

Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 65 casos*

*Cutaneous melanoma: prospective study of 65 cases**

Nurimar C. Fernandes¹

Tullia Cuzzi⁴

Roberto Calmon²

Cesar S. Claudio da Silva⁵

Juan P. Maceira³

Resumo: FUNDAMENTOS: A incidência e a mortalidade por melanoma cutâneo vêm aumentando em todo o mundo. Os registros brasileiros de bases populacionais não refletem precisamente a real dimensão do problema.

OBJETIVOS: Estudo prospectivo de 65 casos de melanoma cutâneo observados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no período de 1993 a 2003.

MÉTODOS: Foram analisadas as variáveis idade, sexo, cor, localização, tipos clínico-histológicos e estadiamento.

RESULTADOS: 64,7% na faixa etária de 40 a 69 anos, distribuição etária homogênea entre o sexo masculino (49,2%) e o sexo feminino (50,8%), predominância de brancos (83%), localização no tronco (35,3%), tipo clínico-histológico expansivo superficial (63%/30,7%) e relação de significância entre tipo acral localizado no pé em não brancos. Segundo o *American Joint Committee on Cancer*, em 2002, 22 casos (33,8%) no estágio IA, 14 (21,5%) melanomas *in situ* e um caso indeterminado.

CONCLUSÕES: O melanoma cutâneo primário na amostra estudada mostrou padrões semelhantes aos classicamente reconhecidos e maior frequência do estágio IA e melanoma *in situ*.

Palavras-chave: Estudos prospectivos; Melanoma/diagnóstico; Melanoma/epidemiologia; Neoplasias cutâneas/patologia.

Abstract: BACKGROUND: Incidence and mortality of cutaneous melanoma are increasing all over the world. The data base for the Brazilian population is still inadequate.

OBJECTIVES: Prospective study of 65 cases seen at University Hospital Clementino Fraga Filho, from 1993 to 2003.

METHODS: Patient's age, sex, ethnic group, anatomic site, clinical histological presentation and staging were analyzed.

RESULTS: The case distribution was 64.7% aged 40 to 69 years, males (49.2%) and females (50.8%), majority white (83.1%), most lesions in the trunk (35.3%), more frequently of the clinical histological superficial spreading type (63%/30.7%) and significant relationship between foot acral type in non-whites. According to American Joint Committee on Cancer 2002 system, 22 cases (33.8%) in stage IA, 14 (21.5%) melanomas *in situ*, and one indeterminate case.

CONCLUSIONS: Primary cutaneous melanoma in the present study has a similar pattern to other published series and higher frequency of stage IA and *in situ* melanomas.

Keywords: Prospective studies; Melanoma/diagnosis; Melanoma/epidemiology; Skin neoplasms/pathology.

Recebido em 08.09.2003.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 17.12.2004.

* Trabalho realizado nos Serviços de Dermatologia, Oncologia, Anatomia Patológica e Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.

¹ Professor Adjunto de Dermatologia, Departamento de Clínica Médica, FM-UFRJ.

² Médico, Serviço de Oncologia, HUCFF-UFRJ.

³ Professor Adjunto de Patologia, Departamento de Patologia, FM-UFRJ.

⁴ Professor Adjunto de Patologia, Departamento de Patologia, FM-UFRJ.

⁵ Professor Adjunto de Cirurgia Plástica, Departamento de Cirurgia, FM-UFRJ.

©2005 by *Anais Brasileiros de Dermatologia*

An Bras Dermatol. 2005; 80(1):25-34.

INTRODUÇÃO

Algumas regras básicas permitem o imediato reconhecimento do melanoma cutâneo em lesões melanocíticas: alterações de cor, tamanho, forma e superfície; crescimento rápido, descamação, ulceração, sangramento, prurido, dor e desenvolvimento de áreas papulosas ou nodulares sobre máculas pigmentadas.¹

Tradicionalmente o melanoma cutâneo é subdividido em quatro tipos:^{2,3}

Melanoma expansivo superficial (MES) - é o mais freqüente, 70% dos casos; quarta e quinta décadas; no tronco e membros inferiores. Várias colorações, como castanho, preto, róseo, violeta; hipopigmentação central e expansão periférica; o matiz cinza-escuro translúcido é altamente sugestivo. Evolução crônica, e, depois de meses a anos, podem surgir nódulos elevados, sangramento ou transudação, o que já caracteriza o estágio mais avançado, de crescimento vertical.

Melanoma nodular (MN) - é o segundo mais comum, 15 a 30% dos casos, nas quinta e sexta décadas de vida, sexo masculino, na proporção de 2:1. Apresenta-se como lesão papulosa, elevada, de cor castanha, negra ou azulada. São freqüentes a ulceração e o sangramento; existe a variante amelanótica, com superfície crítematosa. A expressão é reservada às lesões primitivamente nodulares, isto é, sem fase prévia de crescimento radial.

Melanoma lentiginoso acral (MLA) - nas regiões palmoplantares, extremidades digitais, mucosas e semimucosas; é mais freqüente em não brancos (35 a 60%). Não tem predileção por sexo; sétima década de vida. Nas extremidades digitais pode-se apresentar como lesão tumoral acastanhada subungueal, melanoníquia estriada, fragmentação longitudinal da lâmina ungueal, além de paroníquia crônica e persistente.

Para auxílio na detecção precoce dos melanomas subungueais é proposto o sistema ABCDEF:⁴

A (*age*): 20-90 anos com pico de incidência entre quinta e sétima décadas, não brancos.

B (*nail band*): pigmentação castanho-negra com largura \square 3mm e borda irregular.

C (*change*): aumento rápido no tamanho da faixa.

D (*digit involved*): polegar > hálux > indicador, único, mão dominante.

E (*extension*): comprometimento da dobra ungueal lateral e proximal ou borda livre da unha.

F (*family* ou *personal history*): de melanoma prévio ou síndrome do nevo displásico.

Melanoma lentigo maligno (MLM) - pouco freqüente, 5% dos casos; sexta e sétima décadas de vida; surge em área de lentigo solar que se apresenta como mácula acastanhada ou enegrecida, de limites nítidos e irregulares, alcançando vários centímetros

de diâmetro, localizada na face (90%), em mãos e membros inferiores (10%). Após longo período de crescimento radial, ocorre a invasão perpendicular à superfície, caracterizada clinicamente pela presença de nódulo elevado, em meio a diversos tons de pigmentação, como castanho-escuro, negro e azulado. Nessa fase, podem ocorrer ulcerações, sangramento e formação de crostas.

O melanoma pode se apresentar clinicamente como doença metastática, sem evidência de acometimento cutâneo primário; a incidência de melanoma com sítio primário desconhecido é de um a 15%. Algumas teorias foram elaboradas para tentar explicar esse fenômeno:⁵ lesão primária retirada cirurgicamente sem estudo histopatológico do material; melanoma de sítio primário cutâneo, com aparência clínica de lesão benigna; lesão primária localizada em couro cabeludo, trato gastrointestinal, supra-renais, meninges, retina, palato, vulva, vagina, região anorretal; lesão primária com regressão espontânea (mácula hipocrômica), devido a fenômenos imunológicos.

A casuística brasileira publicada mostra predomínio do sexo feminino, cor branca, faixa etária acima de 40 anos, localização no tronco e membros e tipo clínico-histológico MN e MES (Tabela 1).

Neste trabalho, é apresentado estudo prospectivo de melanoma cutâneo segundo protocolo multidisciplinar.

PACIENTES E MÉTODOS

No período 1993/2003, 65 casos de melanoma cutâneo no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho foram submetidos à seguinte rotina:

1) Biópsia

a) a biópsia excisional foi a técnica de escolha para confirmação da suspeita clínica, com margens de 1cm (face)¹⁸ ou 2cm;¹⁹ sutura da borda por aproximação simples ou, então, colocação de enxertos de pele quando não se conseguiu o fechamento primário. Nas lesões de membros inferiores e superiores, a direção da ferida operatória foi longitudinal; na face e tronco, seguiu as linhas de tensão da pele. O índice de Breslow no exame histopatológico da peça definiu as margens ótimas: \square 1mm (margem de 1cm) e > 1mm (margem de 2cm), estabelecendo a necessidade de reexcisão para ampliação das margens.¹⁸⁻²¹

b) biópsia incisional com *punch* indicações: lesões localizadas em face, mãos, pés e subungueais, com diâmetro acima de 1,5cm ou naquelas em que uma biópsia excisional exigiria um extenso procedimento. O *punch* de 6mm foi utilizado para abranger toda a espessura da pele e tecido celular subcutâneo na área mais elevada da lesão.^{20,22} O Breslow na biópsia incisional foi considerado provisório.

TABELA 1: Melanoma cutâneo: casuística brasileira (1983-2003)

Autor, Ano	Nº de Casos	Cor(%)	Sexo(%)	Idade (Anos)(%)	Localização(%)	Tipo Clínico-Histológico (%)	Índice de Breslow (%)
Pinheiro, 2003 ⁶	32	B (87,5)	F (78)	61-80 (43,75)	MS/MI (50)	MN (45)	< 0,75mm (42,3)
Maia, 2002 ⁷	190	B (91,9)	F (58,9)	55,9 (-)	-	MES (41,1)	-
Lapa, 2002 ⁸	115	B (94)	F (64)	40-59 (43,5)	Axial (61)	MN (19,1)	> 1,5mm(31,5)
Bakos, 2002 ⁹	103	B (100)	F (66,9)	52,8 (-)	T (25,2)	MES (61,16)	-
Gon, 2001 ¹⁰	303	-	F (54,6)	56 (42,24)	T (32,01)	MN (41,09)	> 0,75mm(75)
Criado, 1999 ¹¹	222	B (98,19)	F (69,36)	60-69 (23,42)	MI (32,88)	-	□ 1,5mm (45,44)
Ponzio, 1998 ¹²	167	B (100)	F (50,8)	60-69 (-)	MS/MI (41,3)	MES (35,3)	-
Donato, 1997 ¹³	58	-	F (74,1)	> 60 (-)	MI (29,6)	-	□ 75mm(48,2)
Fernandes, 1996 ³	47	B (84,4)	F (57,4)	40-59 (44,6)	T (29,9)	MLM (29,8)	-
Castro, 1996 ¹⁴	20	B (100)	M (65)	45,1 (18,8)	T (50)	-	□ 1mm(50)
Bakos, 1991 ¹⁵	153	B (100)	F (60,13)	60-70 (23)	-	MES (51,6)	-
Dick, 1989 ¹⁶	161	-	-	40-49 (24,2)	-	-	-
Minelli, 1983 ¹⁷	59	B (96,61)	M (57,62)	46-50 (16,9)	MI (25,4) T (25,4)	-	-

Convenção:

- : não referido

MS: membro superior

MI: membro inferior

F: feminino

M: masculino

B: branco

T: tronco

MES: melanoma expansivo superficial

MLM: melanoma lentigo maligno

MN: nodular

2) Estadiamento histopatológico

- tipos histológicos:

- melanoma *in situ*

essa definição histológica foi usada em casos de: melanócitos atípicos confinados na epiderme; arquitetura da trama epidérmica alterada; hiperplasia dos melanócitos basais sem concentração nas cristas interpapilares; melanócitos distribuídos por toda a epiderme; atipia citológica contínua (nível I de Clark); para vários autores, não é necessário medir a espessura, pois, nesses casos, não se configura a invasão.

- melanoma expansivo superficial (MES)

melanócitos atípicos em diversas camadas da epiderme; denso infiltrado linfocitário na derme subjacente; na fase de crescimento vertical tecas na derme papilar e os "ombros" epidérmicos se estendendo para além do compartimento dérmico do tumor.

- melanoma nodular (MN)

a partir da junção dermoepidérmica, grande extensão de células neoplásicas para a derme; comprometimento pouco expressivo da epiderme; componente epidérmico não ultrapassando em lateralidade os limites do tumor; termo nodular reservado às lesões sem fase de crescimento radial prévio.

- melanoma lentiginoso acral (MLA)

proliferação melanocítica atípica, de aspecto dendrítico, linear, predominante ao longo da camada basal e suas cercanias; tendência à hiperplasia epidérmica e ausência de elastose; infiltrado inflamatório de grande densidade e liquenóide.

- melanoma lentigo maligno (MLM)

proliferação contígua de melanócitos atípicos, de aspecto dendrítico ao longo da camada basal com desaparecimento dos queratinócitos basais; adelgaçamento da epiderme e sinais de dano actínico crônico com elastose solar.

- índice de Breslow

O índice de Breslow determina a espessura tumoral - dimensão vertical a partir do ponto mais profundo de invasão ao topo da camada granulosa ou à célula mais superficial em caso de ulceração - usando uma ocular micrométrica subdividida em □ 1mm; 1,01mm-2mm; 2,01-4mm; > 4mm. No novo estadiamento (*American Joint Committee on Cancer*), as espessuras são definidas nos limites de 1mm, 2mm e 4mm.²³

- nível de Clark

O nível de invasão na classificação proposta por Clark²⁴ inclui: nível I (crescimento intra-epidér-

mico), nível II (invasão da derme papilar), nível III (atinge o limite entre derme papilar e reticular), nível IV (invasão da derme reticular) e nível V (invasão do tecido celular subcutâneo). É fator preditivo independente do melanoma fino, mas não para lesões mais espessas. Dessa maneira o nível de invasão é incorporado apenas nas definições dos melanomas $\leq 1\text{mm}^{23}$ (Quadro 1).

3) Estadiamento clínico

a) busca de evidências de doença metastática: febre, cefaléia, astenia, emagrecimento, dores ósseas, sinais e sintomas neurológicos e respiratórios.^{20,21}

b) exame físico da pele

- metástase em trânsito: lesões na área de drenagem linfática, além de 5cm da origem do tumor primário.

- satelitose - lesões ao redor do tumor no raio de 5cm.

c) exame físico dos linfonodos regionais

- impalpáveis (cl clinicamente ocultos).

A avaliação tomográfica e/ou ultra-sonográfica das cadeias linfonodais foi realizada quando surgiram dúvidas à palpação.²⁵ O microestadiamento (histopatológico) por dissecação ganglionar seletiva (estudo do linfonodo sentinela) foi efetuado em dois casos.

- palpáveis: a macrometástase, detectável clinicamente, foi confirmada pela dissecação ganglionar terapêutica; o comprometimento foi classificado de acordo com o número de linfonodos metastáticos, sendo 1, 2 a 3 e ≥ 4 os limites do corte (Quadro 1).²³

d) exame físico geral: fígado, baço e sistema nervoso central^{20,21} especialmente.

4) Exames laboratoriais

- na ausência de sinais e sintomas de metástases: hemograma; VHS; dosagem de glicose, uréia, creatinina e desidrogenase láctica (LDH); provas de função hepática; RX dos campos pleuropulmonares.^{20,21}

- nos casos clinicamente metastáticos foram acrescentados: TC de crânio, TC de tórax, TC abdominopélvico, cintilografia óssea, RX de esqueleto se a cintilografia evidenciasse alterações.^{20,21}

5) Follow-up

A rotina para seguimento dos casos foi calçada no índice de Breslow (Quadro 2); o AJCC (2002) não define tais condutas (Quadro 1). Esse seguimento, por tempo indeterminado, é realizado ambulatorialmente pelo primeiro autor, exceto para melanomas *in situ* que recebem alta.

6) Testes da análise estatística

Para comparação entre proporções foi utilizado o teste qui-quadrado (χ^2) ou teste exato de Fisher,

quando o teste de qui-quadrado não pôde ser empregado; o nível de significância adotado foi o de 5%.

RESULTADOS

O grupo estudado constituiu-se de 26 homens brancos (40%) e seis homens não brancos (negros e mulatos) (9,2%), 28 mulheres brancas (43,1%) e cinco mulheres não brancas (negras e mulatas) (7,6%) na faixa etária de 20 a 89 anos. A distribuição etária entre os sexos foi homogênea ($p = 0,47$), e houve predomínio de brancos (83%). A doença predominou nos grupos de 40 a 69 anos (64,7%) (Tabela 2).

O melanoma expansivo superficial ocorreu em 41 casos (63%). Considerando apenas os tipos clínicos expansivo superficial e lentiginoso acral, para fins comparativos, observou-se existir relação significativa ($p = 0,0007$) entre a cor não branca e o tipo lentiginoso acral; por outro lado observou-se que não existe relação significativa ($p = 0,45$) entre tipo clínico e sexo (Tabela 3).

A localização no tronco ocorreu em 23 casos (35,3%). Observou-se relação significativa ($p=0,0006$) entre localização no pé e cor não branca. Não foi observada relação significativa ($p=0,67$) entre localização do tumor e sexo (Tabela 4).

Verificou-se histologicamente 20 melanomas expansivos superficiais (30,7%), 14 melanomas *in situ* (21,5%) e 10 melanomas nodulares (15,3%) (Tabela 5).

Segundo estadiamento, 21,5% de melanomas *in situ* (14/65), 33,8% dos casos (22/65) no estadio IA, oito casos (IB), quatro casos (IIA), cinco casos (IIB), nenhum caso (IIC), quatro casos (IIIA), dois casos (IIIB), um caso (IIIC), quatro casos (IV); em um caso o Breslow não foi determinado; 29,1% dos casos (19/65) alcançaram a sobrevida de cinco anos no momento da análise dos dados (Tabela 6).

DISCUSSÃO

A biópsia incisional nas lesões suspeitas de melanoma é procedimento simples, ambulatorial e fornece tecido representativo. Por outro lado, nenhum aumento nas porcentagens de recorrência local ou nenhuma alteração nas curvas de sobrevida foram registrados com o método.²² Esses dados de literatura recente conferem segurança ao procedimento.

Em seis casos, a biópsia incisional mostrou Breslow de 0,18 a 2,16mm, e, à ressecção, o resultado histopatológico da peça foi de melanoma *in situ*. Como o *punch* utilizado foi o de 6mm e as áreas mais elevadas e espessas foram sempre as escolhidas, o achado se explica. Em um caso, à biópsia incisional o laudo histopatológico foi de melanoma *in situ*, porém, à retirada completa, a espessura era de

QUADRO 1: Estadiamento do melanoma cutâneo AJCC - 2002

ESTÁDIO	TUMOR	LINFONODO	METÁSTASE
0	<i>in situ</i>	o	≅
IA	< 1mm Clark II/III; ulcer ≥	o	≅
IB	< 1mmClark IV/V; ulcer 1,01-2mm ulcer ≥	o	≅
IIA	1,01-2mm ulcer 2,01-4mm ulcer ≥	o	≅
IIB	2,01-4mm ulcer > 4mm ulcer ≥	o	≅
IIC	> 4mm ulcer	o	≅
IIIA	< 1-> 4mm ulcer ≥	·mm	≅
	< 1-> 4mm ulcer ≥	·mm	≅
		··a ···mm	
IIIB	< 1-> 4mm ulcer ou ≥	·mm a ···mm ·MM ··a ···MM metástase em trânsito / satelitose /o	≅
IIIC	< 1-> 4mm ulcer qq espessura satelitose / metástase em trânsito / linfonodos confluentes	·MM ··a ···MM ···· ou + MM	≅
IV	qq espessura	· ··a ··· ···· ou + mm	cutânea
		satelitose / metástase em trânsito / linfonodos confluentes a distância	subcutânea visceral qq metástase

Convenção:
 ulcer: ulceração histológica
 qq: qualquer
 o: linfonodos não metastáticos
 ·: linfonodos metastáticos
 mm: micrometástase
 MM: macrometástase
 /: associado
 ≥: ausência
 +: mais

QUADRO 2: Protocolo multidisciplinar para melanomas cutâneos (HUCFF - UFRJ)

Grupos	Critérios	Condutas/Seguimento
I	<ul style="list-style-type: none"> • $\leq 1\text{mm}$ • sem evidência clínica de metástase (linfonodo a distância) 	<ul style="list-style-type: none"> • ressecção da lesão: margem de 1cm • exame dermatológico e dos linfonodos: semestralmente (dois primeiros anos) e, a seguir, anualmente
II	<ul style="list-style-type: none"> • > 1 a 4mm • sem evidência clínica de metástase (linfonodo a distância) 	<ul style="list-style-type: none"> • ressecção da lesão: margem de 2cm • exame dermatológico e dos linfonodos: a cada dois meses (dois anos) e, a seguir, a cada seis meses • raio X de tórax e hepatograma: a cada seis meses (dois anos) e, a seguir, anualmente
III	<ul style="list-style-type: none"> • $> 4\text{mm}$ • sem evidência clínica de metástase (linfonodo a distância) 	<ul style="list-style-type: none"> • ressecção da lesão: margem de 2cm • exame dermatológico e dos linfonodos: a cada dois meses (dois anos) e, a seguir, a cada seis meses • raio X de tórax e hepatograma: a cada seis meses (dois anos) e, a seguir, anualmente
IV	<ul style="list-style-type: none"> • qualquer espessura • satelitose • metástase em trânsito. 	<ul style="list-style-type: none"> • exame clínico a cada quatro meses • raios X de tórax e hepatograma: a cada seis meses • exames de imagens direcionados à região onde houver recidiva a cada quatro meses • ressecção de metástases locorreionais e viscerais limitadas • quimioterapia individualizada
V	<ul style="list-style-type: none"> • qualquer espessura • doença cutânea extensa • metástase irresssecável para linfonodo regional • metástase visceral extensa 	<ul style="list-style-type: none"> • quimioterapia • radioterapia nas metástases cerebrais e ósseas (coluna) • radioterapia a ser considerada nas recidivas nodais localizadas

0,36mm; em todos os casos prevaleceu o maior Breslow.

As margens da biópsia excisional referidas são de 1 a 2mm² e 1 a 2cm,¹⁹ e, para melanoma *in situ*, 0,5cm a 1cm.²² Os autores optaram pelas maiores, uma vez que já atenderiam ao índice de Breslow (<1mm/1cm; > 1mm/2cm).

Nos casos em que houve dúvidas à palpação dos

linfonodos (palpável/impalpável), foi utilizada a tomografia, que não mostrou linfonodomegalia. O diagnóstico diferencial entre linfonodos reacionais e metastáticos é referido como possível pela USG, mesmo quando impalpáveis. São descritas as seguintes características de comprometimento metastático: linfonodos de aspecto globoso com superfície bosselada, ausência de hilo e hipocogenicidade em trama.²⁵

TABELA 2: Distribuição dos casos segundo faixa etária, sexo e cor

Faixa Etária	Branco		Não Branco		Total / %
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
20-29	1	–	–	–	1 1,5
30-39	4	5	1	–	10 15,4
40-49	4	10	1	–	15 23,1
50-59	3	3	2	2	10 15,4
60-69	10	6	1	–	17 26,2
70-79	2	3	1	3	9 13,8
80-89	2	1	–	–	3 4,6
Total / %	26 40	28 43,1	6 9,2	5 7,6	65 100

Fonte: HUCFF - UFRJ (1993-2003)

p = 0,47

TABELA 3: Distribuição dos casos segundo cor, sexo e tipo clínico

Tipo Clínico	Branco		Não Branco		Total / %
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Expansivo Superficial	19	20	2	-	41 - 63
Lentiginoso Acral	4	4	2	5	15 - 23
Nodular	3	4	1	-	8 - 12,3
Lentigo Maligno	-	-	1	-	1 - 1,5
Total / %	26 - 40	28 - 43,1	6 - 9,2	5 - 7,6	65 - 100

Fonte: HUCFF - UFRJ (1993-2003)

p = 0,0007

p = 0,45

Em um caso de melanoma acral, o paciente desenvolveu no primeiro mês de pós-operatório (amputação transmetatarsiana) linfonodomegalia elástica, pouco dolorosa, na cadeia inguinal satélite. Foi feita prova terapêutica com cefalexina (50mg/kg/dia/VO) durante 14 dias, considerando a possibilidade de infecção no coto. Houve involução dos linfonodos. O uso de antibióticoterapia como recurso na definição de adenomegalia metastática X inflamatória é uma prática em Oncologia, porém não citada para melanomas.

As indicações da técnica do linfonodo sentinela (LS) ampliaram-se, uma vez que, primeiramente, se limitavam à espessura de > 0,75mm, tumores não ulcerados das extremidades (1mm-2mm) em pacientes abaixo de 60 anos.²² Nos tumores de cabeça e pescoço há relatos de menor sucesso devido a maior complexidade, possibilidade de tatuagem permanente pelo corante e dificuldade de localização do LS; as limitações são determinadas no tronco pela ambigüidade da drenagem linfática. O Comitê de Melanoma do AJCC (2002) recomenda que todos os pacientes com linfonodos regionais clinicamente negativos sejam submetidos à pesquisa do LS, sendo definidos os índices de Breslow de 1mm e 4mm.²³ A definição de linfonodo clinicamente negativo é inerentemente difícil; a adenopatia inflamatória se apresenta com linfonodos aumentados de volume, dolorosos ou indolores, coalescentes ou não, simétricos. A adenopatia

neoplásica tem assimetria marcante, o que poderá existir também nas adenopatias inflamatórias, porém, de regra, essas se apresentam de menor volume. A coalescência é própria das inflamações crônicas e também de metastatização por contigüidade do processo neoplásico com invasão da cápsula ganglionar. A fistulização ocorre nas infecções agudas; a consistência da massa ganglionar tem valor propedêutico, porque, nos processos inflamatórios e infecciosos, os gânglios são duros quando a distensão da cápsula chega ao máximo, passando antes pelos estádios de mole e elástico. A consistência dura, às vezes até pétrea, logo de início, é própria dos processos neoplásicos.

Para o GBM, as indicações para a pesquisa do LS ficam sendo as seguintes:²⁶ Breslow \leq 0,76mm; Breslow < 0,76mm só nos casos em que esteja associado à ulceração e/ou regressão histológicas, Clark IV / V.

Em dois casos foi realizada a pesquisa de linfonodo sentinela.

Caso 47: mulher, 76 anos, branca, melanoma acral não ulcerado, ressecado com margem de 1cm, Breslow > 4mm, linfonodos regionais inguinais palpáveis. Como a USG e a TC abdominopélvicas não caracterizaram metástase, optou-se pela pesquisa do linfonodo sentinela. LS submetido à exérese, *imprint* negativo; células neoplásicas ausentes; margens ampliadas. *Follow-up* de dois anos.

Caso 60: mulher, 60 anos, branca, melanoma

TABELA 4: Distribuição dos casos segundo cor, sexo e localização

Localização	Branco		Não Branco		Total / %
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Tronco	8	13	2	-	23(35,3)
Membros	8	7	1	-	16(24,6)
Pé	4	4	2	5	15(23)
Cabeça	6	4	1	-	11(16,9)
Total / %	26 (40)	28 (43,1)	6 (9,2)	5 (7,6)	65 (100)

Fonte: HUCFF - UFRJ (1993-2003)

p = 0,0006

p = 0,67

TABELA 5: Distribuição dos casos segundo tipos clínicos e histológicos

Tipos Clínicos	Nº de casos	Tipos histológicos / Nº de casos									
		MES	<i>in situ</i>	MN	MNU	MLA	MLM	amelanótico	NM	desmoplásico	Não classificados
Expansivo superficial	41	19	14	-	-	-	-	-	1	1	6
Lentiginoso acral	15	1	-	3	4	2	-	1	-	-	4
Nodular	8	-	-	7	1	-	-	-	-	-	-
Lentigo maligno	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Totais / %	65	20 30,7	14 21,5	10 15,3	5 7,6	2 3%	1 1,5	1 1,5	1 1,5	1 1,5	10 15,3

Fonte: HUCFF - UFRJ (1993-2003).

Convenção:

MES - melanoma expansivo superficial

MN - melanoma nodular

MNU - melanoma nodular ulcerado

MLA - melanoma lentiginoso acral

MLM - melanoma lentigo maligno

NM - nevo melanocítico

nodular no abdômen, ressecado com margem de 1cm, Breslow de 2,3mm, linfonodos axilares e inguinais impalpáveis. Linfonodos sentinelas axilares (um à direita e dois à esquerda) negativos. Margens ampliadas. Em acompanhamento ambulatorial.

A rotina ambulatorial evita exames desnecessários e leva em conta os custos hospitalares; é recomendado (AJCC, 2002) que duas dosagens da desidrogenase láctica (LDH) sejam feitas com intervalo de 24 horas.

O perfil da amostra estudada - predomínio na faixa etária de 40 a 69 anos, da cor branca - está de acordo com a literatura brasileira a respeito (Tabela 1). Diversamente, no entanto, na casuística dos autores, a distribuição entre os sexos foi homogênea, predominando a localização em tronco (Tabelas 2, 3 e 4). O achado de maior frequência do tipo lentiginoso acral localizado no pé em não brancos está estabelecido (Tabelas 1, 3 e 4).

Na casuística brasileira, os tipos histológicos descritos como predominantes são nodular (Tabela 1) e expansivo superficial (Tabela 1). É também assinalado que a classificação do tumor, várias vezes, só foi possível avaliando também as características clínicas;⁷ maior frequência do tipo expansivo superficial na clínica privada e predominância do tipo nodular nos pacientes assistenciais são referidas pelos mesmos autores.⁷ No presente estudo, predominou o tipo clínico-histológico MES (Tabelas 2, 3 e 4).

Em oito casos houve relato de nevos melanocíticos desde a infância precedendo a lesão maligna. Não foi possível avaliar se eram congênitos ou adquiridos. Os tipos histológicos foram definidos como

nodular (dois), expansivo superficial (três), desmoplásico (um), restos de nevo melanocítico (um), não classificado (um). A literatura refere percentual de transformação que variou de um a 20%.²⁷

O caso 52 foi classificado histopatologicamente como desmoplásico, isto é, composto por grupos de células anaplásicas e alongadas, circundadas por abundante colágeno de aspecto hialinizado e que frequentemente apresenta núcleos bizarros e multinucleação, desprovidos de pigmento e sem expressão do antígeno HMB-45. O melanoma desmoplásico é descrito como forma agressiva, exclusiva de idosos, nas áreas expostas e em associação com lentigo maligno; raro em negros, alta taxa de recidiva local, risco significativo de metástases e mortalidade elevada.¹¹ O paciente, de sexo masculino, branco, 36 anos, referiu lesão névica prévia.

Nesta casuística, em 10 casos (15,3%), o diagnóstico histológico ficou indefinido. Em casuísticas publicadas, 4,4%,²⁸ 5%²⁹ e 10%³⁰ dos casos não foram classificados. A superposição de características dos diferentes subtipos dificulta a classificação.

A versão final do AJCC 2002²¹ só inclui o tipo histológico ulcerado no estadiamento do melanoma cutâneo. A presença ou ausência de ulceração é o único fator prognóstico independente do melanoma primário nos estádios I, II e III (Quadro 1). O termo ulceração é descritivo para um evento biológico que se manifesta por ausência de epiderme sobre o tumor. Tal situação pode ser distinguida de eventos artefatuais e traumáticos que levam à ausência parcial de epiderme. Nesta casuística foram encontrados cinco tumores ulcerados (7,6%) (Tabela 5).

TABELA 6: Distribuição dos casos segundo estadiamento AJCC2002

Estádio	Follow-up									Alta	Totais / %		
	6m-1 ano			> 1a-<5a			5a-10a						
	nº de casos Doença			nº de casos Doença			nº de casos Doença						
Com	Sem	Óbito	Com	Sem	Óbito	Com	Sem	Óbito					
Tx	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1,5
<i>in situ</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-	14	21,5
IA	-	3	-	-	7	-	-	12	-	-	-	22	33,8
IB	-	2	-	-	4	-	-	2	-	-	-	8	12,3
IIA	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	4	6,1
IIB	-	3	-	-	1	-	1	-	-	-	-	5	7,6
IIC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IIIA	1	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	4	6,1
IIIB	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	3
IIIC	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,5
IV	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	4	6,1
Totais / %	5	10	1	1	14	1	1	18	-	14	65	100	
	7,6	15,3	1,5	1,5	21,5	1,5	1,5	27,6		21,5			

Fonte: HUCFF - UFRJ (1993-2003).

Convenção:

a: ano

m: mês

>: maior

<: menor

- : nenhum caso

Em algumas circunstâncias, a avaliação do índice de Breslow está parcialmente prejudicada ou se torna menos precisa: infiltrado inflamatório acentuado, ulceração central sobre a área mais espessa, tumor sobre área provável de nevo melanocítico com difícil distinção entre as células benignas e malignas. No caso 37 - do sexo feminino, branca, 75 anos, tipo nodular no dorso, *follow-up* de três anos sem doença - isso ocorreu. O AJCC 2002 não define conduta nos melanomas categorizados como Tx (indeterminado). Optou-se por acompanhamento ambulatorial a cada dois meses (pele e linfonodos) e Rx de tórax/provas de função hepática a cada seis meses (Quadro 1).

Mais da metade dos casos (36/55,3%) foram estadiados nas fases iniciais (*in situ*, IA), apontando para o diagnóstico mais precoce (Quadro 1 e Tabela 6). A taxa de sobrevida global em cinco anos no momento da análise dos dados é de 29,1% (19 casos) (Tabela 6).

A recorrência local definida como recidiva do tumor no raio (três a 5cm) a partir do fechamento primário ou enxerto é considerada rara (3,2%). A ulceração e a espessura do tumor primário, e a localização na cabeça e no pescoço são consideradas fatores predisponentes. No caso 8, foi observada, três anos após ressecção do tumor primário localizado em couro cabeludo, com espessura de 0,22mm sem ulceração

histopatológica. A exérese da nova lesão teve diagnóstico histopatológico de melanoma *in situ*.

CONCLUSÕES

Na amostra de 65 casos de melanoma cutâneo foram observados: predomínio na faixa etária de 40 a 69 anos; distribuição homogênea entre os sexos; predomínio de brancos; melanoma expansivo superficial como tipo clínico-histológico predominante; localização mais freqüente no tronco; e relação de significância estatística entre tipo lentiginoso acral localizado no pé em não brancos. Mais da metade dos casos se apresentaram nos estádios iniciais da doença (*in situ* e IA). □

AGRADECIMENTOS

Às professoras Cleide Eiko Ishida e Monica Manela-Azulay, e Dra. Luciana Souto (Cirurgia Dermatológica); ao professor Irocy G. Knackfuss (Ortopedia) e Rosângela A. M. Noe (Comissão de Investigação Científica, HUCFF - UFRJ).

REFERÊNCIAS

1. Friedman RJ, Heilman ER, Gottlieb GJ, Waldo ED, Rigel DS. Malignant melanoma: clínico pathologic correlations. In: Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Harris MN, Backer D, editors. Cancer of the skin. Philadelphia: WB Saunders; 1991. p.125-41.
2. Almeida FA, Almeida GOO, Michalany NS. Melanoma cutâneo. Aspectos clínicos. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S, editores. Câncer de pele. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p.226-32.
3. Fernandes NC, Cardoso ICL, Maceira J, Perez M. Melanoma: estudo retrospectivo de 47 casos. An Bras Dermatol. 1996; 71:381-5.
4. Levit EK, Kagen MH, Scher R, Grossman M, Altman E. The ABC rule for clinical detection of subungual melanoma. J Am Acad Dermatol. 2000; 42:269-74.
5. Harris MN, Roses DF. Malignant melanoma: treatment. In: Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Harris MN, Baker D, editors. Cancer of the skin. Philadelphia: WB Saunders; 1991. p.177-197.
6. Pinheiro AMC, Cabral ALSV, Friedman H, Rodrigues HA. Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999. An Bras Dermatol. 2003; 78:179-86.
7. Maia M, Russo C, Ferrari N, Ribeiro MCS de A, Santos ABOS. Reflexões em relação à epidemiologia do melanoma cutâneo no Brasil. An Bras Dermatol. 2002; 77:163-70.
8. Lapa MS, Guedes KF, Schalch FO, Landman G. Melanomas malignos cutâneos tratados no Hospital do Câncer de São Paulo. Estudo retrospectivo para avaliação de distribuição, fatores prognósticos e sobrevida. An Bras Dermatol. 2002; 77:313-20.
9. Bakos L, Wagner M, Bakos RM, Leite CS, Sperhake CL, Dzekaniak KS, et al. Sunburn, sunscreens and pheno types: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. Int J Dermatol. 2002; 41:557-62.
10. Gon AS, Minelli L, Guembarovski. Melanoma cutâneo primário em Londrina. An Bras Dermatol. 2001;76:413-26.
11. Criado PR, Vasconcelos C, Sittart JAS, Valente NYS, Moura BPS, Barbosa GL. Melanoma maligno cutâneo primário: estudo retrospectivo de 1963 a 1997 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 1999; 45:157-62.
12. Ponzio HA. Frequência de melanoma maligno no Serviço de Dermatologia da I SCMPA/UFRGS. An Bras Dermatol. 1998; 73(Supl 1):6-11.
13. Donato CA, Yokomizo V, Peres Rosa I. Melanoma maligno: avaliação de 58 casos em um período de 11 anos (jan/85 - dez/95). Med Cut Iber Lat Am. 1997; 25:265-9.
14. Castro LGM, Toyama CL, Gomes AP, Freire MA, Britto TF. Câncer de pele em clínica particular em São Paulo-SP. An Bras Dermatol. 1996; 76:471-6.
15. Bakos L. Melanomas malignos e etnia. An Bras Dermatol. 1991; 66:299-302.
16. Dick OW, Santos MLR, Santos FAR, Frischenbruder JA, Costa PG, Rocha VHB. Melanoma maligno: idade X estadiamento clínico: estudo retrospectivo de 161 casos. An Bras Dermatol. 1989; 64:151-3.
17. Minelli L, Pereira VL. Melanoma - estudo casuístico do Instituto de Câncer de Londrina. An Bras Dermatol. 1983; 58:81-4.
18. da Silva CSC, Fernandes NC. Tumores cutâneos. In: Franco T, editor. Princípios de cirurgia plástica. São Paulo: Atheneu; 2002. p.185-96.
19. Rezende JFN, Fiod NJ. Tratamento cirúrgico das lesões de grande porte. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S, editores. Câncer de pele. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p.556-72.
20. Fernandes NC. Rotinas da enfermagem de dermatologia. São Paulo: Atheneu; 2001. p.33-6.
21. Fernandes NC, Lemme RC, Maceira JP. Protocolo do melanoma cutâneo. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S, editores. Câncer de pele. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p.268-71.
22. Lotze MT, Dallal RM, Kirkwood JM, Flickinger JC. Cutaneous melanoma. In: De Vita Jr VT, Hellman S, Rosenberg AS, editors. Cancer: principles and practice of oncology. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2001. p.2012-69.
23. Balch CM, Buzaid AC, Svong SJ, Atkins MB, Coit DG, Fleming ID. Final version of the American Joint Committee on Cancer Staging System for Cutaneous Melanoma. J Clin Oncol. 2001; 19:3635-48.
24. Clark WH, From L, Bernardino EA, Mihm MC. The histogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanomas of the skin. Cancer Res. 1969; 29:705-26.
25. Tovo LFR, Cerri GG. Diagnóstico por imagem em oncologia cutânea. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S, editores. Câncer de pele. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p.466-74.
26. Neves RJ, Belfort FA, Brandão M, da Silva DCP, Jorge D, Parro F. Relatório final do Consenso Nacional sobre Linfonodo Sentinela (LNS) do Grupo Brasileiro de Melanoma. Acta Oncol Bras. 2003; 23:499-503.
27. Management of congenital melanocytic nevi: a decade later. Pediatr Dermatol 1996; 13:312-40.
28. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Thirion X, Wolkenstein P. Melanoma and tumor thickness. Challenges of early diagnosis. Arch Dermatol. 1999; 135:269-74.
29. Piñeiro-Maceira J. Diagnóstico histopatológico e indicadores prognósticos do melanoma. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S, editores. Câncer de pele. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p.260-7.
30. Sanderson KV, Mackie R. Tumours of the skin. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, editors. Textbook of dermatology. London: Blackwell; 1982. p.2129-31.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: / MAILING ADDRESS:

Nurimar C. Fernandes

Rua Alexandre de Gusmão, 28 / 201

20520-120 Rio de Janeiro RJ

Tel/Fax: (21) 2568-4158 * 51

E-mail: nurimarfernandes@aol.com