

Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM - ANO VII - No. 24 JANEIRO FEVEREIRO E MARÇO 2004

Editorial

Esta edição do Boletim traz um tema de extrema importância: o consenso no tratamento do melanoma cutâneo. Apesar do grande número de publicações nacionais e internacionais que abordam o assunto, e de todas as ações do grupo de colegas ligados ao GBM, aqui no Brasil muitos procedimentos deixam muito a desejar, tendo, muitas vezes, conseqüências graves aos doentes. Assim sendo, esperamos que as informações publicadas neste Boletim Melanoma contribuam para a uniformização da conduta dos procedimentos nos casos de melanoma cutâneo, e isto reflita em benefícios para nossos pacientes.

Fernando A. Almeida

Atenção

Agora o preenchimento e envio do protocolo simplificado deve ser feito diretamente no site do GBM, no endereço: <http://www.gbm.org.br> (dentro de "protocolos de pesquisa / protocolo simples")

Programa de prevenção do melanoma



Iniciativa do GBM que tem por finalidade a conscientização dos pais e responsáveis de que a exposição

solar irresponsável causa danos à pele, gerando queimaduras, envelhecimento precoce e predispondo ao aparecimento do câncer de pele, entre os quais o melanoma.

O QUE FAZER



Relatório final do consenso nacional sobre linfonodo sentinela

Rogério I. Neves, Francisco Belfort, Miguel Brandão, Débora Castanheira, Douglas Jorge, Fernando Parro, Gerson Junqueira JR., Higino Steck, João Duprat, José Rezende, Marcelo Moreno, Renato Santos, Eduardo Akaishi, Omar Machado Filho, Eduard René Brechtbühl.

Introdução

A V Conferência sobre Melanoma, realizada nos dias 22 e 23 de agosto passado, deu especial atenção ao estado atual do diagnóstico e tratamento do melanoma no Brasil. A Comissão Científica programou a elaboração de dois Relatórios de Consenso Nacional, versando sobre linfonodo sentinela (LNS) e laudo anatomopatológico. Foram realizados os maiores esforços para conseguir concretizar as trocas de informações sobre o procedimento. Para tal foi criado um Fórum de Discussão, cujo acesso ocorreu através do site do Grupo Brasileiro de Melanoma "www.saudetotal.com.br/melanoma" onde, vinte e oito colegas de todo o Brasil e sabidamente conhecedores da técnica foram contatados para opinar sobre perguntas específicas para este consenso. Visando estabelecer a maior uniformidade possível, foi solicitado a cada um dos colegas que colocasse a rotina utilizada em sua prática diária. Eles obteriam então o seu código de acesso e poderiam estar participando de todos os contatos, em conjunto; caso houvesse alguma dificuldade, poderiam usar os e-mails dos Drs. Gilles Landman, Rogério Izar Neves ou Francisco Belfort.

Este relatório é a recomendação sugerida pelo GBM, com base nos passos relatados no parágrafo anterior.

Para os que responderam à nossa solicitação foi perguntado:

1. Quais as indicações para pesquisa de linfonodo sentinela usadas por você?

As indicações para a pesquisa do linfonodo sentinela ficam sendo as seguintes:

Breslow maior ou igual a 0,76mm. Se menor que 0,76mm, somente se associado à ulceração e/ou regressão e/ou Clark IV/V. Justifica-se esta indicação baseando-se nos seguintes estudos: Reintgen (1) relata a taxa de 5,3% de metástases linfonodais nos pacientes com espessura de Breslow entre 0,76mm e 1,0mm. Taxa que aumenta quando a técnica do PCR é empregada para detecção de micrometástases. A taxa de metástases em pacientes com melanomas espessos que regrediam e atualmente apresentam uma espessura fina. A fase de crescimento vertical foi encontrada em 59%. A presença de mitoses na derme, particularmente em contagens maior que 3 por mm² está fortemente relacionada com subseqüentes metástases.

A taxa de positividade do linfonodo sentinela nos casos melanoma primário com espessura menor que 1 mm., foi de 4% segundo Coit (3) do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center; de 3% nos casos de melanoma com espessura entre 0,76 e 1,00 mm segundo Morton (4) e 5,0% segundo os resultados Sunbelt Trial (5).

Estes dados justificam o uso da técnica da linfadenectomia seletiva (LNS) em pacientes com espessura de Breslow entre 0,76mm e 1mm. O percentual em torno de 5%, pode ser considerado pequeno, mas na opinião do grupo de consenso é significativo. Este grupo de pacientes com melanoma fino pode apresentar um tumor com um comportamento biológico mais agressivo. Se a pesquisa do linfonodo sentinela não for realizada, o diagnóstico da metástase linfonodal será tardio e o prognóstico mais reservado. Nestes casos o tratamento deve ser precoce. A linfadenectomia seletiva pode ter um papel terapêutico na localização e ressecção das micro-metástases linfonodais devido ao estadiamento mais acurado e conseqüentemente os pacientes poderão ser encaminhados para terapia adjuvante mais precocemente.

2. A linfocintigrafia é feita de rotina? Qual o período pré-cirúrgico?

A linfocintigrafia deve ser feita sempre, em média 6-12 horas antes do ato cirúrgico podendo, porém ser realizada até 24 horas antes. É fundamental que exista a integração e comunicação do cirurgião com o serviço de medicina nuclear para que seja informada e documentada a fase dinâmica e estática. Diferenças de drenagem linfonodal em pacientes com melanoma foram identificadas com o uso da linfocintilografia, em relação aos padrões anatômicos clássicos com grande número de drenagens ambíguas. Inúmeros trabalhos demonstram que o estudo dinâmico do fluxo linfático, definindo as cadeias linfáticas de drenagem do sítio primário do melanoma é fundamental para uma correta identificação do linfonodo sentinela. Uma avaliação completa sobre o padrão de drenagem na linfocintilografia pré-operatória em 2,045 pacientes com melanoma cutâneo foram estudados em um período superior a 13 anos e demonstrou que os linfonodos de intervalo (linfonodos que estão situados ao longo do trajeto de um vaso linfático entre o local de um melanoma primário local e uma base linfática conhecida) foram encontrados em 148 pacientes (7,2%). Micrometástases foram encontradas em 14% destes linfonodos de intervalo. Esta incidência é semelhante à incidência de doença metastática em linfonodos localizados em cadeias conhecidas. Em alguns pacientes, o linfonodo de intervalo foi o único linfonodo que apresentava doença metastática. Os linfonodos de intervalo devem ser removidos junto com quaisquer outros linfonodos sentinelas adicionais, somente assim a técnica da linfadenectomia seletiva sentinela estará completa e evitar-se-á o resultado de um falso negativo (6). Em uma recente revisão os autores encontraram 5% de linfonodos sentinela de intervalo nos melanomas de extremidades e do tronco. Aproximadamente 10% das metástases linfonodais pode estar presente somente no linfonodo de intervalo. Os autores (7) recomendam que o linfonodo sentinela identificado na cadeia de drenagem convencional também deva ser removido.

3. Qual o radiofármaco utilizado?

O radiofármaco utilizado por todos é o Tecnécio⁹⁹. Rotineiramente utilizado na maior parte dos procedimentos de medicina nuclear por apresentar energia ideal para a detecção através de câmeras de cintilação (140 KeV). Apresenta meia vida curta (6 horas) o que resulta em baixas doses de exposição para o paciente. É de fácil disponibilidade e de baixo custo. Recomenda-se a uniformização dos corredores Dextran 500 ou Fitato. As imagens digitais devem ser registradas em filmes radiográficos e emitidos laudos descritivos dos achados de cada exame.

4. Usa corante vital? Qual?

Utilizar como corante vital o Azul Patente, em média 10ml em localização intra-dérmica, seguindo-se a orientação dos quatro pontos cardeais, distantes 50mm dos bordos da lesão primária da cicatriz nos casos de biópsia excisional. As lesões maiores e mais distais da base linfonodal podem receber um volume maior que 10 ml porém nunca superior a 20 ml. O local deve ser massageado suavemente e o membro elevado caso este seja o local do sítio primário. No tronco a mesa de operação pode ser inclinada por 10 minutos para que a drenagem por gravidade na direção da cadeia linfonodal regional possa ser facilitada. Aguardar pelo menos 10 minutos antes de realizar a incisão da pele sobre o local do linfonodo sentinela. O tempo de trânsito do corante do sítio primário ao linfonodo sentinela varia de acordo com o local do corpo, porém em média este tempo é de 12 minutos, podendo variar de menos de 1 minuto a 1 hora. O azul patente é eliminado do organismo em 24-48 horas pela bile e principalmente através da urina que se colore fortemente. Os pacientes e enfermagem devem ser alertados. Os efeitos colaterais são raros. Não se esquecer da possibilidade de reação anafilática ao corante (<1%) necessitando de tratamento de suporte imediato.

5. Usa "gamma probe"? Qual?

O uso do detector manual de radiação gama ou "gamma probe" é de extrema utilidade e deve sempre ser incluído na rotina de todos que se propõem a efetuar esta técnica. Não é recomendada a pesquisa do linfonodo sentinela utilizando-se somente o corante vital ou somente o "gamma probe" em nenhuma base linfonodal, sem exceção. No caso da impossibilidade de executar a associação dos métodos, encaminhar o paciente a algum serviço que possa realizá-lo.

6. Qual o percentual de radioatividade considerado satisfatório para encerrar a pesquisa?

Só encerrar a pesquisa do linfonodo sentinela após encontrar contagem menor que 10% de contagem inicial no linfonodo ex-vivo ou taxa linfonodo/basal maior ou igual a 3:1. Analisando-se 1184 pacientes no Sunbelt Trial Melanoma (5), os autores (8,9) recomendam que todos os linfonodos com contagem de 10% ou com contagens maiores que o linfonodo ex-vivo, devem ser retirados para que ocorra uma detecção ótima das metástases linfonodais.

7. Qual tipo de anestesia usada?

O uso da anestesia geral é preferido para todos os sítios, fazendo exceção alguns colegas que usam bloqueio ou anestesia local para pesquisa do linfonodo sentinela na região inguinal.

8. Internação? Ambulatório? Day-Clinic?

A internação de 1 dia é recomendada. O procedimento pode ser realizado no esquema "Day-Clinic" porém sempre em ambiente hospitalar e nunca ambulatorial devido aos riscos baixos, porém inerentes a qualquer procedimento cirúrgico.

9. Qual o número médio de linfonodos marcados removidos?

O número médio de linfonodos removidos é de 1,47. Em outras palavras este número significa que nem sempre o linfonodo sentinela é único. Este número também corrobora o fato de que se deve sempre utilizar a associação do "gamma probe" e corante vital, pois não é infrequente encontrar um linfonodo corado e outro não corado, porém "quente" e vice-versa.

10 e 11. Experiência com cabeça e pescoço? Membros inferiores? Membros superiores? Tronco? Em relação às localizações anatômicas, quais as facilidades? Quais as dificuldades?

Foi unânime entre os participantes do consenso de que a pesquisa do linfonodo sentinela em cabeça e pescoço é mais difícil, sendo o LS mais difícil de ser identificado, devido à proximidade de estruturas nobres e a possibilidade de complicações, como também a grande variabilidade da drenagem linfática. Esta técnica pode seguramente ser realizada nestas situações, sempre associando o azul patente ao "gamma probe" para uma melhor taxa de identificação (10). Entre outras dificuldades, lembrar a possibilidade de tatuagem persistente em casos em que a lesão primária já tenha sido ampliada. No caso de localização intra-parotídea do linfonodo sentinela o procedimento deve ser realizado com a atração de um cirurgião experiente na anatomia da região ou então se ponderar os riscos desta pesquisa do linfonodo sentinela inerentes à eventual risco de lesão de nervo facial.

No tronco a maior dificuldade relatada foi a drenagem ambígua. A variabilidade do fluxo linfático é grande. Thompson (11) encontrou drenagem multidirecional em 49% dos casos, em 26% dos melanomas de dorso, presença de linfonodo de intervalo intramuscular, em 20% dos melanomas peri-umbilicais drenagem para cadeia mamária interna e algumas drenagens em dorso diretamente para linfonodo para-aórtico.

Em membros o grau de dificuldades é menor e a experiência maior, porém não se pode esquecer de que também neste mesmo estudo de Thompson (11) é relatado que a drenagem para a cadeia linfática inguinal contra-lateral foi encontrada em 1% dos melanomas do membro inferior, em 20% das drenagens linfáticas aberrantes do membro inferior o local foi a fossa poplítea e alguns pacientes com melanoma em membros superiores tiveram drenagem do antebraço direto para a cadeia supraclavicular.

Referências Bibliográficas:

1. Fadi H, Reintgen D. The progression of melanoma nodal metastasis is dependent on tumor thickness of the primary. *Ann Surg Oncol* 1999; 6:144-9.
2. Cook MG, Spatz A, Brocker EB, Ruitter DJ. Thin (<1,00 mm) metastasizing melanomas. *Melanoma Res* 2001; 11 S18-9.
3. Crary BM, Brady MS, Lewis JJ, Coit DG. Sentinel lymph node biopsy in the management of patients with primary cutaneous melanoma: review of a large single-institutional experience with an emphasis on recurrence. *Ann Surg* 2001; 233:250-8.
4. Bleicher RJ, Foshag LS, Essner R, Morton DL. Sentinel node positivity and characteristics of thin invasive cutaneous melanomas. In: 54th Cancer Symposium SSO; 2001.
5. McMasters KM, Edwards MJ, Ross MI, Wong SL, Reintgen DL. Sunbelt melanoma trial: frequency of non-sentinel lymph node metastasis in melanoma. *Ann Surg Oncol* 2002; 9:137-41.
6. Uren RF, Howman-Giles R, et al. Interval nodes: the forgotten sentinel nodes in patients with melanoma. *Arch Surg* 2000; 135:1168-72.
7. Thelmo MC, Morita ET, Treseler P, et al. Micrometastasis to in-transit lymph nodes from extremity and

truncal melanomas. Ann Surg Oncol 2001; 8:444-8.

8. McMasters KM, Reintgen DS, Ross MI, et al. Sentinel lymph node biopsy for melanoma: how many radioactive nodes should be removed? Ann Surg Oncol 2001; 8:192-7.

9. Porter GA, Ross MI, Berman RS, et al: How many lymph nodes are enough during sentinel lymphadenectomy for primary melanoma? Surgery 2000; 128:306-11.

10. Medina-Franco H, Beenken SW, Heslin M, Urist M. Sentinel node biopsy for cutaneous melanoma in the head and neck. Ann Surg Oncol 2001; 8:716-9.

11. Thompson JF, Uren RF, Shaw HM, et al. Location of sentinel lymph nodes in patients with cutaneous melanoma: new insights into lymphatic anatomy. J Am Coll Surg 1999; 189:195-204.

DEBATES CRÍTICOS



Proteção solar textil

Marcus Maia

A proteção solar é um conjunto de atitudes que consiste em: evitar exposição nos horários de maior insolação, escolher áreas de sombra onde não se enxergue o céu aberto e utilizar filtro solar. Entretanto, sabemos que cada uma destas medidas não é completa pois não determina uma proteção solar absoluta, necessária para as pessoas de pele clara ou mesmo que já foram acometidos pelo câncer da pele. Assim sendo, somente uma proteção opaca da pele garante proteção completa e em tempo integral. Isto é possível com roupas e acessórios, especialmente confeccionados e tratados para este fim. As roupas comuns não são tratadas e permitem a passagem parcial, e às vezes significativa, da radiação ultravioleta (RUV) solar. Em julho de 1996, a Austrália tornou-se o primeiro país a ter uma regulamentação formalizando as exigências em roupas de proteção UV. O teste utilizado para avaliá-las e classificá-las é o AS/NZS 4399:1996, realizado pela Agência Australiana de Proteção à Radiação e Segurança Nuclear (ARPANSA) e é universalmente adotado. Esta regulamentação usa o termo Fator de Proteção Ultravioleta (FPU) para designar a quantidade de proteção, até a máxima proteção de FPU 50+, e também possui uma larga faixa de categorias de proteção. A tabela mostra como os tecidos de vários índices de FPU bloqueiam a RUV.

O índice de FPU indica quanto da RUV é absorvida pelo tecido. Por exemplo, um tecido com FPU 50 permite que somente 1/50 da RUV que atinge a superfície do tecido passe através dele. Isto significa que o tecido FPU 50 reduz a exposição da RUV sobre a sua pele em 20 vezes ou, que absorve 98% da RUV quando ele for utilizado. Os vestuários confeccionados com tecidos de FPU maior que 50 são denominados como FPU 50+. Quando um vestuário é proposto para proteção solar, ele deve ser submetido aos testes de laboratório que determinam quão efetivo é o seu tecido em bloquear a RUV. Esta informação deve ser colocada na etiqueta do vestuário, como FPU (Fator de Proteção Ultravioleta). Várias medidas da absorção da RUV são realizadas com uma lâmpada de RUV posicionada diretamente abaixo do tecido. Isto permite que o FPU seja calculado, e mostra sob que condições este tecido é protetor contra a RUV. A medida espectrofotométrica in vitro (laboratorial) de um tecido é reconhecida como um método que determina de forma segura o seu FPU. A roupa fotoprotetora é uma indicação médica ao seu paciente, portanto, ela sempre deve ser certificada por órgãos competentes. Entretanto, no Brasil, bem como em boa parte do mundo, não existe uma regulamentação própria. Assim sendo, a indústria garante a eficiência do seu tecido com testes baseados no "standard" Australiano, cujo FPU é automaticamente colocado na etiqueta do vestuário. São muitos os fatores que influenciam o tecido ou mesmo o vestuário para determinar a sua capacidade de proteção da RUV solar.

Categoria proteção	Fator proteção (FPU)	Índice UV bloqueado
Proteção excelente	40, 45, 50, 50+	Mais do que 97,5%
Proteção muito boa	25, 30, 35	95,9% a 97,4%
Proteção boa	15, 20	93,3% a 95,8%

Composição do tecido

Os materiais, como o algodão, o poliéster e o nylon apresentam diferenças naturais em relação às propriedades de absorção da RUV. O algodão protege menos do que o poliéster e este menos do que o nylon. Um tecido de algodão branco oferece Fator de Proteção Ultravioleta (FPU) 7 e o poliéster branco 16. Mais à frente discutiremos os detalhes técnicos de conforto em relação à composição de cada tecido e o que orienta a sua escolha na confecção do vestuário.

Densidade da trama

Quanto mais apertada é a trama, menor o espaço entre as fibras do tecido e portanto maior o FPU. Esta é a técnica que muitas empresas de tecelagem utilizam para aumentar a eficiência de um mesmo tecido na proteção contra a

RUV. Eles são naturalmente mais pesados e, normalmente, escolhidos para vestuários de trabalhadores externos, que por lei necessitam de proteção solar. Robson et al realizaram testes de medidas de FPU nos tecidos: algodão, lã, seda, acrílico, viscose, poliéster e concluíram que cada tecido exibe uma capacidade de absorção da RUV, mas que a proteção conseguida por um dado tecido depende mais da natureza da trama do que de um tipo particular de têxtil.

Cor do tecido

Existem muitos corantes que absorvem a RUV. Cores escuras (preto, azul escuro, vermelho escuro), do mesmo tipo de tecido (mesma trama e peso) normalmente absorvem a RUV mais intensamente do que os tons pastéis. Um tecido de poliéster branco apresenta um FPU 16, o vermelho escuro 29 e o preto 34. Os tecidos claros, que pouco absorvem a RUV, costumam refleti-las, o que, teoricamente, poderia colaborar para proteção. Entretanto, não devemos esquecer que esta reflexão ocorre também em direção à face. Mais à frente vamos discutir como um tecido claro pode melhorar o seu grau de proteção.

Tensão

Nos tecidos compostos com elastano, a capacidade de esticar pode causar uma diminuição no FPU, quando usados colados à pele. O afastamento entre os fios resulta em um alargamento da trama que facilita a penetração da RUV. Esta é uma razão porque o usuário de vestuários em tecido "stretching" não deve utilizar um número mais justo.

Conteúdo de umidade

Tecidos como o algodão retêm bastante suor tornando-os molhados, o que faz diminuir consideravelmente o FPU. Além disso, eles perdem o conforto pois tornam-se mais pesados e ocasionam aumento da temperatura corporal, enquanto tecidos a base de poliamida, além de apresentar maior capacidade de fotoproteção, conservam-se secos, pela facilidade de evaporação do suor. A temperatura corporal não aumenta o que ocasiona extremo conforto na prática esportiva.

Desenho do vestuário

Tanto quanto em relação à moda e conforto, selecionar vestuários que são, sobretudo desenhados para proteção solar, pode fazer uma grande diferença na exposição à RUV. Vestuários com maior cobertura dão mais proteção. Uma camisa com mangas longas e gola, oferece mais proteção do que uma camisa de manga curta e sem gola. As roupas soltas oferecem maior proteção do que aquelas coladas à pele e podem ser mais confortáveis para serem usadas em dias mais quentes. Um estilo legionário de boné protege orelhas e a parte posterior do pescoço. Um chapéu de abas largas dá sombra para a face e pescoço.

Condições do tecido

O índice do FPU é medido em tecidos que estão em condições de novo, ou seja, ainda não foram lavados. O índice FPU de muitos tecidos de algodão pode melhorar sobre o "novo" após serem lavados ao menos uma vez. O seu encolhimento fecha mais a trama e permite que menos RUV passe através dele. Stanford et al avaliaram o efeito do uso (lavagem e uso) sobre a fotoproteção determinada por um tecido de algodão e concluíram que um vestuário deste algodão pode melhorar após o seu uso, ao menos a curto prazo. Todavia, a longo prazo, tecidos mais velhos e desgastados por sucessivas lavagens apresentam FPU menor, devido ao alargamento da trama.

Tecido apropriado para confecção de roupas fotoprotetoras

O tecido pode ser confeccionado com fios que foram previamente tratados com inibidores da RUV, conhecidos como absorvedores, ou estes podem ser aplicados depois do tecido pronto. Desta forma, é possível aumentar em muito a capacidade, naturalmente baixa, de um tecido em proteger da RUV, mantendo as suas propriedades originais de conforto. Isto aplica-se a tecidos de algodão e/ou de cores claras. Muitos corantes absorvem a RUV e então aumentam o índice do FPU do tecido. Isto foi discutido quanto à cor do tecido. Alguns absorvedores de RUV comportam-se como corantes sem cor, mas agregam-se ao tecido, do mesmo modo, e têm permanência comparável aos corantes normais. Atualmente os absorvedores já podem ser adicionados às roupas durante a sua lavagem, tornando-as mais fotoprotetoras em relação ao tecido natural, porém não tão efetivas quanto as submetidas ao tratamento industrial. Curioso também é a possibilidade de se tratar o tecido, principalmente o poliéster, com refletores a base de cerâmica, que apresentam a capacidade de refletir, seletivamente, o calor solar determinado pelos raios infravermelhos, o que mantém a temperatura corporal agradável. Em resumo, uma roupa fotoprotetora deve apresentar o maior número possível das seguintes características: ser composta por um tecido sintético, tratado com absorvedores de RUV, com trama justa o suficiente para permitir a saída e evaporação do suor; de cor escura, caso tenha elastano deve ser folgada, não reter umidade, com um desenho apropriado para maior cobertura possível, com um FPU 40 a 50+, confortável, moderna, e, se possível, com estilo, o que fará com que o paciente tenha maior adesão à sua utilização. Nós vivemos em um país tropical onde a maioria das formas de lazer, ou mesmo de trabalho, são realizadas expostas ao sol. Desta forma, este tipo de vestuário é uma proposta de liberdade para as pessoas de

pele sensível ou que tiveram câncer da pele, com garantia de proteção e manutenção da saúde da pele.

AGENDA 

Calendário das reuniões científicas mensais do GBM – 2004

Tema: **Discussão de casos clínicos**

São Paulo/SP

Horário: 12:00 as 13:15 h

Dia 20 de fevereiro

Santa Casa De São Paulo

Coordenador: **Dr. Marcus Maia**

Dia 05 de março

IBCC – Instituto Brasileiro de Combate ao Câncer

Coordenadores: **Dra. Margarida Lopes e Dr. Aldo Toschi**

Dia 02 de abril

Faculdade de Medicina do ABC

Coordenadores: **Dr. Francisco Paschoal e Dr. Simão Cohen**

Dia 07 de maio

Universidade de Medicina De Santo Amaro – UNISA

Coordenadores: **Dr. Reinaldo Tovo e Dra. Ana Cristina Fasanella**

Dia 04 de junho

UNIFESP / EPM

Coordenadores: **Dr. Fernando Almeida e Dr. Ivan Dunshee Santos**

Dia 06 de agosto

H.C Da FMUSP – Depto Dermatologia

Coordenadores: **Dr. Cyro Festa e Dra. Mirian Sotto**

Dia 10 de setembro

Hospital do Servidor Público Estadual

Coordenadores: **Dra. Neusa Valente e Dr. Paulo Ricardo Criado**

Dia 22 de outubro

Hospital do Câncer

Coordenadores: **Dr. Rogério Izar e Dr. Gilles Landman**

Dia 12 de novembro

Hospital do Servidor Público Municipal

Coordenadores: **Dr. Nilton Di Chiacchio e Dra. Selma Cernea**

Porto Alegre/RS

Horário: 10:00 as 12:00 h

Dia 24 de março

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Serviço de Dermatologia

Sala 1318 – zona 13

fone: 51-3316.8571

Coordenador: **Prof. Dr. Lucio Bakos**

Dia 14 de abril

Hospital Mãe de Deus – subsolo

fone: 51-3230.2760

Coordenador: Prof. Dr. Gerson Junqueira

Dia 19 de maio

Hospital Santa Casa de Misericórdia
Serviço de Dermatologia – Posto G
fone: 51-3214.8163

Coordenador: Prof. Dr. Roberto Lopes Gervini

Dia 24 de junho

Ambulatório Dermatologia Sanitária
Rua João Pessoa, 1327
fone: 51-3225.5207

Coordenador: Prof. Dr. Renan Rangel Bonamigo

Dia de 11 agosto

Hospital Mãe de Deus – subsolo
fone: 51-3230.2760

Coordenador: Prof. Dr. Gerson Junqueira

Dia 15 de setembro

Hospital Santa Casa de Misericórdia
Serviço de Dermatologia – Posto G
fone: 51-3214.8163

Coordenador: Prof. Dr. Roberto Lopes Gervini

Dia 20 de outubro

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Serviço de Dermatologia
Sala 1318 – zona 13
fone: 51-3316.8571

Coordenador: Dr. Lucio Bakos

Dia 04 de novembro

Ambulatório Dermatologia Sanitária
Rua João Pessoa, 1327
fone: 51-3225.5207

Coordenador: Dr. Renan Rangel Bonamigo

EXPEDIENTE

**Publicação trimestral do
Grupo Brasileiro
Multidisciplinar
e Multicêntrico para Estudo
de Melanoma – GBM**
e-mail: gbm@gbm.org.br
www.gbm.org.br
Jornalista Responsável:
Maria Lúcia Mota. Mtb: 15.992
Editor chefe:
Dr. Fernando A. Almeida

Diretoria GBM

Presidente: Gilles Landman
1° Vice-Presidente: Marcus Maia
2° Vice-Presidente: Miguel Angelo R.
Brandão
Secretário: Mauro Yoshiaki Enokihara
1° Secretário: Gerson Junqueira Junior
Tesoureiro: Rogério Izar Neves
1° Tesoureiro: Lucia M. Yojo de Carvalho
Diretor Científico: Francisco A. Belfort
Diretor de Informática: Eduard Rene
Brechtbuhl

Comissão editorial

Ana Cristina A. Fasanella, Auro Del
Giglio, Fernando A. de Almeida,
Guilherme O. Almeida, Marcus Maia,
Miriam N. Sotto, Renato S. de
Oliveira Filho

Coordenação editorial:

Informedical Editora e Publicações
Secretaria Executiva e Cartas:
R. Joaquim Nabuco, 47 - sl 103 -
cep 04621-000

São Paulo - SP - Tel (11) 5542.8216
Fax (11) 5543.1141
Tiragem: 10.500 exemplares