

# Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 42 casos\*

## Cutaneous melanoma: a prospective study of 42 cases

Nurimar Conceição Fernandes<sup>1</sup>

Roberto Calmon<sup>2</sup>

**Resumo:** Estudo longitudinal prospectivo de 42 casos de melanoma cutâneo revelou: 71,2% entre 50 e 79 anos; distribuição etária homogênea entre os gêneros masculino (45,1%) e feminino (54,7%); predominância de brancos (88%); localização no tronco (54,7%) ( $p=0,039$ ); tipo clínico-histológico expansivo superficial (52,3% / 26,1%) ( $p=0,02$ ); 16 casos (38,1%) IA e nove melanomas *in situ* (21,4%).

**Palavras-chave:** Diagnóstico; Epidemiologia; Melanoma; Neoplasias cutâneas; Patologia

**Abstract:** A prospective longitudinal study of 42 cases of cutaneous melanoma showed that: 71.2% of patients were between 50 and 79 years of age; 45.1% were male and 54.7% female; most patients (88%) were white; most lesions (54.7%) were located on the trunk ( $p = 0.039$ ); the most common clinical and histological pattern was the superficial spreading melanoma (52.3% / 26.1%) ( $p = 0.02$ ); 16 cases (38.1%) were classified as stage IA and 9 cases (21.4%) consisted of melanomas *in situ*.

**Keywords:** Diagnosis; Epidemiology; Melanoma; Pathology; Skin neoplasms

São fatores de risco para o melanoma cutâneo a exposição solar, o fenótipo do paciente, a história familiar e melanoma prévio. O estágio do tumor no momento do diagnóstico é o principal fator prognóstico. Cirurgia é o tratamento-padrão inicial para doença localizada. A biópsia do linfonodo sentinela é a abordagem indicada para o estadiamento nodal. Em pacientes metastáticos, a bioterapia ou quimioterapia sistêmica pode ser tentada, enquanto a radioterapia deve ser considerada paliativa.

No período de 2004-2008, em estudo longitudinal prospectivo, 42 casos de melanoma cutâneo no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, foram submetidos a:

a) biópsia excisional com margem de 1cm (na face ou em caso de linfonodo sentinela); o índice de Breslow definiu as margens ótimas: < 1mm (1cm) e >1mm (2cm), e a necessidade de ampliação de margens;<sup>1,2</sup>

b) biópsia incisional (*punch* 6mm) na face, no pavilhão auricular, nas regiões palmoplantares e subungueais;<sup>1,2</sup>

c) estadiamento clínico: palpação dos linfonodos regionais; se assimétricos, duros ou pétreos, ultrassonografia (USG) para avaliação de metástase (aspecto globoso, hipocogenicidade; superfície bosselada com/sem alterações hilares; aumento de volume); USG com *Doppler* para avaliação de angioarquitetura.<sup>3,4</sup> Em seguida, punção nodal com agulha fina para citologia do aspirado e/ou biópsia.<sup>5,6</sup> Dissecção ganglionar terapêutica quando confirmado o comprometimento nodal;

d) hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), desidrogenase láctica (LDH), hepatograma, radiografia (RX) de tórax (na ausência de sinais e sintomas);

e) TC (crânio, tórax, abdominopélvica), cintilografia óssea, RX de esqueleto (nos casos com sintomas à distância);

f) abordagem cirúrgica foi realizada no setor de Cirurgia Dermatológica e Serviços de Cirurgia Plástica (resseccção de lesões), Cirurgia-Geral (punção / biópsia de linfonodo / esvaziamento ganglionar) e Ortopedia (amputações).

g) análise estatística pelo teste quiquadrado.

Recebido em 07.05.2010.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 27.12.10.

\* Trabalho realizado nos Serviços de Dermatologia e Anatomia Patológica e Oncologia Clínica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF – UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

<sup>1</sup> Doutor; professor-associado da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>2</sup> Doutor; médico do Serviço de Oncologia Clínica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF – UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

TABELA 1: Distribuição dos casos segundo faixa etária, gênero e cor

| Faixa etária | Branços   |           | Não brancos |          | Total (%) |
|--------------|-----------|-----------|-------------|----------|-----------|
|              | Masculino | Feminino  | Masculino   | Feminino |           |
| 20-29        | 1         | -         | -           | -        | 1 (25)    |
| 30-39        | 1         | 1         | -           | 1        | 3 (7)     |
| 40-49        | 1         | 2         | -           | -        | 3 (7)     |
| 50-59        | 5         | 1         | -           | 1        | 7 (16,6)  |
| 60-69        | 4         | 2         | -           | 1        | 7 (16,6)  |
| 70-79        | 5         | 9         | 1           | 1        | 16 (38)   |
| 80-89        | 1         | 4         | -           | -        | 5 (11,9)  |
| Total (%)    | 18 (42,8) | 19 (45,2) | 1 (2,3)     | 4 (9,52) | 42 (100)  |

Fonte: HUCFF/UF RJ (2004-2008) /  $p=0,79$

A rotina de seguimento deste tratamento é baseada no índice de Breslow, por tempo indeterminado, exceto para melanomas *in situ*, que permitem alta dos pacientes.<sup>1</sup> O *American Joint Committee on Cancer* (AJCC 2002/2009) não define rotinas especiais.<sup>7,8</sup> A técnica do linfonodo sentinela atendeu as recomendações do AJCC 2002/2009 (linfonodos regionais clinicamente negativos, Breslow 1mm e 4mm) e às do GBM (Breslow<sup>3</sup> 0,76mm; <0,76mm associado a ulceração e/ou regressão histológica).

A distribuição etária entre os gêneros foi homogênea, predominando brancos e a faixa de 70-79 anos (38%) ( $p=0,79$ ) (Tabela 1). O melanoma expansivo superficial (MES) ocorreu em 22 casos (52,3%), sendo 15 mulheres ( $p=0,022$ ) (Tabela 2). A localização no tronco ocorreu em 23 casos (54,7%) ( $p=0,039$ ). Histologicamente, 11 MES (26,1%), dez melanomas *in situ* (23,8%), sete melanomas lentigo maligno (MLM) (16,6%), três lentiginosos acrais (MLA) (7,1%), um desmoplásico (2,3%) e dez (23,8%) não foram classificados. Segundo estadiamento AJCC 2002 e 2009, houve nove (T0), 16 (IA), dois (IB), cinco (IIA), quatro (IIB), um (IIIA), um (IIIC), três (IV) e um (Tx).<sup>1,7,8</sup> O caso de melanoma desmoplásico e neurotrópico evoluiu com duas recorrências locais.<sup>1</sup>

Os dois casos de melanoma ungueal submetidos à amputação do hálux evoluíram com doença linfonodal e metástases (pele/pulmão/fígado) no intervalo de um ano. O melanoma subungueal, variante do MLA, surge, em geral, a partir da matriz ungueal no hálux ou polegar. Para o MLA, não há forma de prevenção e seus fatores de risco são totalmente desconhecidos.<sup>9,10</sup> É um tipo raro: em todos os casos de melanoma na população geral, as incidências relatadas ficaram entre 0,7% e 3,5%. É também o de pior prognóstico, com a sobrevida em cinco anos, variando de 16-87%.

No caso de melanoma amelanótico – variante rara e de comportamento mais agressivo – apesar do tratamento com interferon, ocorreram metástases dois anos após diagnóstico. Foi observado um caso de MES na região interescapular associado a resíduos de nevo melanocítico intradérmico. O percentual de transformação de nevo melanocítico em melanoma varia de 1-20%.<sup>1</sup> O caso de MLA no pé e metástase para quatro linfonodos inguinais recebeu tratamento adjuvante com interferon. Após tratamento, evoluiu com manchas acrômicas na face, que evoluíram com hidrocortisona 1% tópica. Ainda que a co-ocorrência de melanoma metastático e de despigmentação seme-

TABELA 2: Distribuição dos casos segundo cor, gênero e tipo clínico

| Tipo clínico          | Branços   |          | Não brancos |          | Total (%) |
|-----------------------|-----------|----------|-------------|----------|-----------|
|                       | Masculino | Feminino | Masculino   | Feminino |           |
| Expansivo superficial | 7         | 14       | -           | 1        | 22 (52,3) |
| Lentiginoso acral     | 2         | 2        | 1           | 3        | 8 (19)    |
| Lentigo maligno       | 7         | 1        | -           | -        | 8 (19)    |
| Nodular               | 2         | 2        | -           | -        | 4 (9,52)  |
| Total (%)             | 18        | 19       | 1           | 4        | 42 (100)  |

Fonte: HUCFF/UF RJ (2004-2008) /  $p=0,022$

lhante à provocada pelo vitiligo seja conhecida, a relação causal permanece controversa.

Em um paciente, o melanoma se desenvolveu em úlcera de estase tibial esquerda, com satelitose e metástases em trânsito. Ele foi submetido a amputação infrapatelar e esvaziamento ganglionar inguinal (sem metástase). O tecido subcutâneo de uma úlcera está exposto aos agentes ambientais (colonização bacteriana) e a estase venosa pode desencadear hiperplasia epidérmica e proliferação das cristas interpapila-

res. Dois pacientes com MLA foram submetidos à linfadenectomia ileoinguinal. Do exame patológico cuidadoso da base linfonodal ressecada inferem-se as seguintes determinantes do estadiamento: número de linfonodos metastáticos; se o tumor é microscópico (cl clinicamente oculto); se é macroscópico (cl clinicamente aparente por exame físico e radiológico).

O melanoma cutâneo nesta série mostrou padrão semelhante à anterior (1993-2003), delineando perfil em hospital terciário. □

#### REFERÊNCIAS

1. Fernandes NC, Calmon R, Maceira JP, Cuzzi T, da Silva CSC. Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 65 casos. *An Bras Dermatol.* 2005;80:25-34.
2. 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.2012-2069.
3. Frija J, Bourrier P, Zagdanski AM, De Kerviler E. Diagnosis of a malignant lymph node. *J Radiol.* 2005;86:113-25.
4. Calvo López MJ, Vallejos Roca E, Muñoz Alcántara I, Navarro Díaz F, García Palacios MV. Ultrasonographic and power Doppler appearance of locoregional metastases from cutaneous melanoma. *Radiologia.* 2008;50:483-8.
5. Doubrovsky A, Scolyer RA, Murali R, McKenzie PR, Watson GF, Lee CS, et al. Diagnostic accuracy of fine needle biopsy for metastatic melanoma and its implications for patients management. *Ann Surg Oncol.* 2008;15:323-32.
6. van Rijk MC, Teertstra HJ, Peterse JL, Nieweg OE, Olmos RA, Hoefnagel CA, et al. Ultrasonography and fine-needle aspiration cytology in the preoperative evaluation of melanoma patients eligible for sentinel node biopsy. *Ann Surg Oncol.* 2006;13:1511-6.
7. Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ, Atkins MB, Cascinelli N, Coit DG, et al. Final version of the American Joint Committee on Cancer Staging System for cutaneous melanoma. *J Clin Oncol.* 2001;19:3635-48.
8. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, Thompson JF, Atkins MB, Byrd DR, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol.* 2009; 27:6199-206.
9. Lebsa-Weber A, Nunes DH, Souza Filho JJ, Carvalho-Pinto CJ. Avaliação de 496 laudos anatomopatológicos de melanoma diagnosticados no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *An Bras Dermatol.* 2007;82:227-32.
10. Maia MA de OF, Funchal CSRZ, Ferrari Jr NM, Ribeiro MCS de A. Melanoma acrolentiginoso: um desafio ao diagnóstico precoce. *An Bras Dermatol.* 2003;78:553-60.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

*Nurimar C. Fernandes*

*Rua Alexandre de Gusmão, 28 / 201*

*20520-120 Rio de Janeiro - RJ*

*Telefax: (21) 2568-4158*

*E-mail: nurimarfernandes@terra.com.br*

Como citar este artigo/How to cite this article: Fernandes NC, Calmon R. Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 42 casos. *An Bras Dermatol.* 2010;86(6):1233-5.