas	C	Estadio IIIC
(4) Determine el estadio AJCC del paciente utilizando la leyenda	D	Estadio IIID

N/A= No asignado, por favor consulte el manual para detalles

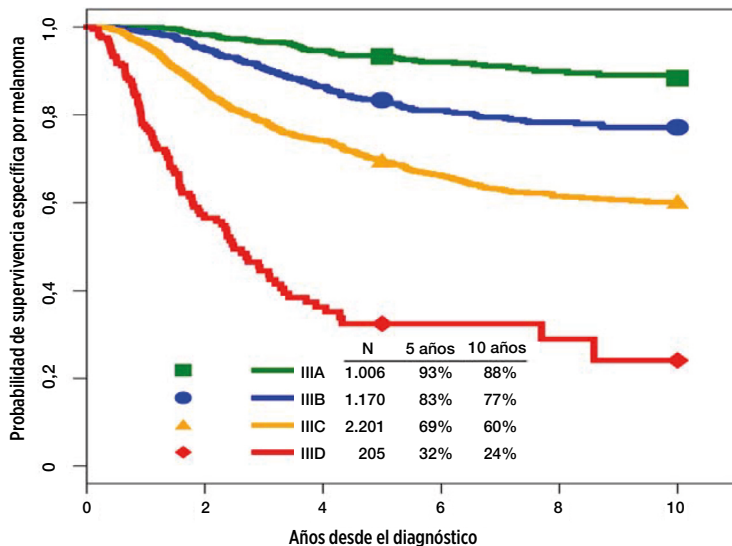
Subgrupos del Estadio III basados en las categorías T y N de la Octava Edición de la American Joint Committee on Cancer (AJCC)

- Estadios I y II -



Curvas Kaplan-Meier de supervivencia específicas del melanoma según grupo de estadificación categoría T para pacientes con melanoma en estadio I y II de la Octava Edición de la Base de Datos Internacional de Melanoma. Pacientes con melanoma N0 se filtraron, de modo que los pacientes con melanoma T2+ fueron incluidos solo si tenían ganglios linfáticos centinela negativos, mientras que aquellos con melanoma T1N0 se incluyeron independientemente de si se sometieron a biopsia de ganglio linfático centinela. Gershenwald JE et al. CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472-92.

- Estadio III -



Curvas Kaplan-Meier de supervivencia específicas del melanoma según subgrupos del estadio III de la Base de Datos de la Octava Edición Internacional de Melanoma. Gershenwald JE et al. CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472-92.



BIBLIOGRAFÍA

- Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, Arenberger P, Bastholt L et al. On behalf of the European Dermatology Forum (EDF), the European Association of Dermato-Oncology (EADO), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Part 1: Diagnostics - Update 2019. Eur J Cancer. 2020;126:141-158.
- Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, Arenberger P, Bastholt L et al. On behalf of the European Dermatology Forum (EDF), the European Association of Dermato-Oncology (EADO), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Part 2: Treatment - Update 2019. Eur J Cancer. 2020;126:159-177.
- Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, Sondak VK, Long GV, Ross MI et al.; for members of the American Joint Committee on Cancer Melanoma Expert Panel and the International Melanoma Database and Discovery Platform. CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472-492.
- Michielin O, van Akkooi ACJ, Ascierto PA, Dummer R, Keilholz U; ESMO Guidelines Committee. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2019;30(12):1884-1901.
- Coit DG, Thompson JA, Albertini MR, Barker C, Boland G, Carson WE et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Cutaneous Melanoma. Version 1.2020. Disponible en: https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cutaneous_melanoma.pdf (consultado: marzo 2020).



Pierre Fabre



ONC_EB_20_006 Fecha de elaboración: abril 2020