
Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM - ANO 1 - No. 1
ABRIL, MAIO E JUNHO 1998

Editorial

Este é o primeiro número do boletim informativo e científico do GBM, cujo objetivo é levar aos colegas tópicos de atualização sobre Melanoma, permitindo um maior intercâmbio multidisciplinar de informações.

No Brasil, apesar dos esforços dos órgãos oficiais, os dados epidemiológicos sobre este tumor são escassos e regionalizados. Pouco sabemos sobre sua frequência e diferentes características nas diversas áreas geográficas do país. Na região sul, com população predominante de pele I e II, a luz solar desempenha um papel de grande importância na etiopatogenia da doença, entretanto, teria a radiação solar a mesma conotação em outras regiões com populações de características étnicas diferentes?

Somente com esforços e perseverança de todos - notificando os casos - poderemos, no futuro, contar com casuísticas fidedignas e nos integrarmos na comunidade internacional, contribuindo para o estudo e combate ao melanoma. Colegas, colaborem notificando seus casos através do protocolo simplificado ou pela Internet cujo endereço é: www.gbm.org.br.

Neste número serão apresentados dados epidemiológicos relevantes, obtidos a partir de um levantamento realizado em 18 cidades do interior do estado de SP e recentemente publicados pela Fundação Oncocentro do Estado de São Paulo e IBGE.

Contamos também com um resumo do trabalho apresentado no XIV Congresso de Cancerologia, pelos colegas do Grupo de Estudos em Medicina e pelo CICAN - Serviço Estadual de Oncologia de Salvador, bem como com a discussão de casos clínicos apresentados na reunião do GBM, realizada no Serviço de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo - unidade de Melanoma, coordenada por Marcus Maia.

A conduta terapêutica será abordada por Ivan D. A. O. Santos e Francisco Belfort, colegas cirurgiões oncológicos, com grande experiência no assunto.

Fernando A. Almeida

Melanoma Cutâneo

**Grupo de Estudos em Medicina e CICAN - Serviço Estadual de Oncologia Salvador - BA
M. Brandão; F. Filardi; J. Domenech; J. Acioli; M. Noya; C. Sampaio; P. Boente**

A incidência de melanoma tem crescido em todo o mundo. Os aspectos epidemiológicos desta neoplasia não estão descritos na nossa comunidade. A casuística de melanoma foi avaliada retrospectivamente em duas instituições oncológicas na cidade de Salvador - BA. Foram identificados 76 casos com confirmações histopatológicas com as seguintes características: idade variando de 15 a 90 anos (média de 51,21 anos); predominância no sexo feminino (55,26%) e cor branca (82,89%). O tempo de doença variou de 2 meses a 14 anos (média de 18,97 meses). Quatro pacientes estavam grávidas no período de evolução da doença. Houve predominância em tronco e extremidades responsáveis por 86,84% dos casos. Os tipos histológicos predominantes foram: superficial (42,1%) e nodular (35,53%). Foi relatado nos laudos anatomopatológicos o microestadiamento de Clark 69,74% e de Breslow em 44,74%. Estadiamento clínico: in situ 6,6%, I 40,8%, II 22,4%, III 10,5% e IV 19,7%. Realizado tratamento cirúrgico isolado em 73,66% dos casos, associado ao uso de interferon em 5,27% e associado a quimioterapia em 10,53%.

Quimioterapia utilizada como terapêutica isolada em 5,27%. Novos métodos de diagnóstico como a dermatoscopia, linfagiocintilografia, linfadenectomia satélite e o uso de interferon em altas doses nos pacientes de risco trouxeram impacto na evolução do melanoma. Conhecendo nossa realidade, com dados estatísticos acurados, poderemos proporcionar à população diagnóstico precoce, estabelecer estadiamento e tratamento corretos com uma melhora na sobrevida.

Ainda nesta edição:

Epidemiologia

Conduta Terapêutica no Melanoma

Casos Clínicos

Epidemiologia

Darwin Zachanas

Fundação Oncocentro de São Paulo

Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) - 1991 no Estado de São Paulo. Inquérito realizado em 18 municípios do interior do Estado, abrangendo uma população de 3.545.684 hab. (16,2%).

Observou-se 13.603 casos de Câncer e destes, 1,1% eram melanoma cutâneo.

Incidência de Melanoma Cutâneo:

Ambos os sexos - 4,0/100.000 habitantes

Homem - 3,5/100.000 habitantes

Mulher- 4,5/100.000 habitantes

Obs. Mirra e Franco (1978) observaram no RCBP na Grande São Paulo:

Homem = 2,8/100.000 habitantes

Mulher = 3,4/100.000 habitantes

Ambos os sexos = 3,1/100.000 habitantes

Essa comparação entre 1978 e 1991 mostra, guardando as devidas proporções, um aumento de aproximadamente 30% no número de casos de Melanoma Cutâneo. Registro Hospitalar de Câncer (RHC) - 1989/93 em 11 hospitais do Estado de São Paulo (informações coletadas de 16.627 pacientes com Câncer). Observou-se 2.968 (17,9%) casos de câncer de pele e dentre esses, 208 (1,3%) casos de melanoma cutâneo. Nos dois registros apresentados (RCBP e RHC), verificou-se que os tipos histológicos de melanoma não foram registrados em mais de 70% dos casos e a classificação para estadiamento pTNM/AJCC só foi respeitada em 41% dos casos.

Pesquisa

Estudos clínicos e de pesquisa básica, em colaboração com outras instituições (UNIFESP e USP). Dentre as possibilidades de realização de projetos cooperativos, discutiu-se a formação de uma comissão para estudar e sugerir uma ficha de registro para cirurgiões e patologistas, baseada em padrões do sistema pTNM/AJCC (UICC), que pudesse conter as informações necessárias para estudos prospectivos clínicos e epidemiológicos.

Conduta Terapêutica no Melanoma

Ivan D. A. O. Santos e Francisco A. Belfort

Adotaremos o estadiamento da AJCC 92

(Manual for Staging of Cancer, 4th ed., Lippincott, 1992, pp. 143-148).

Biópsia: Sempre que possível, excisional. Quando a lesão é extensa e/ou ulcerada ou localizada em área onde a biópsia excisional acarretaria prejuízos estéticos, pode-se fazer a biópsia incisional. Neste caso deve-se fazê-la na área mais significativa, compatível com a área de maior espessura.

Tratamento no Estádio I e II (pT1N0M0 a pT4N0M0):

Lesão Primária

melanoma in situ...margens de 0,5 cm
< ou = 1 mm margens mínimas de 1,0 cm (1)
1 a 4 mm margens mínimas de 2,0 cm (2)
> que 4 mm margens mínimas de 2,0 cm -
usualmente 3,0cm (3)

Obs.: O melanoma desmoplástico, devido à alta taxa de recidivas, deve ser operado com maiores margens.

Linfonodos

A linfadenectomia eletiva não é indicada nas lesões de espessura menor que 1,5 mm (1,0 mm?). Nas lesões de espessura intermediária há controvérsias quanto à indicação de linfadenectomia eletiva. Tais controvérsias poderão deixar de existir à medida que a biópsia do linfonodo sentinela deixar de ser apenas investigacional.

Tratamento no Estádio III (qualquer pT com N+M0):

Linfadenectomia terapêutica na região inguinal deve ser ílio-inguinal.

Metástases em trânsito: perfusão extracorpórea com hipertermia quando em membros (satelitose? = ECIII).

Na impossibilidade da perfusão, ressecção das metástases + monoquimioterapia com DTIC.

A terapêutica adjuvante com Interferon a nas doses propostas por Kirkwood e als é um método que está em fase evolutiva

Tratamento no Estádio IV (qualquer pT e N, com M1):

A quimioterapia é a terapêutica de escolha neste estágio; apresenta resultados precários, tanto na forma mono como poliquimioterapia.

A DTIC (dinitro triazeno imidazol carboxamida) persiste como a droga que, isolada, oferece melhor resposta (25% a 30%), sendo usada principalmente para casos de disseminação cutânea.

A poliquimio terapia é usada nos casos de doença visceral; associações de três ou mais drogas, que em suas descrições originais apresentam respostas ao redor de 45%, não mostram os mesmos resultados quando usadas por outros autores.

A imunoterapia, através de agentes tais como interferons interleucinas, vacinas, anticorpos monoclonais, tem sido objeto de grande número de ensaios terapêuticos. Estes agentes, isolados ou associados a quimioterápicos (bioquimioterapia), ainda são pouco usados fora de protocolos investigacionais.

A radioterapia é adotada, classicamente em casos de metástases ósseas e cerebrais, procurando-se obter alívio de sintomas e melhora das condições de sobrevida.

Casos Clínicos

Marcus Maia e Helena Müller

A primeira reunião do GBM-SP deste ano ocorreu no dia 3 de fevereiro na Clínica de Dermatologia de São Paulo - Unidade de Melanoma da Santa Casa de São Paulo, coordenada pelo Prof. Marcus Maia e pela

Profa. Helena Müller.

Foram discutidos três casos de melanoma, sob o ponto de vista clínico, dermatoscópico e histopatológico.

CASO 1- Mulher branca, 30 anos, com 'pinta' desde nascimento. Há 4 anos, em torno desta lesão começou a surgir uma mácula escura com crescimento centrífugo e lento. Há 2 anos a lesão original elevou-se discretamente.

Dermatoscopia: com áreas de rede irregular, alargadas, acinzentadas e glóbulos escuros na periferia. Nos outros locais a rede é amarronzada terminando em estrias. A parte central é circular e azulada de forma homogênea.

Diagnóstico histopatológico: Melanoma in situ/Expansivo Superficial.

Motivo da apresentação: Qual a origem deste melanoma?

expansivo superficial?

nevo azul?

associação nevo azul com nevo melanocítico: (nevo azul combinado)?

Conclusão: Regularmente o nevo azul é de localização dérmica, portanto, não poderia gerar um melanoma expansivo superficial. A explicação encontrada para este caso foi a de que este seria um nevo azul combinado com um nevo juncional, e este último é que teria se transformado, sem a participação do nevo azul.

CASO 2 - Menino branco, 8 anos (1990).

1990 - Removeu um nódulo no joelho esquerdo, de crescimento lento e com sangramento aos menores traumas. Não retornou para retirar os pontos. Diagnóstico histopatológico: Melanoma amelanótico (espesso).

Após 3 meses ocorreu recidiva.

1993 - Retornou para remover a lesão recidivada.

Diagnóstico: Melanoma Amelanótico Recidivado Exames sistêmicos - nada digno de note.

1998 - Seguimento periódico sem manifestações clínicas de melanoma

Motivo da apresentação: Melanoma Desvio Mínimo?

Conclusão: as opiniões divergiram, porém, a maioria dos patologistas presentes não reconhecem o Melanoma desvio mínimo como um tipo de Melanoma e sim consideram este caso ou esta forma de Melanoma como um nevo de Spitz.

CASO 3 - Mulher branca, 50 anos, com mancha de crescimento lento no dorso há 2 anos. No centro, esta lesão pigmentada apresenta uma pápula clara, cujo tempo de duração não sabe referir.

Dermatoscopia: Áreas irregulares cinzas, homogêneas, glóbulos de distribuição e tamanhos variáveis. A rede periférica é espessa, irregular e termina com estrias. A parte central apresenta-se homogênea e clara.

Diagnóstico histopatológico: Melanoma expansivo superficial.

Motivo da apresentação: nevo intradérmico no centro do melanoma.

Acidental? Origem do melanoma?

Conclusão: A opinião predominante foi de que não se tratava de um nevo exclusivamente intradérmico e sim composto. Portanto, a transformação teria ocorrido a partir do componente epitelial.