

Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999*

*Cutaneous Melanoma: clinical, epidemiological and histopathological characteristics at the University Hospital of Brasília between January 1994 and April 1999**

Ana Maria Costa Pinheiro¹
Andrea Leão Santos Veiga Cabral³

Horácio Friedman²
Helbert Abe Rodrigues⁴

Resumo: FUNDAMENTOS: A incidência do melanoma cutâneo tem aumentado cerca de 4 a 6% anualmente. Esse tumor ocorre preferencialmente no sexo feminino, entre 30 e 79 anos de idade e predominantemente em indivíduos de cor branca. A forma anatomopatológica mais freqüente é a extensivo-superficial, e sua localização varia com o sexo.

OBJETIVOS: O objetivo deste estudo foi avaliar as características clínicas, epidemiológicas e histológicas do melanoma cutâneo primário, no Hospital Universitário de Brasília, em um período de cinco anos.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi realizado estudo de revisão dos prontuários dos casos de melanoma cutâneo primário, do Hospital Universitário de Brasília, diagnosticados e tratados entre janeiro de 1994 e abril de 1999, totalizando 32 casos. Os pacientes foram analisados, caracterizando-se a distribuição do tumor por sexo, idade, cor da pele, topografia, sintomatologia, tipo de crescimento, nível de Clark, índice de Breslow e presença de metástases. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística simples e pelo teste do qui-quadrado (χ^2).

RESULTADOS: Neste estudo há predomínio das lesões localizadas nos membros, correspondendo a 16 pacientes (50%). Em nove pacientes (45%) a forma primária era do tipo nodular, e 17 pacientes (58,6%) não apresentavam queixas. Pela correlação entre a presença ou não de metástases e o nível de Clark observou-se que os pacientes com nível de invasão até o subcutâneo (Clark V) apresentaram risco relativo de 2,94 (1,24 < IC < 6,99).

CONCLUSÃO: O perfil clínico, epidemiológico e histológico do paciente portador de melanoma cutâneo primário do Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999 corresponde ao indivíduo do sexo feminino, idoso (de 61 a 80 anos), cor da pele branca, cuja lesão predomina nos membros, sendo mais freqüente o tipo de crescimento nodular e que não apresenta sintomas à época do diagnóstico. **Palavras-chave - epidemiologia; melanoma.**

Summary: BACKGROUND: The incidence of cutaneous melanoma has increased at a rate of approximately 4 to 6% annually. This neoplasm occurs preferably in the female gender, between 30 and 79 years old and among Caucasian persons. The most common histopathological form is the extensive superficial one, and its location varies according to gender.

OBJECTIVES: The objective of this study was to evaluate the clinical, epidemiological and histopathological characteristics of primary cutaneous melanoma, at the University Hospital of Brasília, during a period of five years.

MATERIAL AND METHODS: A review was conducted of the data registry concerning primary cutaneous melanoma cases, in the University Hospital of Brasília, diagnosed and treated between January 1994 and April 1999, with a total of 32 cases. The patients were analyzed, characterizing the tumor distribution according to gender, age, skin color, topography, symptomatology, histopathological type, Clark level, Breslow index and presence of metastasis. Data was analyzed by simple statistics and by Chi-square (χ^2).

RESULTS: A predominance was observed of lesions in the limbs, corresponding to sixteen patients (50.0%). There was the primary nodular form in nine (45%) patients, and seventeen (58.6%) patients did not have any complaint. According to the presence or absence of metastasis and Clark level, it was found that the patients with a level of invasion up to the subcutaneous layer (Clark V) presented a relative risk of 2.94 (1.24 < CI < 6.99).

CONCLUSIONS: The clinical, epidemiological and histopathological profile of the patients with primary cutaneous melanoma at the University Hospital of Brasília, between January 1994 and April 1999, comprised of elderly females (from 61 to 80 years old), Caucasians, whose tumor was located predominantly in the limbs, the nodular type was the most frequent, and the patients did not present symptoms at the time of diagnosis. **Key words: epidemiology; melanoma.**

Recebido em 12.04.2001. / Received in April, 12th of 2001.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 29.03.2002. / Approved by the Consultive Council and accepted for publication in March, 29th of 2002.

* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Brasília - Universidade de Brasília (UnB) / Work done at Dermatology Service of the "Hospital Universitário de Brasília - Universidade de Brasília (UnB)".

¹ Professora assistente de dermatologia da Universidade de Brasília (UnB) / Assistant Professor of Dermatology of "Universidade de Brasília (UnB)".

² Professor titular de patologia Universidade de Brasília (UnB) / Titular Professor of Pathology of "Universidade de Brasília (UnB)".

³ Residente de dermatologia Universidade de Brasília (UnB) / Resident of Dermatology of "Universidade de Brasília (UnB)".

⁴ Residente de clínica médica da Universidade de Brasília (UnB) / Medical resident in clinical medicine of "Universidade de Brasília (UnB)".

INTRODUÇÃO

Nos Estados Unidos da América a incidência do melanoma tem aumentado cerca de 4 a 6% anualmente.¹ Entre 1973 e 1994 a incidência aumentou 154,4% para os homens e 90,2% para as mulheres. Apesar das estatísticas alarmantes, a velocidade de progressão da doença vem reduzindo-se, principalmente entre as mulheres. Entre 1973 e 1977 esse aumento foi de 26% para os homens e 22% para as mulheres. E entre 1990 e 1994, de 6,8% para os homens e 1,3% para as mulheres.²

A progressão da mortalidade nos pacientes americanos também vem diminuindo. Entre 1973 e 1977 a taxa de mortalidade aumentou 11% para os homens e 14% para as mulheres. E entre 1990 e 1994, 1,4% para os homens, não ocorrendo mudança entre as mulheres.²

Em países desenvolvidos o melanoma cutâneo ocorre preferencialmente no sexo feminino entre os 30 e os 79 anos de idade, localizando-se o maior pico dos 60 aos 69 anos, e predominantemente em indivíduos de cor branca.¹ A forma anatomopatológica mais freqüente é a extensivo-superficial, de 39,35 a 90,4%,⁶ seguida pela forma nodular, de 2,3⁶ a 15,4%.⁵ Sua localização varia de acordo com o sexo; nas mulheres ocorre preferencialmente nos membros inferiores (de 30,4⁷ a 34%⁸); nos homens, no tronco (de 49,6⁸ a 55,6%⁷).

No Brasil as informações epidemiológicas sobre a doença são limitadas, tanto em âmbito regional como no nível nacional. A maior série temporal estudada acompanhou 222 pacientes por 34 anos, e os resultados encontrados são muito semelhantes aos dos países do Primeiro Mundo aqui descritos.⁹

Além dos parâmetros epidemiológicos, o melanoma possui outros fatores prognósticos, tais como:

a) índice de Breslow (estadiamento vertical): esse índice, que representa a espessura tumoral, é considerado na atualidade o melhor atributo preditivo isolado para o acompanhamento clínico do paciente. É reconhecido como a medida "padrão ouro" para a estratificação dos pacientes de acordo com o risco de desenvolver metástases. Pacientes com lesões de espessura < 0,75mm possuem prognóstico excelente, ao contrário daqueles com lesões de espessura > 3mm.¹⁰ É classificado em: Tis (*in situ*), TI (até 0,75mm), TII (de 0,75 até 1,5mm), TIII (de 1,5 até 3mm), TIV (de 3 até 4mm) e TV (acima de 4mm).¹¹

b) índice de invasão de Clark (nível de invasão): o nível de Clark é dividido em: estágio I, lesões intra-epidérmicas e epitélio anexial; estágio II, invasão até a derme papilar; estágio III, preenche toda a derme reticular, sem a invadir; estágio IV, invasão da derme reticular; estágio V, invasão da hipoderme.¹²

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar as características clínicas, epidemiológicas e histológicas do melanoma cutâneo primário, no Hospital Universitário de Brasília, em período de cinco anos.

INTRODUCTION

In the United States of America the incidence of melanoma has been increasing by about 4 to 6% annually.¹ Between 1973 and 1994, the incidence increased 154.4% among men and 90.2% for women. Despite the alarming statistics, the rate of progression of the disease is reducing, mainly among women. In that, between 1973 and 1977 the increase was 26% and 22% for men and women, respectively. While from 1990 to 1994, the rate was 6.8% for men and 1.3% for women.²

The progression in the mortality rate among American patients has also decreased when the two periods are compared. Between 1973 and 1977 the mortality rate increased 11% and 14% for men and women, respectively, while between 1990 and 1994, the increase was only 1.4% for men and there was no change among women.²

In developed countries cutaneous melanoma occurs preferentially in the female sex between 30 and 79 years of age, with the greatest peak from 60 to 69 years and predominantly among caucasians.¹ The most frequent anatomical form is the extensive-superficial, accounting for 39.35 to 90.4% of cases,⁶ followed by the nodular form, from 2.3⁶ to 15.4%.⁵ Its location varies according to sex; in women it occurs preferentially in the inferior members (from 30.4⁷ to 34%⁸); and in the trunk of men (from 49.6⁸ to 55.6%⁷).

In Brazil, epidemiological information regarding the disease is limited at both regional and national level. The largest follow-up studied 222 patients for 34 years and the findings were very similar to those of the First World countries described in this paper.⁹

Besides the epidemiological parameters, melanoma has other prognostic factors, such as:

a) Breslow's thickness (vertical staging): this index, which represents the tumor thickness, is considered the best isolated predictive parameter to date for the patient's clinical attendance. It is recognized as the "gold standard" measure for classifying patients at risk of developing metastases. Patients with lesion thickness <0.75mm have an excellent prognosis, unlike those with lesion thickness >3mm.¹⁰ The thickness is classified into: Tis (in situ), TI (up to 0.75mm), TII (from 0.75 to 1.5mm), TIII (1.5 to 3mm), TIV (3 to 4mm) and TV (over 4mm).¹¹

b) Clark's level (degree of invasion): Clark's level is divided into: level I, intraepidermal and epithelium adnexal lesions; level II, invasion up to the papillary dermis; level III, fills the entire reticular dermis, though without invading it; level IV, invasion of the reticular dermis; and level V, invasion of the hypodermis.¹²

OBJECTIVE

The objective of this study was to evaluate the clinical, epidemiological and histological characteristics of primary cutaneous melanoma, at the University Hospital of Brasília, over a period of five years.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo de revisão dos prontuários dos casos de melanoma cutâneo primário, do Hospital Universitário de Brasília, diagnosticados e tratados entre janeiro de 1994 e abril de 1999, totalizando 32 casos.

Os 32 casos de melanoma cutâneo primário foram analisados, caracterizando-se sua distribuição por sexo, idade, cor da pele, topografia das lesões, sintomatologia, tipo de crescimento, nível de Clark, índice de Breslow e presença de metástases.

A análise dos dados foi realizada mediante estatística simples e pelo teste do qui-quadrado (χ^2), a partir do qual determinaram-se o risco relativo (RR) e o intervalo de confiança (ic).

RESULTADOS

Dos 32 pacientes analisados, 14 (43,75%) estavam na faixa etária entre 61 e 80 anos, e 11 (34,4%) encontravam-se na faixa entre 41 e 60 anos (Gráfico 1).

Em relação ao sexo, 25 pacientes (78%) são do sexo feminino e sete (22%) pertencem ao masculino (Gráfico 1).

Quanto à cor da pele, 28 pacientes (87,5%) são brancos, e os quatro restantes, pardos e negros, representam 12,5% (Gráfico 1).

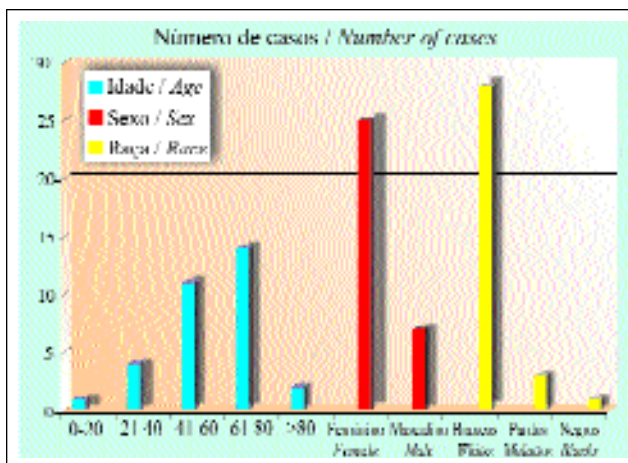
Na distribuição dos pacientes quanto à topografia das lesões, considerou-se o sítio primário do tumor. As lesões cutâneas foram agrupadas no segmento cefálico (tumores na cabeça e no pescoço), tronco e membros. Nesse estudo, há predomínio das lesões localizadas nos membros, correspondendo a 16 pacientes (50%), enquanto as lesões localizadas na região cefálica e no tronco corresponderam a 10 (31,5%) e seis (18,75%), respectivamente (Tabela 1).

Quanto ao tipo de crescimento do tumor, em nove pacientes (45%) a forma primária era do tipo nodular, em sete (35%), do tipo lentigo maligno, em dois (10%), do tipo lentiginoso acral, e nos últimos dois (10%), do tipo extensivo-superficial. Doze prontuários (37,5%) não apresentavam registro (Tabela 1).

Em relação à sintomatologia no local da lesão, 17 pacientes (58,6%) não apresentavam queixas, cinco (17,2%) queixavam-se de dor, quatro (13,7%), de sangramento, e três (10,3%), de prurido. Três prontuários (0,96%) não apresentavam registro (Tabela 1).

Ao exame histopatológico, predominaram as lesões

Gráfico 1: Distribuição dos pacientes com melanoma cutâneo diagnosticados no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Brasília entre jan/94 e abr/99 quanto a sexo, raça e faixa etária



Graphic 1: Distribution of the patients with cutaneous melanoma diagnosed at the Dermatology Ambulatory of the University Hospital of Brasilia, between Jan/94 and Apr/99, according to sex, race and age group

METHODOLOGY

A retrospective study was performed of the records of patients with primary cutaneous melanoma at the University Hospital of Brasília, diagnosed and treated between January 1994 and April 1999, totaling 32 cases.

The 32 cases of primary cutaneous melanoma were analyzed and their distribution characterized according to sex, age, skin type, topography of the lesions, symptomatology, growth type, Clark's level, Breslow's thickness and presence of metastasis.

Data analysis was performed by simple statistics and chi-square test (χ^2), based on which the relative risk (RR) and confidence interval (CI) were determined.

RESULTS

Of the 32 patients analyzed, 14 (43.75%) were in the 61 to 80-year-old age group, and 11 (34.4%) were between 41 and 60 years of age (Graphic 1).

In relation to sex, 25 patients (78%) were female and seven (22%) male (Graphic 1).

In terms of skin color, 28 patients (87.5%) were Caucasian and the remaining four were either mixed or black race (12.5%) (Graphic 1).

In the distribution of patients according to topography of the lesions, the primary site of the tumor was considered. The cutaneous lesions were grouped into the cephalic segment (tumors in the head and neck), trunk and members. In this study, there was a prevalence of lesions located in the members, corresponding to 16 patients (50%), while lesions located in the cephalic region and trunk corresponded to 10 (31.5%) and six patients (18.75%), respectively (Table 1).

As for the type of tumor growth, in nine patients (45%) the primary form was the nodular type; seven (35%) were of the malignant lentiginous type; two (10%) were acral lentiginous; and the remaining two (10%) were extensive-superficial type. The type was not registered in 12 patient records (37.5%) (Table 1).

In relation to symptomatology at the site of the lesion: 17 patients (58.6%) presented no complaints; five (17.2%) complained of pain; four (13.7%) bleeding; and three (10.3%) pruritus. Three records (0.96%) did not register this aspect (Table 1).

do nível V de Clark, correspondendo a 10 casos (32,25%), seguidas pelas de nível II de Clark, com sete casos (22,5%), Clark IV, com seis casos (19,35%), Clark III, com quatro casos (12,9%), e Clark I, com quatro casos (12,9%) (Tabela 1).

Segundo a espessura do tumor (índice de Breslow), predominaram as lesões com menos de 0,75mm, com 11 casos (42,3%), seguidas pelas lesões com mais de 3mm, com oito casos (30,7%) (Tabela 1).

A correlação da espessura do tumor (índice de Breslow) com a presença de metástases apresentou risco relativo de 1,8 (0,65 < ic < 4,98) para as lesões com mais de 3mm (Gráfico 2).

Em relação ao tamanho, os melanomas foram divididos em: até 1cm; de 1,1 a 2cm; de 2,1 a 3cm; e com mais de 3cm. Os tumores com mais de 3cm apresentaram risco relativo de 1,29 (0,52 < ic < 3,17) para o desenvolvimento de metástase (Gráfico 3).

Comparando-se a localização primária do melanoma com a presença de metástases, observa-se que as lesões localizadas nos membros tiveram risco relativo de 1,8 (0,77 < ic < 4,19) (Gráfico 4).

Pela correlação entre a presença ou não de metástases e o nível de Clark, observou-se que os pacientes com nível de invasão até o subcutâneo (Clark V) apresentaram risco relativo de 2,94 (1,24 < ic < 6,99) (Gráfico 5).

DISCUSSÃO

A maioria dos estudos aponta discreto predomínio da doença na mulher.⁴ No entanto, outras publicações apontam predomínio masculino, como o encontrado em um estudo

Tabela 1: Distribuição dos pacientes com melanoma cutâneo quanto a topografia das lesões, tipo histológico do tumor, sintomatologia na época do diagnóstico, nível de Clark e índice de Breslow
Table 1: Distribution of the patients with cutaneous melanoma, according to topography of the lesions, histological type of the tumor, symptomatology at the time of diagnosis, Clark's level and Breslow's thickness

Características <i>Characteristics</i>	Número <i>Number</i>	(%)
Topografia das lesões / Topography of lesions		
Cabeça e pescoço / <i>Head and neck</i>	10	31.25
Tronco / <i>Trunk</i>	6	18.75
Membros / <i>Members</i>	16	50
Tipo histológico / Histological type*		
Nodular / <i>Nodular</i>	9	45
Lentigo maligno / <i>Malignant lentiginous</i>	7	35
Lentiginoso acral / <i>Acral lentiginous</i>	2	10
Extensivo-superficial / <i>Extensive-superficial</i>	2	10
Sintomatologia / Symptomatology **		
Sem queixas / <i>No complaints</i>	17	58.6
Dor / <i>Pain</i>	5	17.2
Sangramento / <i>Bleeding</i>	4	13.7
Prurido / <i>Pruritus</i>	3	10.3
Nível de Clark / Clark's level ***		
I	4	12.9
II	7	22.5
III	4	12.9
IV	6	19.35
V	10	32.25
Índice de Breslow / Breslow's thickness ****		
< 0.7mm	11	42.3
0.76-1,49mm	3	11.5
1.5-3	4	15.3
> 3	8	30.7

* 12 prontuários não apresentavam registro. / *Twelve records did not show any register.*
 ** três prontuários não apresentavam registro. / *Three records did not show any register.*
 *** um prontuário não apresentava registro. / *One record did not show any register.*
 **** seis prontuários não apresentavam registro. / *Six records did not show any register.*

Histopathological exam showed a prevalence of Clark's level V lesions, corresponding to 10 cases (32.25%); followed by Clark's level II, with seven cases (22.5%); level IV, with six cases (19.35%); level III, four cases (12.9%); and level I four cases (12.9%) (Table 1).

Regarding the thickness of the tumor (Breslow's thickness), lesions of less than 0.75mm prevailed, with 11 cases (42.3%), followed by lesions of over 3mm, with eight cases (30.7%) (Table 1).

Correlation of the thickness of the tumor (Breslow's thickness) with the presence of metastasis showed a relative risk of 1.8 (0.65 < CI < 4.98) for those lesions with more than 3mm (Graphic 2).

In relation to size, the melanomas were divided into: up to 1cm; from 1.1 to 2cm; from 2.1 to 3cm; and over 3cm. The tumors with more than 3cm presented a relative risk of 1.29 (0.52 < CI < 3.17) for the development of metastasis (Graphic 3).

On comparing the primary location of the melanoma with the presence of metastasis, it was observed that the lesions located in the members had a relative risk of 1.8 (0.77 < CI < 4.19) (Graphic 4).

For the correlation between the presence or absence of metastasis and Clark's level, it was observed that those patients with invasion level up to the subcutaneous layer (Clark V) presented a relative risk of 2.94 (1.24 < CI < 6.99) (Graphic 5).

DISCUSSION

Most studies have indicated a discreet female.⁴ However, some publications describe a male prevalence,

Gráfico 2: Correlação de presença ou ausência de metástase e índice de Breslow em pacientes com melanoma cutâneo diagnosticados no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Brasília no período compreendido entre jan/94 e abr/99 / *Graphic 2: Correlation between the presence or absence of metastasis and Breslow's thickness in patients with cutaneous melanoma diagnosed at the University Hospital of Brasília, from Jan/94 to Apr/99*

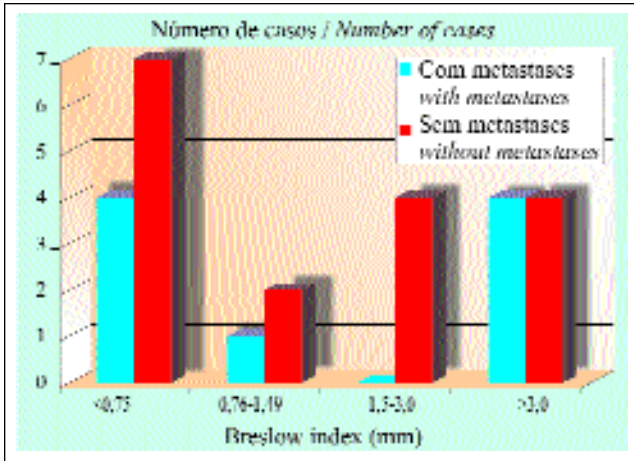
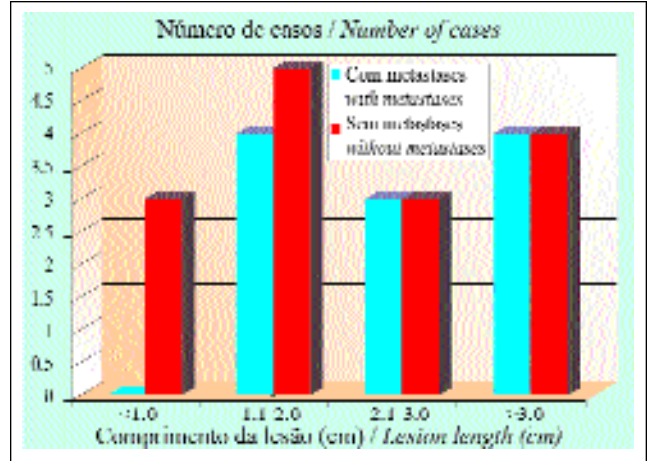


Gráfico 3: Correlação de presença ou ausência de metástase e comprimento da lesão dos pacientes com melanoma cutâneo diagnosticados no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Brasília no período compreendido entre jan/94 e abr/99 / *Graphic 3: Correlation between the presence or absence of metastasis and the lesion length of patients with cutaneous melanoma diagnosed at the Dermatology Ambulatory of the University Hospital of Brasília, from Jan/94 to Apr/99*



realizado nos Estados Unidos da América em 1994, cuja relação entre os sexos foi de 1,2:1 em favor dos homens,¹ e em um estudo realizado no Rio Grande do Sul (Brasil) com predomínio masculino de 58%.¹³ Aparentemente, em locais com exposição intensa ao sol, como em Queensland (Austrália), a diferença em favor do sexo feminino desaparece, ficando a relação em cerca de 1:1.¹⁴ Neste estudo, assim como na maioria dos artigos publicados, houve o predomínio de mulheres, com a relação entre os sexos de 4:1.

A faixa etária mais acometida no presente trabalho foi a dos 61 aos 80 anos. Esse dado é semelhante à estatística americana, em que o predomínio ocorreu entre os 30 e os 79 anos de idade, com pico entre os 60 e os 69 anos.¹ Em outro estudo brasileiro a faixa etária de 50 a 70 anos correspondeu a 46,94% dos casos.⁹

O melanoma foi mais freqüente entre os indivíduos de cor da pele branca, compatível com a literatura vigente, sendo atualmente considerada marcador de risco para câncer da pele.¹

A região topográfica mais acometida foi a dos membros, provável consequência do predomínio do sexo feminino. Essa é a localização mais comum nas mulheres segundo a literatura, correspondendo à variação de 47,4⁷ a 58,1%⁵ dos casos.

O tipo de crescimento do tumor mais encontrado foi o nodular, com 45%, seguido pelo lentigo maligno, com 35%. Esse dado difere da maioria que consta dos artigos publicados, em que a forma mais freqüente é o melanoma extensivo seguido pela forma nodular.^{5,6} É semelhante, no entanto, ao encontrado no Rio Grande do Sul (Brasil), onde o tipo nodular correspondeu a 49% dos casos analisados entre 1986 e 1995.¹³

Mediante a análise estatística pelo teste qui-quadrado, verificou-se que, nos tumores com índice de Breslow até

such as that conducted in the United States of America in 1994, in which the relationship between sexes was 1.2:1 for men and women, respectively,¹ and in a study done in Rio Grande do Sul (Brazil) there was a male prevalence of 58%.¹³ Apparently, in regions with intense solar exposure, such as in Queensland (Australia), the female bias disappears, leaving a ratio close to 1:1.¹⁴ In this study, as well as in most published articles, there was a female prevalence with a ratio of 4:1.

The age group most affected in the present work was 61 to 80 years old. This Graphic is similar to the American statistics, in that the prevalence occurred between 30 and 79 years of age, with a peak between 60 and 69 years old.¹ In another Brazilian study, the 50 to 70-year-old age group corresponded to 46.94% of cases.⁹

Melanoma was most frequent among white-skinned individuals, corroborating recent literature and this type of skin is now considered to be a risk marker for skin cancer.¹

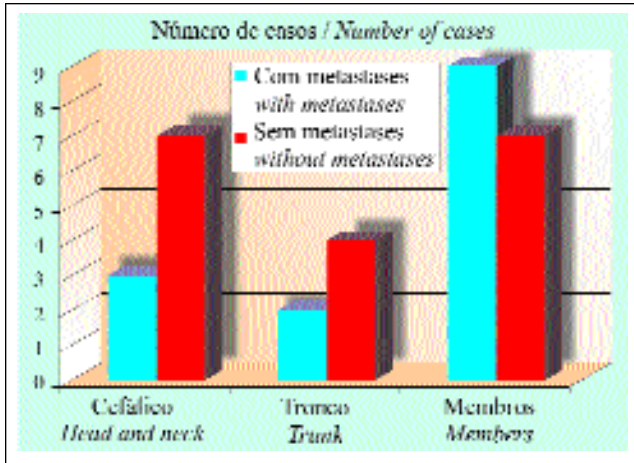
The topographical area most involved was the members, probably as a consequence of the female prevalence. This being the most common location in women according to the literature, corresponding to a variation of 47.4⁷ to 58.1%⁵ of the cases.

The type of tumor growth found most frequently was nodular (45%), followed by malignant lentiginous (35%). This differs from the majority of articles published, in which the most frequent form is extensive melanoma followed by the nodular type.^{5,6} However, it is similar to the finding in Rio Grande do Sul (Brazil), where the nodular type corresponded to 49% of the cases analyzed between 1986 and 1995.¹³

Statistical analysis using the chi-square test revealed

Gráfico 4: Correlação de presença ou ausência de metástase e a localização da lesão em pacientes com melanoma cutâneo diagnosticados no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Brasília no período compreendido entre jan/94 e abr/99

Graphic 4: Correlation between the presence or absence of metastasis and the localization of the lesion in patients with cutaneous melanoma diagnosed at the Dermatology ambulatory of the University Hospital of Brasilia, from Jan/94 to Apr/99



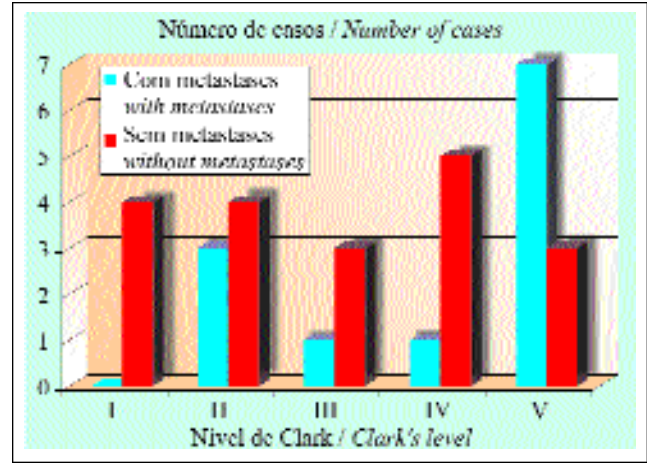
0,75mm de espessura, predominou a ausência de metástases, correspondendo à literatura mundial que os considera tumores de excelente prognóstico, com taxas de cura em torno de 99%.¹⁰ Os tumores com mais de 3mm de espessura apresentaram risco relativo para o desenvolvimento de metástases 1,8 vezes superior aos precedentes. No entanto, esse valor foi estatisticamente insignificante, provavelmente pela baixa casuística. É bem possível que, com amostra maior se obtivesse um valor confiável que confirmasse os dados da literatura, cujo prognóstico para esses tumores é desfavorável.¹⁰

Observou-se que tumores com mais de 3cm tiveram 1,29 vez mais possibilidade de desenvolver metástases. Porém, esse valor também foi estatisticamente insignificante, provavelmente pelos mesmos motivos citados. O tamanho do tumor (crescimento horizontal) ainda é parâmetro controverso como indicador prognóstico da doença. Levi *et al.*⁸ consideram esse parâmetro relevante, ao contrário de Stadelmann *et al.*¹²

Do mesmo modo, a correlação da topografia dos melanomas com a presença de metástases não se encontra bem estabelecida na literatura vigente. Não está esclarecido se o sítio primário do tumor pode ser considerado um indicador importante para o prognóstico.¹² Neste estudo observou-se que lesões nos membros tiveram maior risco em desenvolver metástases (RR =1,8) quando comparadas às lesões no segmento cefálico e tronco. O dado difere daqueles de alguns estudos publicados, em que as lesões de cabeça, pescoço e tronco apresentam prognóstico mais reservado. Nesses estudos o risco relativo foi de 5,9 para tumores localizados primariamente no tronco e de 9,7 para os situados na cabeça e no pescoço.^{5,6}

Gráfico 5: Correlação de presença ou ausência de metástase e o nível de Clark em pacientes com melanoma cutâneo diagnosticados no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Brasília no período compreendido entre jan/94 e abr/99

Graphic 5: Correlation between the presence or absence of metastasis and Clark's level in patients with cutaneous melanoma diagnosed at the Dermatology Ambulatory, University Hospital of Brasilia, in the period from Jan/94 to Apr/99



that in the tumors with Breslow's thickness of up to 0.75mm, there was predominantly an absence of metastasis, corroborating the world literature which considers these tumors to have an excellent prognostic, with cure rates of around 99%.¹⁰ Tumors with over 3mm in thickness presented a relative risk for development of metastasis 1.8 times greater than the others. However, this value was not statistically significant, probably due to the small patient sample. It is quite possible that with a larger sample a more reliable value would be obtained, confirming the data in the literature, whose prognosis for these tumors is unfavorable.¹⁰

It was observed that tumors with more than 3cm presented a 1.29 greater chance of developing metastasis. However, again this value was not statistically significant, probably due to the above mentioned reason. The size of the tumor (horizontal growth) is still a controversial parameter as prognostic indicator of the disease. Levi *et al.*⁸ consider this parameter relevant, on the contrary to Stadelmann *et al.*¹²

In the same manner, the correlation between topography of the melanomas with presence of metastasis is not well established in the current literature. It has yet to be clarified whether the primary site of the tumor can be considered an important indicator for the prognosis.¹² In this study it was observed that lesions in the members presented a greater risk of developing metastasis (RR =1.8) when compared to the lesions in the cephalic segment and trunk. This Graphic differs from those of several published studies, in which lesions of the head, neck and trunk present a less favorable prognosis. In those studies the relative risk ranged from 5.9 for tumors located primarily in the trunk

Também foi observado o fato de que pacientes com nível de invasão até o subcutâneo (Clark V) tiveram 2,94 vezes mais possibilidades de desenvolver metástases. O valor encontrado é altamente significativo ($1,24 < CI < 6,99$), reafirmando a relação inversa entre a sobrevida do paciente e a espessura tumoral, como descrito por Clark e colaboradores.¹² Na presença de metástases a sobrevida cai dramaticamente para cerca de 30 a 40% nos primeiros cinco anos.¹⁰

Cabe ressaltar a importância do exame periódico da pele, pois 59% dos pacientes não referiam sintomas à época do diagnóstico. Em um estudo realizado na Escócia, após ampla campanha publicitária, a proporção de tumores com menos de 1,5mm de espessura aumentou de 33,3% para 47,8% nos homens e de 41,5% para 58,5% nas mulheres, concomitante à redução da proporção de tumores com mais de 3,5mm de 38,2% para 26,6% nos homens e de 28,4% para 19,4% nas mulheres.³ Esses dados são reafirmados em um estudo sueco, que aponta redução na mortalidade por melanoma entre 1987 e 1996, período que coincidiu com um aumento das atividades de prevenção do câncer da pele.¹⁵

CONCLUSÃO

O perfil clínico, epidemiológico e histopatológico do paciente portador de melanoma cutâneo primário do Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999 corresponde ao indivíduo do sexo feminino, idoso (de 61 a 80 anos), cor da pele branca, cuja lesão predomina nos membros, sendo mais freqüente o tipo de crescimento nodular e que não apresenta sintomas à época do diagnóstico.

Pela ausência de sintomas na época do diagnóstico e pelo melhor prognóstico quando o tratamento cirúrgico é realizado com lesões de espessura $< 0,75\text{mm}$, o diagnóstico precoce e a prevenção primária constituem as armas de maior importância para aumentar as taxas de sobrevida da doença, pois a prevenção secundária ainda não dispõe de métodos tão eficazes. Ambos podem ser alcançados por meio de programas de educação em saúde. Aos pacientes deve-se ensinar como reconhecer os sinais e sintomas do melanoma e a realizar o exame periódico da pele, assim como orientá-los quanto ao uso de chapéus, roupas adequadas e fator de proteção solar devido ao risco da exposição aos raios ultravioletas, considerado o principal fator etiológico da doença. Os profissionais de saúde devem ser treinados para reconhecer as lesões suspeitas, que devem ser biopsiadas. Assim, pode-se esperar redução na incidência do melanoma e no índice de mortalidade em razão da doença. □

and 9.7 for those located in the head and neck.^{5,6}

The fact was also observed that patients with invasion level up to subcutaneous layer (Clark's level V) had 2.94 times more possibility of developing metastasis. The value found is highly significant ($1.24 < CI < 6.99$), reaffirming the inverse relationship between the patient's survival and tumor thickness, as described by Clark et al.¹² In the presence of metastasis the survival falls dramatically to about 30 - 40% in the first five years.¹⁰

The importance of a periodic exam of the skin should be underscored, since 59% of the patients did not refer to symptoms at the time of the diagnosis. In a study performed in Scotland, after an extensive advertising campaign, the proportion of tumors with less than 1.5mm of thickness increased from 33.3% to 47.8% among men and from 41.5% to 58.5% in women, with a concomitant reduction in the proportion of tumors with more than 3.5mm, from 38.2% to 26.6% in men and from 28.4% to 19.4% in women.³ These data are reaffirmed in a Swedish study, which has pointed to a reduction in mortality from melanoma between 1987 and 1996, a period which coincided with an increase in skin cancer prevention programs.¹⁵

CONCLUSION

The clinical, epidemiological and histopathological profile of the patients with primary cutaneous melanoma at the University Hospital of Brasília between January 1994 and April 1999 corresponds to light-skinned and elderly females (from 61 to 80 years of age), whose lesion prevails in the members and is most frequently of the nodular type of growth and who do not present symptoms at the time of diagnosis.

In view of the absence of symptoms at the time of diagnosis and more favorable prognosis when the surgical treatment is performed on lesions of $< 0.75\text{mm}$ in thickness, a precocious diagnosis and primary prevention constitute the most important weapons in the battle to increase the survival rates in this disease, especially since secondary prevention as yet lacks such effective methods. Both can be achieved through health education programs. The public should be taught how to recognize the signs and symptoms of melanoma and encouraged to undergo a periodic exam of the skin, as well as counseling them regarding the use of hats, appropriate clothes and solar screen due to the risk from exposure to ultraviolet rays, which are considered the main etiological factor of the disease. Health workers should be trained to recognize suspicious lesions, which should be investigated by biopsy. In this manner, one could expect a reduction in the incidence of melanoma and in the mortality rate caused by the disease. □

REFERÊNCIAS / REFERENCES

1. Urist M.M. and Karnell L.H.. The national cancer data base - Report on melanoma. *Cancer*, 1994; 74(2): 782-8.
2. Hall H.I., Miller D.R., Rogers J.D. and Bewerse B.. Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States. *J Am Acad Dermatol*, 1999;40(1):
3. MacKie R., Hunter J.A.A., Aitchison T.C., Hole D., et al.. Cutaneous malignant melanoma, Scotland, 1979-89. *Lancet*, 1992; 339: 971-75.
4. O'Doherty C.J., Prescott R.J., White H., McIntyre M. and Hunter J.A.A.. Sex differences in presentation of cutaneous malignant melanoma and survival from stage I disease. *Cancer*, 1986; 58: 788-92.
5. Levi F., La Vecchia C., Van-Cong T. and Mezzanotte G.. Descriptive epidemiology of skin cancer in the Swiss Canton of Vaud. *Int J Cancer*, 1988; 42: 811-16.
6. Mansson-Brahme E., Carstensen J., Erhardt K., Lagerlöf B., Ringborg U. and Rutqvist L.E.. Prognostic factors in thin cutaneous malignant melanoma. *Cancer*, 1994; 73(9): 2324-31.
7. Thune I., Olsen A., Albrektsen G. and Tretli S.. Cutaneous malignant melanoma: Association with height, weight and body-surface area. A prospective study in Norway. *Int J Cancer*, 1993; 55: 555-61.
8. Levi F., Randimbison L., La Vecchia C., Van-Cong T. and Franceschi S.. Prognostic factors for cutaneous malignant melanoma in Vaud, Switzerland. *Int J Cancer*, 1998; 78: 315-19.
9. Criado P.R., Vasconcellos C., Sittart J.A.S., Valente N.Y.S., et al.. Melanoma maligno cutâneo primário: estudo retrospectivo de 1963 a 1997 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. *Rev Ass Med Brasil*, 1999; 45: 157-62.
10. Lang P.G. Jr.. Malignant melanoma. *Med Clin North Am*, 1998; 82(6):1325-58.
11. Reed J.^a, Albino A.P.. Update of diagnostic and prognostic markers in cutaneous malignant melanoma. *Dermatol Clin*, 1999; 17(3):631-43.
12. Stadelmann W.K., Reintgen D.S.. Prognosis in malignant melanoma. *Hematol Oncol Clin North Am*, 1998; 12(4):767-96.
13. Benvegnú L.A., Pasqualotto A.C., Santos R.P. and Copette F.R.. Melanoma cutâneo na região central do Rio Grande do Sul: análise de 79 casos. *Rev AMRIGS*, 1997; 41:208-12.
14. MacLennan R., Green A.C., McLeod G.R.C. et al.. Increasing incidence of cutaneous melanoma in Queensland, Australia. *J Natl Cancer Inst*, 1992; 84: 1427-32.
15. Cohn-Dedermark G., Mansson-Brahme E., Rutqvist L.E., et al.. Trends in mortality from malignant melanoma in Sweden, 1970-1996. *Cancer*, 2000; 89(2): 348-55.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: / MAILING ADDRESS:

Ana Maria Pinheiro

SQS 104 - Bloco G - Apto. 201

Brasília DF 70343-070

Tel/Fax: (61) 346-9111

E-mail: anapinheiro@tba.com.br