



Uso da técnica em “spaghetti” para tratamento cirúrgico do lentigo maligno

Use of the “spaghetti” technique for surgical treatment of lentigo maligna

GABRIELA SUEMI SHIMIZU ^{1*}
FARID BARK HAMDAR ¹
CLAUDIO HENRIQUE SANTANA TAVARES
DOS-SANTOS ¹
LUIZ AUGUSTO DALOIA SOUZA ¹
FERNANDO HENRIQUE SGARBI PARRO ²
IVAN DUNSHEE DE ABRANCHES
OLIVEIRA SANTOS FILHO ²
CHRISTIANE STEPONAVICIUS SOBRAL ¹
EDUARD RENÉ BRECHTBÜHL ²

Instituição: A.C. Camargo - Cancer Center,
São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido: 6/8/2018.
Artigo aceito: 11/11/2018.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0024

RESUMO

O lentigo maligno (LM) é uma forma de melanoma *in situ* que mais comumente se apresenta como uma mácula de crescimento lentamente progressivo, pigmentada, na face de idosos com pele danificada pelo sol. Esse melanoma *in situ* tem um risco (30% a 50%) de progressão para lentigo maligno melanoma. A excisão cirúrgica completa da lesão requer margens de pelo menos 10mm, mesmo para lesões *in situ*. Porém, quando o crescimento de LM ocorre em áreas de implicações estéticas ou funcionais (face, pescoço, solas), a excisão é frequentemente reduzida para preservar estruturas anatômicas importantes e por razões cosméticas. Além disso, as margens periféricas podem ser clinicamente mal definidas e nem sempre pigmentadas, com extensão subestimada e risco de ressecção insuficiente. A “técnica de espaguete”, descrita por Gaudy Marqueste, é uma cirurgia estratégica baseada na amostragem de uma faixa de tecido “*spaghetti-like*” para determinar as margens da lesão antes da remoção do tumor. Após a confirmação anatomopatológica de margens livres de neoplasia, a lesão principal central é ressecada, permitindo a reconstrução do defeito no mesmo procedimento, sendo uma alternativa à cirurgia micrográfica de Mohs.

Descritores: Lentigo; Melanoma; Margens de excisão; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Nariz.

¹ Hospital dos Defeitos da Face, Cruz Vermelha de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² A.C. Camargo - Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Lentigo maligna (LM) is a melanoma *in situ* that commonly presents as a macula with progressive and irregularly pigmented growth, especially in the face of elderly people with sun-damaged skin. This melanoma *in situ* has a risk (30-50%) of progression to lentigo maligna melanoma. Complete surgical excision of the lesion requires margins of at least 10 mm, even for lesions *in situ*. However, when the growth of LM occurs in areas of aesthetic or functional implications (face, neck, and soles), the excision is often reduced to preserve important anatomic structures and for cosmetic purposes. Moreover, the peripheral margins may be clinically ill-defined and not always pigmented, and thus, such cases are associated with underestimated extension and risk of insufficient resection. The “spaghetti” technique, described by Gaudy Marqueste, is a strategic surgical approach based on sampling of a range of “spaghetti-like” strips to determine the margins of the lesion prior to removal of the tumor. After the pathological confirmation of neoplasia-free margins, the main central lesion is resected, allowing reconstruction of the defect in the same procedure, as an alternative to Mohs micrographic surgery.

Keywords: Lentigo; Melanoma; Excision Margins; Reconstructive surgical procedures; Nose

INTRODUÇÃO

O lentigo maligno (LM) é um melanoma *in situ* que se apresenta comumente como uma mácula de crescimento progressivo e irregularmente pigmentada, principalmente na face de idosos com pele danificada pelo sol¹. O risco de progressão para lentigo maligno melanoma varia de 30% a 50% neste tipo de lesão².

As opções de tratamento para o LM incluem a excisão cirúrgica com margens oncológicas ou tratamentos não cirúrgicos como crioterapia, eletrocauterização, curetagem, laser, radioterapia e fluorouracil, imiquimod. No entanto, estes métodos não cirúrgicos apresentam altas taxas de recidiva (20% a 100%)³.

A excisão cirúrgica completa do melanoma *in situ* requer margens circunferenciais de pelo menos 5mm⁴. Em casos de LM em áreas com grandes implicações estéticas ou funcionais (face, pescoço, planta dos pés), as margens cirúrgicas são habitualmente reduzidas para preservar estruturas anatômicas importantes. Além disso, as margens clínicas do LM podem ser mal definidas, sendo nem sempre pigmentadas, com extensão subestimada, aumentando o risco de ressecção insuficiente⁵ e o desafio do tratamento adequado.

A “técnica de spaghetti”, descrita por Gaudy Marqueste, é uma cirurgia baseada na amostragem de uma faixa de tecido circunferencial externamente à lesão com o objetivo de determinar as margens cirúrgicas antes da ressecção da lesão tumoral.

Esta faixa de tecido é encaminhada para exame histopatológico convencional e, se as margens estiverem livres, a lesão central é então ressecada, minimizando ao máximo a perda tecidual, sendo assim uma alternativa à cirurgia micrográfica de Mohs⁵.

RELATO DE CASO

Foi realizada revisão do prontuário do paciente M.B.M.C., 54 anos, sexo masculino, fototipo III na Escala de Fitzpatrick, que apresentava uma lesão pigmentada de bordas e coloração irregulares, crescimento progressivo, localizada em ponta nasal, de aproximadamente 1,5cm no seu maior diâmetro (Figura 1).

O paciente foi submetido à biópsia incisional da lesão em abril de 2018 com diagnóstico de melanoma *in situ* tipo lentigo maligno.

Optou-se então pela utilização da técnica em “spaghetti” para determinação das margens cirúrgicas antes da completa ressecção da lesão (Figura 2). Os limites tumorais foram definidos com o auxílio da dermatoscopia confocal e posteriormente ressecada uma faixa de pele circunferencial ao tumor com margem de 1mm (Figuras 3 e 4).

A peça cirúrgica foi marcada com um ponto de nylon 5.0 às 12 horas para orientação do exame histopatológico que a subdividiu em 4 partes (12 – 3 horas, 3 – 6 horas, 6 – 9 horas, 9 – 12 horas).



Figura 1. Lentigo maligno em ponta nasal.



Figura 4. Sutura da pele após a ressecção da margem circunferencial.



Figura 2. Marcação pré-operatória das margens da lesão.



Figura 3. Primeira etapa cirúrgica com ressecção da faixa de pele em "spaghetti", circunferencial ao tumor.

O resultado do exame evidenciou comprometimento neoplásico na margens das 3 às 6 horas. Foi realizada ampliação destas margens e encaminhado o material novamente para análise (Figura 5).

A ressecção da lesão central foi realizada após 15 dias da ampliação de margens que se mostrou livre de comprometimento neoplásico pelo exame histopatológico. Durante a ressecção, foi englobado o tecido cicatricial periférico à lesão central e no mesmo tempo cirúrgico realizada a reconstrução local com retalho de Rintala (Figuras 6 a 8).

O paciente apresentou boa evolução, sem sinais de recidiva durante o acompanhamento de 6 meses.

DISCUSSÃO

A técnica em "spaghetti" é um método fácil e seguro para controle de margens no caso de lentigo maligno, principalmente quando a lesão se encontra em áreas onde há maior risco de comprometimento de estruturas nobres.

Um dos cuidados que se deve ter durante a ressecção da lesão tumoral é o englobamento da área cicatricial de cirurgias prévias para evitar a recidiva local.

A sutura da pele com o tumor após a ressecção da margem circunferencial em "spaghetti" deve ser feita de forma cuidadosa com a mínima passagem da agulha no tecido sadio.

Outras técnicas, como a "técnica do quadrado" e a "técnica de perímetro", têm usado o conceito de controle patológico das margens antes da ressecção total do LM. Nestas, uma forma geométrica de ressecção (quadrado, triângulo, pentágono) é determinada para facilitar a análise das margens mantendo a lesão central



Figura 5. Ampliação de margens das 3 às 6 horas.



Figura 7. Segunda etapa cirúrgica com a ressecção da lesão central e reconstrução no mesmo procedimento.



Figura 6. Marcação pré-operatória da ressecção da lesão central com reconstrução imediata com retalho de Rintala.

intacta. O objetivo é verificar a periferia dessa figura geométrica antes da ressecção^{6,7}.

A vantagem da técnica em “spaghetti” é a maior preservação de tecidos adjacentes quando comparada às outras técnicas citadas.

A cirurgia micrográfica de Mohs também se mostra uma opção nestes casos, porém requer uma equipe treinada para realizá-la. Além disso, por usar blocos de parafina, a técnica em “spaghetti” se mostra mais confiável em comparação à congelação⁵.



Figura 8. Aspecto final no pós-operatório imediato.

As desvantagens da técnica descrita se deve ao fato de ser realizada em no mínimo dois tempos cirúrgicos, podendo aumentar o risco de complicações da ferida operatória. Por outro lado, ela pode ser mais confortável para o paciente, pois evita a permanência de feridas abertas e permite a retirada do tumor central com reconstrução imediata. A dermatoscopia confocal é uma ferramenta que pode ser usada para auxiliar a delimitação das margens tumorais, porém pode ser pouco acessível.

A técnica em “spaghetti” neste caso se mostrou uma boa opção no tratamento do LM por ser um método simples e reproduzível, garantindo o controle de margens e menor morbidade para o paciente.

COLABORAÇÕES

GSS	Análise e/ou interpretação dos dados, Coleta de dados, concepção e desenho do estudo, redação - preparação do original, redação - revisão e edição.
FBH	Redação - revisão e edição.
CHSTS	Redação - revisão e edição.
LADS	Redação - revisão e edição.
FHSP	Redação - revisão e edição, supervisão.
IDAOSF	Redação - revisão e edição, supervisão.
CSS	Redação - revisão e edição, supervisão.
ERB	Aprovação final do manuscrito, concepção e desenho do estudo, redação - revisão e edição, supervisão.

REFERÊNCIAS

1. Huilgol SC, Selva D, Chen C, Hill DC, James CL, Gramp A, et al. Surgical margins for lentigo maligna and lentigo maligna melanoma: the technique of mapped serial excision. *Arch*

- Dermatol.* 2004;140(9):1087-92. PMID: 15381549 DOI: <https://doi.org/10.1001/archderm.140.9.1087>
2. Weinstock MA, Sober AJ. The risk of progression of lentigo maligna to lentigo maligna melanoma. *Br J Dermatol.* 1987;116(3):303-10. PMID: 3567069 DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1987.tb05843.x>
3. Cohen LM. Lentigo maligna and lentigo maligna melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36(6 Pt 1):913.
4. Zitelli JA, Brown CD, Hanusa BH. Surgical margins for excision of primary cutaneous melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37(3 Pt 1):422-9. PMID: 9308558
5. Gaudy-Marqueste C, Perchenet AS, Taséi AM, Madjlessi N, Magalon G, Richard MA, et al. The "spaghetti technique": an alternative to Mohs surgery or staged surgery for problematic lentiginous melanoma (lentigo maligna and acral lentiginous melanoma). *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(1):113-8. PMID: 21167406 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2010.03.014>
6. Johnson TM, Headington JT, Baker SR, Lowe L. Usefulness of the staged excision for lentigo maligna and lentigo maligna melanoma: the "square" procedure. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37(5 Pt 1):758-64.
7. Mahoney MH, Joseph M, Temple CL. The perimeter technique for lentigo maligna: an alternative to Mohs micrographic surgery. *J Surg Oncol.* 2005;91(2):120-5. PMID: 16028282 DOI: <https://doi.org/10.1002/jso.20284>

***Autor correspondente:**

Gabriela Suemi Shimizu

Rua Sabará, nº 210 - Higienópolis - São Paulo, SP, Brasil

CEP 01239-010

E-mail: gabrielashimizu@gmail.com