

Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM - ANO 1 - No. 2
JULHO, AGOSTO E SETEMBRO 1998

Editorial

Realizou-se em Roma, em junho, o 29º Review Meeting dos protocolos de pesquisa sobre Melanoma da Organização Mundial da Saúde, contando com a participação de colegas brasileiros, sócios do GBM. Foram discutidos 10 protocolos, bem como programas de ações integradas na prevenção do Melanoma. Nessa oportunidade foi entregue ao sr. Presidente, Dr. Cascinelli, um exemplar do estatuto do GBM, que ao examiná-lo sugeriu que esse fosse adotado como modelo em outros países.

A nível nacional, o GBM tem recebido o apoio e apoiado várias Sociedades Médicas e seus eventos, entre as quais destacamos a Sociedade Brasileira de Patologia na Jornada de Patologia do Hospital A. C. Camargo, que contou com a presença do Dr. David Elder (EUA) - editor chefe do livro Levers - Histopathology of the Skin; a Sociedade Brasileira de Dermatologia na IV Jornada Brasileira de Câncer de Pele em Brasília e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica no Encontro Internacional de Cirurgia Plástica Oncológica em São Paulo.

Nesta edição assuntos de grande relevância serão discutidos: Dermatoscopia, aspectos de interesse para aprimorar o diagnóstico das lesões pigmentadas, de Sérgio Yamada; apresentação de caso clínico, Melanoma e Reposição hormonal, por Ana Cristina Fasanella, da Disciplina de Dermatologia de Faculdade Medicina de Santo Amaro e Padronização do Laudo Histopatológico do Melanoma de autoria de Mariangela Marques, fornecendo parâmetros a serem utilizados por patologistas e conhecidos pelos clínicos e cirurgiões, pois servirão como base na orientação do tratamento do Melanoma.

Fernando A. Almeida

Dermatoscopia Sergio Yamada

O advento da dermatoscopia contribuiu para melhorar o diagnóstico das lesões pigmentadas, auxiliando na diferenciação entre lesões melanocíticas e outras clinicamente semelhantes não melanocíticas (queratoses seborreicas, lesões angiomatosas, hematomas e o epiteloma basocelular pigmentado). Com relação ao melanoma maligno, alguns aspectos dermatoscópicos característicos foram relatados (1). Estes critérios relacionados a seguir, embora com boa especificidade, não apresentam sensibilidade satisfatória.

Aspectos do melanoma invasivo à microscopia de epiluminescência.

Quadro	Especificidade (%)	Sensibilidade (%)
Pseudópodes	97	23
Pontos marrons múltiplos	97	30
Estrias radiais	96	18
Áreas de regressão	93	36
Pontos ou glóbulos pretos periféricos	92	42

Multiplicidade de cores (5 ou 6)	92	53
Glóbulos e pontos cinza azulados	91	45
Rede pigmentar proeminente	86	35
Pigmentação irregular assimétrica	46	100

Geralmente, pelo menos um dos critérios está presente.

Não são encontrados no melanoma invasivo: simetria axial da pigmentação, presença de uma única cor.

Os critérios anteriormente descritos têm sensibilidade de 92% e especificidade de 70% para o diagnóstico do melanoma invasivo, porém 8% dos melanomas invasivos não são característicos à dermatoscopia, estando aí incluídos os melanomas invasivos iniciais e o melanoma amelanótico. Sendo assim, é importante que além dos critérios qualitativos expostos, a lesão também seja avaliada de acordo com o algoritmo da microscopia de epiluminescência, aplicando-se a regra ABCD. A maioria dos melanomas apresenta escore maior do que 5,45 (2), mas ocasionalmente pode ocorrer um escore entre 4,75 e 5,45. Portanto lesões que totalizem mais do que 4,75 devem ser cuidadosamente acompanhadas ou excisadas.

Bibliografia

- (1) Menzies, S., Crotty, K., Ingvar, C., e McCarthy, W. – Melanoma in na atlas of surface microscopy of pigmented lesions, 1996, 79-102.
 (2) Stotz, W., Braun-Falco, O., Bliiek, P. e Cagnetta, A. - Malignant melanoma in color atlas of dermatoscopy, 1993, 77-101.

Ainda nesta edição:

[Caso Clínico](#)

[Padronização de Laudos Histopatológicos](#)

[Calendário](#)

Caso clínico

Melanoma x Hormônio na Mulher

Ana Cristina Fasanella,
médica colaboradora do Serviço da UNISA e membro do GBM

O caso que relataremos a seguir é proveniente da reunião mensal do Grupo Brasileiro de Melanoma do dia 12 de maio de 1998, coordenada pelos professores Jayme de Oliveira Filho e Reinaldo Tovo Filho, do Serviço de Dermatologia do Prof. Luiz Carlos Cucé, Faculdade de Medicina de Santo Amaro – UNISA.

M.P.R.F., 52 anos, sexo feminino, branca, de São Paulo, com queixa em janeiro de 1998 de pinta nas costas crescendo há 2 meses. Histerectomizada há 4 meses, em seguida iniciou reposição hormonal com estrógenos conjugados (Premarin). Fototipo de pele III de Fitzpatrick, poucos nevus ao exame dermatológico e lesão pigmentada enegrecida com pontos acastanhados, ovalada, assimétrica, bordas irregulares de 1cm de diâmetro na região interescapular, sem adenomegalias, RX tórax normal. Realizamos biópsia excisional da lesão, que forneceu o resultado histológico de Melanoma (MM) nodular com área de regressão espontânea (Nível III de Clark com espessura máxima aproximada de 0,9mm). Paciente foi reoperada para ampliação das margens cirúrgicas para 1cm, conduta correspondente para o índice de Breslow/Clark, as quais vieram livres de neoplasia. Este caso nos fez buscar na revisão bibliográfica se a reposição hormonal poderia causar alguma alteração no sistema melanocítico e imunológico desta paciente.

Alguns tipos de neoplasia na mulher apresentam dependência hormonal, o que nos fez estudar a literatura recente sobre o assunto, principalmente em relação aos estrógenos e o MM, para melhor

orientação e conduta frente a este caso.

Estudo realizado em 1988 com 280 pacientes sob reposição hormonal e 536 casos controle, concluiu que a reposição hormonal na menopausa não é fator de risco para MM (05). Os únicos achados consistentes que sugerem um papel dos hormônios femininos no MM são a diferença na localização do tumor entre homens e mulheres e o melhor prognóstico nas mulheres com MM quando comparadas aos homens (04).

Já em 1993 Garbe relata que anteriormente os anticoncepcionais orais (AO) e a reposição hormonal na menopausa estavam formalmente relacionados com um risco elevado de desenvolvimento do MM, e, sugere que os hormônios não afetam o risco ou curso do MM, de acordo com seu estudo (03).

Um trabalho importante, que parece vir de encontro com o nosso caso, é o de 1994, de Holly e cols., onde 452 mulheres entre 25 e 59 anos são estudadas e 930 casos controle com mesma idade comparados. Os autores sugeriram que pode haver um risco aumentado para MM Extensivo Superficial com o uso de estrógenos conjugados após histerectomia, bem como uso de cremes vaginais contendo estrógenos (02).

Mais recentemente, o trabalho de Graham (01) demonstra as vantagens da reposição hormonal (reduz frequência das "ondas de calor", melhora processo de atrofia e outras alterações cutâneas, diminui o risco de doença cardíaca e previne a osteoporose); relata os possíveis efeitos adversos cutâneos da estrogênio-terapia (cloasma, pigmentação e aumento de nevos, telangectasias, acantose nigricans, etc.), alergia de contato no caso dos "patches", urticárias não específicas, erupções eczematosas), e finalmente sugere que existem algumas evidências de risco maior para MM nas pacientes que usaram por longos períodos os AO, mas que este risco está ausente na gestação. Conclui alertando para muita prudência na indicação da reposição hormonal, principalmente naquelas mulheres que tem ou tivera, MM e/ou outros tipos de câncer. Conseguimos observar na bibliografia pesquisada que podem haver alterações na pele de pacientes realizando reposição hormonal na menopausa ou sob utilização de AO, mas ainda permanece controverso o risco para MM nessas pacientes, alertando-nos na devida prescrição de hormônios (estrógenos) para mulheres menopausadas.

Obs. Este é o caso do mês no site www.gbm.org.br

Bibliografia:

- (01) Clinics in Dermatol 1997; 15:143-145 Graham-Brown
- (02) Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 1994, Dec; 3(8):661-8 Holly, Cress, Ahn
- (03) Hautarzt 1993 jun; 44(6) 347-52 Garbe
- (04) Tumori 1990 Oct 31; 76(5): 439-49 Franceschi, Baron, La-Vecchia
Int J Cancer 1988 Dec 15; 42(6): 821-4 Osterlind, Tucker, Stone, Jensen

Padronização de Laudos Histopatológicos

Mariangela E. A. Marques
Universidade Estadual Paulista – Botucatu

I. Identificação

Nº do exame:

Paciente:

RG:

Idade:

Sexo:

Raça:

Procedência:

Médico:

Procedimento cirúrgico:

Data da operação: / /

II. Resumo clínico

III. Exame macroscópico

Dimensão da peça x x cm / dimensão da lesão x x cm
Distância da margem cirúrgica mais próxima: cm

IV. Exame microscópico

Melanoma maligno

1. Tipo histológico

Fase radial

- Melanoma extensivo superficial
- Lentigo maligno-melanoma
- Melanoma lentiginoso acral e das mucosas
- Melanoma com fase radial inclassificável

Fase radial de crescimento ausente

Melanoma nodular

Formas incomuns de melanoma maligno

2. Fase de crescimento

Radial Vertical Não avaliável

3. Micro-estadiamento

Clark: I II III IV V

4. Índice mitótico

Nº de mitoses /10 CGA (1mm²)

5. Regressão histopatológica

Ausente Presente

6. Satélites microscópicos

Ausente Presente Não avaliável

7. Margens cirúrgicas

Livre Comprometida

V. Fatores de risco

- Fase radial de crescimento
- Fase vertical
- Estádio I – espessura < 1,70cm
- Estádio I – espessura > 1,70cm

VI. Lesões associadas

- Nevo melanocítico comum
- Nevo melanocítico displásico
- Outra:

VII. Melanoma metastático

- Epidermotrópico
- Satélite ou em trânsito

VIII. Estudos especiais

Imunohistoquímica
[] HMB45 [] Positivo [] Negativo
[] Proteína S100 [] Positivo [] Negativo
[] Vimentina [] Positivo [] Negativo
Outro

IX. Diagnóstico final

Protudo de exérese em fuso de lesão cutânea:
Melanoma maligno extensivo superficial com 2,5cm de diâmetro, localizado no 1/3 inferior da perna esquerda em fase vertical de crescimento, nível III de Clark, medindo 2mm de espessura (Breslow) com 4 mitoses por mm² e evidente infiltrado linfocitário no tumor.
Ausência de sinais de regressão e ulceração.
Margens cirúrgicas laterais e profundas livres de neoplasia.
Ausência de lesões associadas aparentes.

Voltar

Próximas Reuniões Científicas do GBM

São Paulo – SP

Local: APM – Av. Brig. Luis Antonio, 278 – 10º and.

Horário: das 11 às 12 horas

4 de agosto

Coord.: José Antonio Sanches Jr. e Luiz Guilherme M. Castro

1º de setembro

Coord.: Francisco Belfort

6 de outubro

Coord.: Rogério Izar Neves

Maceió – AL

13 de agosto

Coord.: Alberto Eduardo Cox Cardoso

Horário: 20horas (juntamente com as reuniões da SBD regional)

Porto Alegre – RS

Coord.: Lucio Bakos

Horário: 10 horas

28 de agosto

Local: Ambulatório de Dermatologia Sanitária

30 de outubro

Local: Serviço de Dermatologia FFFCMPA – Santa Casa de Misericórdia

Rio de Janeiro – RJ

12 de agosto

Coord.: Juan Maceira

Horário: das 11 às 13 horas

Local: Hospital Antônio Pedro – UFF - Niterói

Belém – PA

26 de agosto

Coord.: Arival Cardoso de Brito

Local: SBD – Regional Pará

Belo Horizonte – MG

23 de setembro

Coord.: José Carlos Ribeiro Resende Alves

Horário: 20 horas

Local: Sede da Associação Médica de Minas Gerais

Salvador – BA

7 de agosto

Coord.: Miguel Ângelo Brandão

Horário: 13 horas

Local: SBD – Regional Bahia

Programe-se

3ª Conferência Nacional de Melanoma

23 de agosto de 1999

Local: São Paulo