

Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM – ANO XIII – Nº 51 – OUTUBRO, NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2010



Editorial

Alberto Wainstein

Pela primeira vez em décadas o restrito horizonte de tratamentos para o melanoma metastático sugere transformações já para 2011 e 2012. A promissora e intensa interação de médicos, pesquisadores, cientistas translacionais, centros de pesquisas, indústrias farmacêuticas e de biotecnologia deve permitir a aprovação de novas modalidades de tratamento. Este otimismo motivou a programação da "Interdisciplinary Global Conference on Developing New Treatments for Melanoma/ European post-ASCO" que ocorrerá em 2011. Muitos imunoterapêuticos e drogas alvo específicas estão em fase final de desenvolvimento. Associados a estes, a quimioterapia convencional, tratamentos locais e locoregionais têm valor respeitável.

Independente de qualquer avanço e inovação no tratamento, a possibilidade de cura para a doença disseminada ainda não é uma realidade anunciada. A incidência do melanoma continua aumentando em praticamente todos os países. A prevenção primária precisa ser cada vez mais valorizada através de campanhas de esclarecimento, orientações e informações tanto para a população leiga, bem como para profissionais de saúde que, não raro, negligenciam ou não devotam ao melanoma os cuidados que este câncer mortal merece. A prevenção secundária é o hoje o pilar de uma atenção de sucesso ao melanoma. Todos os esforços devem ser empregados para entender e enfrentar os fatores que atrasam o diagnóstico precoce, frequentemente a única opção de cura. Nesta edição a Dra. Bianca Sá apresenta e discute a Síndrome do Nevo Atípico (SNA), entidade que apresenta dezenas de peculiaridades que muito acrescentam para o maior conhecimento e atenção a pacientes e famílias com melanoma. O Dr. Carlos Barcaui discorre sobre as apresentações especiais do melanoma, que quando não diagnosticadas em tempo, certamente geram grandes impactos no prognóstico. Neste último Boletim do ano, desejo a todos boas festas e um ano de 2011 com muito sucesso e realizações.

ATUALIZAÇÃO



Tipos Especiais de Melanoma

Carlos Barcaui e Larissa Hanauer de Moura



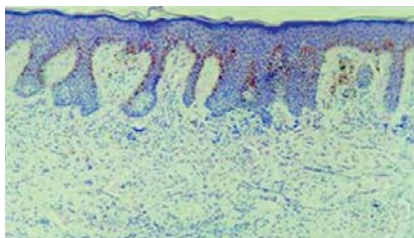
Além das variantes clínico-patológicas mais frequentes, algumas formas menos usuais do melanoma podem ser encontradas na pele e mucosas. Esses tipos especiais de melanoma geralmente possuem uma apresentação clínica atípica ou estão situados em sítios anatômicos peculiares, o que ocasiona um retardo no diagnóstico e o agravamento do prognóstico. Dentre os tipos especiais destacamos:

Melanoma Desmoplásico

Variante rara descrita por Conley e cols, em 1971. Representa 1-5% de todas as formas de melanoma. Geralmente acomete pacientes de faixa etária elevada (6ª e 7ª décadas de vida). Técnicas imunohistoquímicas podem ser de grande auxílio na interpretação dos achados histo-



Melanoma desmoplásico no ombro de paciente com pele fotodaniificada. Colaboração do Dr. Carlos Marcelo Martins Ferreira.



Melanoma desmoplásico (H&E 100x). Alongamento dos cones interpapilares com hiperpigmentação basal. Ocupação da derme superior por densa proliferação de células de núcleos pequenos em meio a tecido conjuntivo desmoplásico. Colaboração do Dr. Juan Piñeiro-Maceira.

patológicos. Apesar de apresentar pouca atipia citológica, seu comportamento é agressivo, com grande tendência a recorrência local (Breslow < 4,0mm – 19,5% e Breslow > 4,0mm – 40,2%) e, por vezes, neurotropismo. A recorrência local está associada a um aumento no risco de metástases sistêmicas, sendo os pulmões os mais acometidos. As metástases linfonodais são menos frequentes. Recentemente foi sugerido que em pacientes com melanomas espessos e invasivos o achado de áreas desmoplásicas pode estar associado ao aumento da sobrevida. Acomete mais frequentemente a região cefálica, seguida do tronco e membros superiores. Por ser mais encontrado em áreas fotoexpostas e eventualmente estar associado ao melanoma tipo lentiginoso, existem proposições de que a exposição solar possa ter algum papel da gênese tumoral. Seu aspecto clínico é muito variável. Mais comumente apresenta-se como uma pápula indurada, placa ou nódulo não pigmentado, de aparência inócua. A impressão clínica inicial é a de um carcinoma basocelular; dermatofibroma, sarcoma, cisto ou cicatriz hipertrófica. Devido às suas características clínicas inespecíficas, o diagnóstico muitas vezes é tardio.

Aproximadamente 2/3 dos melanomas desmoplásicos estão associados a uma lesão precursora intraepitelial.

A ressecção cirúrgica ampla é o tratamento de escolha. Devido aos altos índices de recorrência local, a margem mínima de segurança é de 1,0cm. O prognóstico do melanoma desmoplásico está diretamente relacionado com a espessura tumoral – índice de Breslow.

Melanoma Amelanótico

Tumor caracterizado pela pequena ou nula produção de melanina. Todos os quatro tipos clássicos de melanoma podem apresentar-se sob a forma amelanótica. O melanoma verdadeiramente amelanótico é tumor raro e representa

VEJA NESTA EDIÇÃO:

■ Síndrome do Nevo Atípico e Risco para Melanoma ■ Fique Por Dentro do GBM



2-8% de todos os melanomas. Possui uma grande gama de apresentações clínicas. Ocorre mais frequentemente em áreas expostas ao sol da pele de pacientes do sexo feminino acima de 60 anos com fotoenvelhecimento acentuado. Pode apresentar-se como uma mácula, pápula ou placa com bordas irregulares, eritematosa, por vezes descamativa simulando um carcinoma basocelular superficial, ceratose actínica, doença de Bowen ou dermatoses inflamatórias como a psoríase. Também pode manifestar-se como um nódulo exófito, geralmente erodado, semelhante a um granuloma piogênico ou hemangioma. A sintomatologia mais frequente é o prurido ou sangramento pós-traumático.

Nos melanomas verdadeiramente amelanóticos, o único critério dermatoscópico relevante para o diagnóstico é o padrão vascular. Estruturas vasculares mais frequentes: glóbulos/áreas vermelho leitosas, vasos puntiformes, vasos 'em grampo de cabelo', vasos lineares irregulares e a associação de vasos puntiformes e lineares irregulares. Devido a seu fenótipo atípico, a média de atraso no diagnóstico é de 13 meses, o que ocasiona a excisão de lesões com espessura considerável (Clark IV/V). O prognóstico parece ser o mesmo que outras variantes clássicas do melanoma com a mesma espessura.

Melanomas Primários de Mucosas

São tumores extremamente raros e biologicamente agressivos. Podem ocorrer na cabeça e pescoço (55,4%), genitália feminina (18%), região ano-retal (23,8%) e aparelho urinário (2,8%). Diferentemente do melanoma cutâneo, sua incidência permanece estável. Geralmente incidem em pacientes na 7ª década de vida e são mais frequentes no sexo feminino. Devido à sua localização peculiar, o diagnóstico na maioria das vezes é tardio, quando o paciente já apresenta micrometástases. Geralmente evoluem com repetidos episódios de recorrência local antes de apresentar metástases sistêmicas. Uma vez diagnosticados, a possibilidade de se tratar de tumor não primário tem que ser afastada. O exame cutâneo total e exames de imagem (tomografia computadorizada, radiografia tórax e PET-SCAN) são importantes para investigação de possíveis sítios cutâneos primários e eventuais metástases. Aproximadamente 1/3 dos pacientes apresenta metástase linfonodal. Apesar do tratamento cirúrgico agressivo e de múltiplas terapias adjuvantes o prognóstico é grave e a taxa média de sobrevida em 5 anos é de 25%. Histopatologicamente, os melanomas de mucosa costumam ser multicêntricos e invadir vasos sanguíneos. Esses fatores justificam seu comporta-

mento agressivo, a precoce produção de metástases e a tendência à recorrência local. A rica trama de vasos linfáticos e sanguíneos dessas regiões contribui para disseminação tumoral. Na região cefálica o sítio mais acometido é a cavidade nasal, seguida da mucosa oral. O melanoma da cavidade oral, diferentemente dos outros melanomas de mucosa, costuma ocorrer em pacientes mais jovens (4ª década de vida). As localizações mais frequentes são o palato duro e o alvéolo maxilar. Pode apresentar-se como lesão oral pigmentada friável com ulceração e/ou sangramento ou é descoberto durante um exame odontológico de rotina. A grande maioria é assintomático e 1/3 deles é amelanótico, o que ocasiona um retardo médio de 9 meses no diagnóstico. As queixas mais frequentes são epistaxe obstrução unilateral, seguidas de dor e abaulamento da região. A sobrevida média para os melanomas da região cefálica é 10-25% em 5 anos. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica completa e radioterapia. A quimioterapia com dacarbazina isolada ou em conjunto com outras drogas e a linfadenectomia profilática não têm impacto na sobrevida. O melanoma primário de laringe e faringe é raríssimo. A região mais acometida é a supraglótica e a sobrevida é de apenas 13% em 5 anos.

O melanoma do aparelho genital feminino geralmente acomete mulheres pós-menopausadas acima de 60 anos. Incide mais frequentemente na vulva seguida da vagina e raramente no útero. Os sintomas mais frequentes são sangramento, prurido e presença de massa polipóide. A sobrevida média em 5 anos é de menos de 10%. O melanoma representa menos de 1% dos tumores encontrados na região ano-retal. Os sintomas mais frequentes são dor, sangramento e presença de massa polipóide. Trinta por cento pode ser amelanótico. A sobrevida em 5 anos é de 6%. No aparelho urinário, o melanoma pode ocorrer na mucosa uretral e pênis. Sua incidência é raríssima.

Melanoma de Desvio Mínimo (Melanoma Nevóide)

Foi descrito por Muhlbauer *et al*, em 1983. O termo "desvio mínimo" não é uma unanimidade na literatura mundial. São tumores que exibem pouca atipia citológica durante a sua fase de crescimento vertical. Geralmente acometem o tronco ou parte proximal dos membros de adultos jovens. Manifestam-se clinicamente como um nódulo expansivo ou tumor verrucoso cujas células, que podem ser epitelióides (nevóides) ou alongadas (spitzoides), tendem a estar distribuídas de maneira uniforme. Alguns não apresentam marcação com o HMB-45. Seu comportamento biológico é menos

agressivo, muito embora possa ocorrer recorrência local e metástases.

Nevo Azul Maligno e Melanoma Dérmico Primário

Forma extremamente rara e agressiva de melanoma que se origina de um nevo azul celular; nevo de Ota ou que surge sem lesões prévias. Localiza-se mais frequentemente no couro cabeludo, seguido dos pés e tronco. Clinicamente assemelha-se a um nevo azul benigno, geralmente com mais de 3,0cm de diâmetro. Suas células caracterizam-se por possuir um alto grau de atipia nuclear e atividade mitótica, com mitoses atípicas, áreas de necrose e ausência de comprometimento juncional. A presença de células dendríticas é o principal critério para diferenciá-lo do melanoma metastático. Invariavelmente, metastatiza para linfonodos e seu prognóstico é grave. Seu tratamento consiste na ressecção ampla da lesão primária. O melanoma dérmico primário é outra variante raríssima que geralmente apresenta-se simulando uma lesão cística, vascular ou outras formas de câncer da pele não melanoma. Acomete mais frequentemente pacientes acima dos 60 anos de idade, sem predileção por sítios anatômicos. Seu diagnóstico diferencial deve ser feito com tumor maligno de bainha neural periférico, nevo azul celular; melanoma nodular; sarcoma de células claras; nevo azul maligno e com melanoma metastático, do qual comparativamente possui um prognóstico bem melhor.

O termo melanocitoma epitelióide pigmentado representa um grupo de tumores melanocíticos densamente pigmentados, diagnosticados inicialmente como nevo azul celular ou melanoma tipo animal (equino ou melanofágico). Geralmente situam-se na derme e são compostos por células fusiformes e epitelióides densamente pigmentadas e apresentam grande tendência a metástases.

Melanoma Spitzoide

Variante de melanoma formada por células fusiformes ou epitelióides geralmente acompanhadas de espessamento da epiderme e, algumas vezes, de hiperplasia pseudoepiteliomatosa, com grande pleomorfismo celular e alta atividade mitótica. Sua distinção de um nevo de Spitz pode ser uma tarefa difícil para o patologista. A correlação clínico (idade e local da lesão) – patológica é fundamental para elucidação diagnóstica. Lesões situadas nos membros inferiores de pacientes com menos de 40 anos de idade têm uma probabilidade 8 vezes maior de serem um nevo de Spitz. Por outro lado, lesões no tronco de pacientes acima de 40 anos têm uma chance de 7,4:1 de serem um melanoma.



Pacientes com alto risco para melanoma

Bianca Costa Soares de Sá e Juliana Hypólito Silva



A detecção do melanoma cutâneo em seus estágios iniciais pode significar cura da doença. Como apenas 14% dos pacientes com doença metastática sobrevivem

em 5 anos, o conhecimento de fatores que aumentem o risco para o desenvolvimento da doença auxilia no diagnóstico precoce e tem grande relevância prognóstica. A presença de múltiplos nevos melanocíticos, nevos atípicos e a Síndrome dos Nevos Atípicos (SNA) constituem as principais características clínicas fenotípicas de susceptibilidade. Os termos Síndrome do Nevo Atípico, Síndrome do Nevo Displásico, Síndrome do Nevo Atípico e Melanoma Familiar (FAMMM) têm sido empregados para caracterizar este fenótipo de susceptibilidade. A SNA pode ser esporádica ou hereditária, neste caso sendo sugerida herança autossômica dominante com expressividade variável e penetrância incompleta. Clinicamente, um nevo atípico caracteriza-se por lesão maculosa de 5 mm ou mais de diâmetro, com bordas irregulares e mal definidas, pigmentação de variáveis tons de marrom, podendo apresentar ainda tonalidade avermelhada, com branqueamento à vitropressão, além de componente máculo-papuloso.

Classificações

A SNA foi descrita por vários autores e instituições baseadas em características clínicas dos pacientes, bem como sua história pessoal e/ou familiar de melanoma. Newton *et al.* (1993) definiram a SNA através de um sistema de pontuação de determinados fatores, quanto maior a pontuação do paciente, maior o risco de desenvolvimento de melanoma. Outras classificações também têm sido descritas, dentre elas a chamada SNA Clássica, que considera os pacientes com mais de 100 nevos e pelo menos uma lesão com características clínicas de nevo atípico e pelo menos um nevo com 8mm ou mais em seu maior diâmetro. Há também a definição empregada pelos NIH (CONSENSUS 1992) que considera: ocorrência de melanoma em um ou mais parentes de primeiro ou segundo grau; um grande número de nevos melanocíticos (em geral mais que 50), sendo alguns atípicos e frequentemente de tamanho variável; e nevos melanocíticos que apresentem características histológicas de nevo atípico. Segundo Kraemer *et al.*, os portadores de SNA podem ser classificados, de acordo com suas características de hereditariedade: tipo A) SNA esporádica;

tipo B) SNA familiar; tipo C) SNA esporádica com história pessoal de melanoma; tipo D1-SNA familiar, com um membro na família com história de melanoma; tipo D2-SNA familiar com dois ou mais membros na família com história de melanoma. Os diferentes tipos determinam diferentes riscos para o desenvolvimento de melanoma cutâneo. Rigel *et al.*, por sua vez, classificaram os portadores de SNA em quatro grupos onde o espectro de risco varia desde indivíduos com nevos atípicos esporádicos, sem história pessoal ou familiar de melanoma, até o extremo oposto onde se situam indivíduos com SNA e pertencentes a famílias com dois ou mais membros que tiveram melanoma, configurando a chamada síndrome do nevo atípico e melanoma familiar (FAMMM). Os portadores de SNA tendem a apresentar melanoma cutâneo em sítios não usuais (como o couro cabeludo), e em idade mais precoce, melanomas múltiplos e não cutâneos, como o melanoma ocular. O risco de melanoma em membros de famílias afetadas por SNA e FAMMM é significativo, sendo estimado um risco cumulativo de 49% em pessoas de 10 a 50 anos e de 82% na idade de 72 anos.

Seguimento

Estratégias de seguimento para populações de alto risco são justificadas pela maximização de oportunidades de detecção de melanomas em seus estágios iniciais. Uma vez que a maior parte dos melanomas surge *de novo* e apenas cerca de 20-30% de nevos pré-existentes, nevos melanocíticos atípicos são considerados marcadores de risco. Nos pacientes com múltiplos nevos, incluindo aqueles com SNA que tendem a apresentar um grande número de lesões em evolução, o exame dermatoscópico pontual não é sempre suficiente para distinção entre novas lesões benignas ou lesões individualmente suspeitas. Assim, o seguimento dos nevos de pacientes de risco, através do mapeamento corporal total e dermatoscopia digital, é crucial, tanto para identificação precoce de lesões malignas quanto para limitar o número de biópsias desnecessárias de lesões benignas. O mapeamento corporal total e a dermatoscopia digital permitem o armazenamento de imagens para sua comparação ao longo do tempo, e pode ser realizado de duas formas – a curto e longo prazo. O seguimento a longo prazo é feito em intervalos de 9 a 12 meses e está mais indicado para os pacientes de risco com múltiplos nevos, incluindo aqueles com SNA. Neste tipo de seguimento as altera-

ções que indicam exérese da lesão são crescimento, alteração no formato, regressão, alterações de cor e aparecimento de estruturas dermatoscópicas sabidamente associadas aos melanomas. No seguimento a curto prazo, a reavaliação das lesões deve ocorrer em até 3 meses do primeiro exame e é indicado para as lesões melanocíticas suspeitas que não apresentam características dermatoscópicas de melanoma – nevos moderadamente atípicos clinicamente e nevos pouco atípicos, mas que apresentam história de mudança. Neste tipo de seguimento a lesão deve ser excisada quando apresentar qualquer tipo de mudança morfológica, exceto alteração no número de pseudocistos córneos ou aspecto global da pigmentação. O exame dermatológico periódico é recomendado para portadores de nevo displásico ou de SNA. Segundo estudo de Tucker *et al.*, o risco de melanoma para pacientes com SNA em famílias predispostas ao melanoma começa a aumentar por volta dos 10 anos de idade. O exame físico de todo tegumento é imprescindível, uma vez que a maioria dos melanomas ocorre em áreas cobertas. Qualquer lesão suspeita e/ou com significativa mudança deve ser considerada para biópsia, de preferência excisional com margens cirúrgicas conservadoras (2 mm). A educação do paciente com SNA para o auto-exame de pele é relativamente simples e barata. Slade *et al.* recomendam o auto-exame a cada 2 ou 3 meses. Em vista da aumentada prevalência de melanoma uveal em portadores de SNA, alguns autores recomendam uma avaliação oftalmológica anual como rotina. O paciente deve ser orientado a evitar a exposição solar ou luz ultravioleta artificial (como câmeras de bronzeamento), e sobre os cuidados com queimaduras solares e uso de proteção física e química. Uma vez que o risco de melanoma em membros de famílias de pacientes com SNA é considerável, recomenda-se que familiares de primeiro grau sejam examinados pelo dermatologista quanto à presença de nevos atípicos, SNA ou melanoma. Não há, até o momento, embasamento científico para realização de teste genético em portadores de SNA, exceto em protocolos de estudo. A SNA aumenta comprovadamente o risco de desenvolvimento de melanoma. A identificação de portadores de SNA, principal fator clínico de risco, permite que os mesmos sejam inseridos em programas de seguimento de curto e longo prazo, visando a detecção precoce de lesões suspeitas e a consequente redução da mortalidade associada ao melanoma avançado.



Por dentro do GBM

Ivan Dunshee

Estamos finalizando o ano com uma satisfação: cada vez mais o GBM está afirmando a sua abrangência nacional. Os delegados têm mostrado não só interesse, mas também trabalho organizando Cursos Itinerantes nas regionais, com o objetivo de difundir e atualizar os conhecimentos sobre o melanoma. Em outubro tivemos um curso em Fortaleza, coordenado pelo Dr. Francisco Monteiro, que contou com uma organização especial porque fez parte do XXV Outubro Médico, patrocinado pela Associação Médica Cearense. Um evento de grande porte onde o nosso Curso teve muito destaque. A Dra. Giselle Rezze, dermatologista do Hospital A.C. Camargo, além do curso de dermatoscopia, falou sobre os aspectos clínicos, o Dr. Igor dos Santos Costa, de Fortaleza, abordou a atualização sobre o diagnóstico histopatológico e eu falei so-

bre o tratamento cirúrgico. Em novembro tivemos o 1º Encontro Matogrossense de Atualização em Melanoma, organizado pela delegada do GBM, Dra. Karin Krause Boneti, que foi um sucesso. Gos-taria de elogiar a iniciativa da nossa De-legada de Mato Grosso que ponderou para a Diretoria do GBM a pouca adesão e participação dos colegas de seu estado. Deste contato, logo atendido pelo nosso Ombudsman, surgiu a ideia do curso, que foi bastante concorrido. Várias filiações de novos associados aconteceram durante o evento. O Curso contou com palestrantes locais e com o Dr. Alberto Wainstein, cirurgião oncológico de Belo Horizonte, e com o Dr. Mauro Enokihara, dermatologista de São Paulo. O próximo Curso Itinerante está programado para o início do ano em Goiânia e está sendo organizado pelo Dr. Flávio Carvasan.

Nas reuniões regularmente realizadas em São Paulo, a de outubro foi com transmissão via *web meeting*, a cargo do Hospital A.C. Camargo e coordenada pelo Drs. João Duprat e Eduard Brechtbühl. A de novembro foi presencial e a cargo do Hospital do Servidor Público Municipal e coordenada pelo Dr. Nilton di Chiacchio e pela Dra. Selma Cernea. Estas reuniões sempre trazem assuntos e casos interessantes, com boas discussões.

No Rio Grande do Sul está tudo preparado para mais uma Campanha de prevenção do Melanoma que sempre tem tido grande sucesso.

Os preparativos para a nossa 9ª Conferência Brasileira sobre Melanoma, no Rio de Janeiro, dias 18 a 20 de agosto, estão bem acelerados. Não deixem de agendar e reservar esta data para o nosso encontro.

Aproveito para desejar a todos um Feliz Natal e um excelente Ano Novo!



Ombudsman GBM

Mauro Enokihara

Tenho recebido indagações sobre dados epidemiológicos do melanoma no Brasil. Os dados epidemiológicos populacionais são poucos, apenas quatro cidades (Brasília, Cuiabá, Goiânia e São Paulo) estão na publicação do IARC, órgão ligado à Organização Mundial da Saúde, os dados estimados do INCA são reconhecidamente subestimados

e o Registro Brasileiro de Melanoma do GBM, foi publicado? Como conseguir estes dados? Não poderiam estar no site? O GBM deveria responder a estes questionamentos publicando seus dados do Registro Brasileiro de Melanoma, preferencialmente em revista indexada, a fim de que a comunidade científica internacional tome ciência desta forma original de coleta de dados.

O Registro de Notificação do Melanoma do GBM, também deveria ser divulgado no site, para que os associados tenham conhecimento sobre estes números e se estimulem a notificar os seus casos.

Outro questionamento foi o recebimento do boleto da anuidade do GBM por e-mail. Em tempo de tantas mensagens maliciosas com vírus, foi considerado um risco responder o e-mail em questão. Tal fato poderia ter sido evitado por uma mensagem do GBM anterior ao recebimento da cobrança por e-mail.

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

PROTEÇÃO SOLAR REFORÇADA. COM AÇÃO ANTIOXIDANTE.

INOVAÇÃO
ANTHELIOS XL COM COR FLUIDE 60 MEXOPLEX®

Ultra proteção FPS 60 e PPD 34
Cor suave com efeito natural
Efeito bronzeado
Uniformiza a tonalidade da pele

TEXTURA SECA

LA ROCHE-POSAY A EXIGÊNCIA DERMATOLÓGICA.

ANTHELIOS XL
Meliblock®

PHOTOPROT **FPS 100** **PPD 34**
UVA+++

FLUIDO BLOQUEADOR SOLAR

Primeiro fotoprotetor com tecnologia de nanocápsulas biodegradáveis

- Ação emoliente e antioxidante da Vitamina E¹
- Sem fragrância
- Muito resistente à água
- Todos os tipos de pele, inclusive as sensíveis
- Não comedogénico
- Hipoalergénico
- Ampla proteção UVA e UVB

Rua Olímpadas, 242 - 3º andar
Vila Olímpia - CEP 04551-000
São Paulo/SP - Tel: (11) 3573 6000

SAC 0800 724 65 22
www.biolaofarma.com.br

www.photoprot.com.br
Informações adicionais disponíveis à classe médica mediante solicitação.

BIOLAB
FARMACÉUTICA
LINHA DERMOCOSMÉTICOS

DIRETORIA GBM

Presidente: Ivan Dunshee / **1º vice-pres.:** Carlos Barcaui / **2º vice-presidente:** Felice Riccardi / **Secretário geral:** Bianca Soares de Sá / **1º secretário:** Andréa Fernandes de Oliveira / **Tesoureiro:** Eduard Brechtbühl / **1º tesoureiro:** Flávio Cavarsan / **Diretor Científico:** Gilles Landman / **Diretor de Informática:** Maurício P. Paixão / **Editor do Boletim:** Alberto Wainstein

EXPEDIENTE

Publicação trimestral do Grupo Brasileiro Multidisciplinar e Multicêntrico para Estudo de Melanoma – GBM
Jornalistas Responsáveis: Maria Lúcia Mota. Mtb: 15.992 e Adriana Mello
Secretaria Executiva: Rua Joaquim Nabuco, 47, sl.103 – Cep 04621-000 – São Paulo, SP
Tel (11) 5542.8216 – Fax (11) 5543.1141 – gbm@gbm.org.br – www.gbm.org.br
Coordenação editorial: Informedical Publicações Médicas
Tiragem: 13.000 exemplares