

LA ENTREVISTA AL EXPERTO

EDUARDO NAGORE ENGUÍDANOS: los puntos cardinales del melanoma en 2022



Eduardo Nagore Enguïdanos

Nacido en Valencia en 1967, ha desarrollado prácticamente toda su vida personal y profesional en esta ciudad. Además de jefe clínico del Servicio de Dermatología del Instituto Valenciano de Oncología, es profesor en la Universidad Católica de Valencia. Ha desempeñado distintos cargos tanto en la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) como en la European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). Ha dedicado la mayor parte de su vida profesional a los pacientes con melanoma y a la cirugía de Mohs. Con varias líneas de investigación en estos campos y proyectos activos, tanto de su centro como en colaboración con otros grupos internacionales, tiene publicados más de 300 artículos en revistas internacionales y ha impartido un gran número de conferencias en congresos nacionales e internacionales.

Eduardo Nagore, coordinador de la Campaña de Prevención del Melanoma de la AEDV, es un referente inexcusable en la dermatología oncológica, especialmente, en todo lo que hace referencia al cáncer más agresivo de la piel: el melanoma.

Muchos pacientes dicen tener un melanoma erróneamente. Otros que lo tienen no consideran su gravedad. ¿Podría definirnos el melanoma?

El melanoma es un cáncer de piel. Como tal, es una consecuencia de la transformación de una célula normal —en este caso, el melanocito— en una célula cancerosa, con una tendencia a multiplicarse de forma indefinida. Esto significa que es una célula que se independiza del funciona-

miento normal del cuerpo y sigue un ritmo vital diferente, originando un tumor de crecimiento progresivo y con una capacidad potencial de invadir otros tejidos, dando lo que se conoce como *metástasis*.

Siempre se ha dicho que el sol es el mayor causante de melanoma. Pero ¿hasta qué punto?

El sol, y cualquier otra fuente de radiación ultravioleta como las cabinas de bronceado, es el factor ambiental más importante relacionado con un mayor riesgo de padecer un melanoma. Esto no significa que sin la radiación ultravioleta no se pueda producir un melanoma. Una célula se convierte en cancerosa porque su ADN sufre mutaciones que hacen que la célula se multiplique sin seguir las directrices que le marca el cuerpo para cumplir su función. Las mutaciones en el ADN se dan con cada división de la célula, pero hay mecanismos para reparar o para iniciar una autodestrucción de la célula si la reparación no es posible. Cuando esto falla, la célula mutada puede iniciar el proceso cancerígeno. Lógicamente, todas aquellas influencias externas que produzcan mutaciones aumentan la posibilidad de que esto ocurra, como sucede con el tabaco para el cáncer de pulmón o la radiación ultravioleta para el cáncer de piel. Por todo esto, es un hecho que no todos los melanomas están relacionados con la exposición al sol, ni todas las personas que se exponen al sol tienen un melanoma. Para que se dé un melanoma, deben coincidir toda una serie de eventos en los que intervienen muchos participantes, entre los que destacan los genes de la persona, la exposición a la radiación ultravioleta o el tipo de piel, en diferente medida, y en los que el azar desempeña un papel muy importante.

La quemadura en la infancia es muy común. El sentimiento de culpa y de irreversibilidad está presente en muchos padres que no han protegido suficientemente a sus hijos. ¿Hasta qué punto llega el riesgo de desarrollar un melanoma?

Que una quemadura aumenta el riesgo de desarrollar un melanoma es un hecho contrastado. Sin embargo, no es el único elemento. Hay muchísima gente que se ha quemado y nunca desarrolla un melanoma. Hay más factores que participan en este proceso. La insistencia en la fotoprotección por parte de los dermatólogos viene dada porque es el único de los factores de riesgo conocidos que podemos modificar.

¿Qué papel desempeña la herencia?

La herencia desempeña un papel crucial. En primer lugar, porque existen genes que, de forma más o menos específica, aumentan el riesgo de desarrollar un melanoma y que, por ello, se encuentran mutados en familias en las que hay, al menos, dos miembros con melanoma o en personas que han padecido más de un melanoma. En segundo lugar, porque los genes determinan algunas de las características de las personas que les confieren una mayor probabilidad de desarrollar un melanoma. De estas, las más importantes son tener una piel con facilidad para quemarse por el sol y tener muchos nevos melano-cíticos (lunares). Finalmente, hay genes que no modifican la apariencia física de la persona, pero que están implicados en los mecanismos de reparación del ADN o en otras funciones relacionadas con la transformación cancerígena de la célula y que, por ello, si tienen alterada su función, también aumentan el riesgo.

El melanoma ya desarrollado parece de fácil diagnóstico. Pero ¿cómo se diagnostica un melanoma en su comienzo?

Sin lugar a dudas, estando atentos a nuestra piel. Debemos conocernos la piel mediante el autoexamen mensual de toda la superficie (incluyendo el cuero cabelludo, la zona genital, las plantas de los pies, etc.). De esta forma, seremos capaces de observar manchas nuevas de la piel, sobre todo, aquellas que tengan un aspecto diferente a las que ya tenemos (signo del patito feo), que crezcan o cambien de color, especialmente, si se acompañan de picor, dolor u otro tipo de molestias.

¿Cuál es el peor signo pronóstico del melanoma?

La presencia de metástasis en otros órganos del cuerpo como, por ejemplo, el pulmón, el cerebro o el hígado. Esta situación es raro que se presente en el momento del diagnóstico, pero, con una probabilidad que depende sobre todo del grosor del tumor, junto con otras características, se puede presentar desde unos pocos días hasta décadas después del diagnóstico del melanoma.

¿Cuál es la mejor medida de prevención?

La única manera de conseguir reducir las muertes debidas al melanoma es detectarlo lo más precozmente posible, en sus fases iniciales, en las que se puede conseguir curar o reducir enormemente las posibilidades de dar metástasis. Para ello, la mejor medida es la autoexploración de la piel. Al igual que hacemos con otros hábitos saludables, como el cepillado de dientes, se debería incluir en nuestra rutina la exploración de nuestra piel una vez al mes. También es muy útil complementar esta exploración con el uso de la dermatoscopia digital en unidades de lesiones pigmentadas, en particular, cuando se tienen muchos nevos melanocíticos. Por otra parte, para reducir el número de casos, es crucial tomar unas precauciones adecuadas para evitar la exposición solar excesiva, fundamentalmente, las quemaduras, pero también la acumulación de horas a lo largo de nuestra vida.

¿Ha avanzado el tratamiento del melanoma? ¿Cuáles son los mayores avances?

Indudablemente. En los últimos años, hemos visto la irrupción de fármacos diferentes a los administrados en la quimioterapia clásica. Se distinguen dos grandes grupos según la función específica sobre la que actúan: los fármacos antidiaria, que bloquean proteínas mutadas de la célula cancerosa que estimulan su crecimiento, y los fármacos que actúan estimulando la respuesta inmunitaria frente a dicha célula. En especial con estos últimos, se consigue reducir ostensiblemente el número de muertes debidas a un melanoma.

¿Es multidisciplinario el tratamiento del melanoma?

Por supuesto. El tratamiento del paciente con un melanoma requiere la participación de especialistas

que tengan una habilidad quirúrgica adecuada para la exéresis y ampliación de los márgenes del tumor primario, la biopsia del ganglio centinela, linfadenectomías, extirpación de metástasis, radioterapia, administración de fármacos sistémicos y otras modalidades terapéuticas específicas para algunas situaciones. Por ello, según los centros, participan de forma directa o indirecta en la toma de decisiones especialistas en dermatología, anatomía patológica, biología molecular, oncología médica, oncología radioterápica, cirugía general, cirugía plástica, cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, ginecología, cirugía torácica, radiología, medicina nuclear, urología, traumatología, medicina interna, etcétera.

¿Cuál es su investigación actual?

Estoy implicado en varias líneas de investigación. Por un lado, en el estudio de las características epidemiológicas de los pacientes con un melanoma y su relación con la clínica. Por otra parte, en las características moleculares del tumor que hacen que un melanoma se comporte de forma más o menos agresiva y responda mejor a los tratamientos actuales. Finalmente, en la predisposición genética en todas aquellas alteraciones de carácter hereditario que hacen que una determinada persona tenga un riesgo elevado de padecer un melanoma. Me interesa todo aquello que tenga una implicación directa en cómo tratamos a los pacientes y que pueda ayudar a mejorar la manera de cuidarlos.

Entrevista realizada por: **Aurora Guerra-Tapia**