

---

# Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM - ANO 1 - No. 4  
JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO 1999

---

## *Editorial*

***Prezados Colegas,***

*Desde a II Conferência em 1997, avanços significativos ocorreram em relação ao melanoma cutâneo. Estes não se prendem exclusivamente ao ponto de vista científico, mas também à difusão do conhecimento do melanoma por todo o Brasil, motivado pelo Grupo Brasileiro de Melanoma, hoje contando com 282 associados. As manifestações de apoio de colegas de vários estados e a necessidade de adquirir conhecimentos, obrigou-nos a modificar a estratégia da III CONFERÊNCIA. Mantendo o caráter multidisciplinar, o primeiro passo foi ampliá-la para 2 dias, o que possibilitou introduzir os CURSOS PRÉ-CONFERÊNCIA, no período da manhã, do primeiro dia (sexta-feira 20 de agosto). Ainda no primeiro dia (sexta-feira dia 20 de agosto, à tarde), ocorrerá a instalação da III CONFERÊNCIA DE MELANOMA que contará com a participação de conferencistas de renome como: Martin Mihn, Antonio Carlos Buzaid, John Thompson e Phillip Livingstone.*

*Sem dúvida, o programa atenderá às necessidades de todos aqueles que se dedicam ao estudo do Melanoma Cutâneo. Portanto, reserve já o seu lugar nos Cursos e na Conferência.*

***Marcus Maia***  
***Diretor Científico***

---

## Microestagiamento do Melanoma (Espessura de Breslow x Níveis de Clark) Juan Piñeiro-Maceira

Atualmente a análise histopatológica ainda é um exame complementar de grande utilidade na avaliação de casos de melanoma, em especial no acometimento cutâneo primário, o mais frequente.

A padronização dos laudos histopatológicos sugerida por dermatopatologistas da Sociedade Brasileira de Patologia contempla múltiplas informações, além do diagnóstico correto é claro, que não devem deixar de ser assinaladas no relato a ser encaminhado ao clínico e/ou cirurgião: tipo histológico, fase de crescimento (radial x vertical), índice mitótico, alterações sugestivas de regressão (presentes ou não), satelitose (tipo). No exame histopatológico podem ser realizadas também técnicas imunohistoquímicas demonstrando a imunoreatividade celular de cada caso frente a anticorpos específicos, de grande utilidade em casos de diagnóstico diferencial problemático.

Porém é na avaliação prognóstica dos melanomas cutâneos no estágio I (doença restrita à pele) que ganhou importância outro parâmetro histopatológico que hoje não pode deixar de ser determinado – a espessura máxima da neoplasia (índice de Breslow).

Estagiamento microscópico é a aplicação de medidas microscópicas qualitativas ou quantitativas, às neoplasias malignas, com o objetivo de prever o prognóstico do paciente. Em 1969, Clark e colaboradores propuseram a divisão da pele em cinco níveis histológicos, com a finalidade de avaliar a profundidade de invasão de melanomas cutâneos, estabelecendo correlação entre o nível da lesão e o

prognóstico do paciente. E em 1970, Breslow, empregando uma abordagem diferente demonstrou que a mensuração microscópica da espessura máxima da neoplasia superava algumas das dificuldades da avaliação em níveis, principalmente a diferenciação entre os níveis II e III, e o fato de que no nível IV podem ser classificados melanomas com espessuras expressivamente diferentes, especialmente em regiões anatómicas onde a derme é normalmente mais espessa. A partir de então, as duas metodologias (níveis de Clark e espessura de Breslow) têm sido usadas concomitantemente, com progressiva preferência entre a maioria dos dermatopatologistas pelo emprego da espessura, devido às vantagens de sua menor carga de subjetividade.

---

Ainda nesta edição:

Cirurgia Plástica Oncológica

Infusão isolada de membros  
com agentes citotóxicos

III Conferência Nacional  
de Melanoma

Próximas Reuniões Científicas

---

## Cirurgia Plástica Oncológica

### Rogério Izar Neves

A cirurgia plástica é uma especialidade cirúrgica que, dentre as suas inúmeras áreas de formação e atuação, sedimenta-se na cirurgia oncológica e particularmente na oncologia cutânea. Sabemos que o tratamento primário do melanoma é a excisão cirúrgica. A extensão da excisão e, portanto, as dimensões do defeito remanescente, dependem do tamanho e da espessura do tumor.

Desde que as recomendações atuais para margens cirúrgicas tornaram-se mais conservadoras, a grande maioria dos pacientes com melanoma primário pode ser submetida a uma simples excisão fusiforme com fechamento primário. Sempre que possível, o maior eixo da incisão deve ser orientado na direção da drenagem linfática numa tentativa de remover microlesões satélites.

#### ***Biópsia excisional***

Na avaliação inicial de um paciente com suspeita de ter um melanoma, a biópsia excisional é sempre preferível a uma biópsia incisional, quando isso for exequível. Tendo isso em mente, o desenho da excisão é aquele que permite ao cirurgião fechar o defeito com um mínimo de traumatismo dos tecidos circunjacentes. Se for necessária uma excisão mais ampla, o desenho original deverá facilitar o procedimento secundário. A excisão inclui a retirada em bloco de pele e tecido celular subcutâneo até o plano da fáscia muscular. Não existe qualquer prejuízo no controle local ou sobrevida.

Após a retirada da lesão, retalhos de avanço podem ser criados a partir do descolamento das bordas da incisão de modo a facilitar o fechamento sem tensão. A incisão é aproximada utilizando-se pontos subdérmicos separados com fios absorvíveis. Não devem ser utilizados fios inabsorvíveis negros ou escuros como o nylon, que poderiam levar ao diagnóstico errôneo de uma recidiva tumoral. Já a pele pode ser fechada por pontos simples separados ou por sutura intradérmica dependendo da tensão de fechamento e dos efeitos de movimentação previstos em localizações anatómicas específicas.

Embora a maioria dos defeitos criados por margens de 2cm possam ser fechados por sutura primária ou retalhos cutâneos de avanço, em algumas localizações anatómicas enxertos de pele de espessura parcial ou total podem ser necessários. Como nem sempre os resultados estéticos dos enxertos de pele são considerados satisfatórios pelo cirurgião ou pelo paciente, procuramos evitar este método sempre que possível. É prudente fornecer ao paciente uma informação adequada da extensão e do aspecto da cicatriz remanescente de modo a aliviar um pouco do impacto psicológico negativo da cirurgia. Todas as tentativas devem ser feitas, quando possível, de modo a utilizar retalhos locais de avanço ou rotação que permitam um fechamento primário em todos os planos. Na região da cabeça e pescoço, a simetria, assim como o contorno corporal, é de primordial importância. Nas áreas que são esteticamente visíveis, como nariz, pálpebras, região malar e lábios, as incisões em fuso também são úteis, porém, na maioria das vezes, o desenho pode ser feito de modo a colocar as cicatrizes resultantes nas linhas de força da face.

## ***Ressecções extensas***

Para os tumores que necessitam de uma ressecção extensa e cujo defeito residual contém estruturas vitais expostas, tais como vasos, nervos, osso e dura-máter, ou nos casos para os quais se planeja radioterapia pós-operatória, a reconstrução do defeito requer um tecido vascularizado de boa qualidade. Retalhos fasciocutâneos, retalhos musculocutâneos, e, em alguns casos, retalhos livres microcirúrgicos costumam ser os métodos reconstrutivos preferíveis. Nesses casos é vital a programação adequada da ressecção cirúrgica de modo que os pedículos vasculares dos retalhos planejados sejam preservados sem comprometer a extensão oncológica da ressecção tumoral.

Com o planejamento e desenhos apropriados, o paciente é beneficiado não apenas pela ressecção bem sucedida da lesão mas também pelo resultado estético e funcional superior. O seguimento da região reconstruída também deve ser simples e eficiente para se conseguir um ótimo controle de qualquer recidiva tumoral local. As reconstruções com retalhos múltiplos devem ser evitadas, pois as áreas com risco de recidiva podem deixar de possuir sua orientação anatômica. Portanto, a consideração do seguimento pós-operatório deve estar integrada no plano reconstrutivo global.

Embora todas estas técnicas cirúrgicas possam ser utilizadas em melanomas, na maioria das localizações anatômicas, toda abordagem cirúrgica deve ser individualizada e especializada para dar melhor solução para apresentações clínicas não frequentes.

---

## **Infusão isolada de membros com agentes citotóxicos**

### **Francisco Belfort**

A Infusão Isolada de Membros foi desenvolvida como uma alternativa simples para a Perfusão Isolada de Membros, tradicionalmente efetiva em determinados centros especializados em tratamento de Melanoma. Desenvolvida e aperfeiçoada por John Thompson, na Unidade de Melanoma de Sidney, Austrália, é atualmente o método de escolha para o tratamento de pacientes com melanoma de membros com metástases em trânsito e/ou satelitose, bem como vem sendo testada em portadores de sarcomas de partes moles e outros tumores cutâneos mais agressivos, naquela Instituição, que tem uma média de 700 casos novos de melanoma matriculados por ano.

Consiste na inserção de catéteres via per-cutânea, pelo radiologista vascular, ao longo da artéria e veias axiais do membro afetado; torniquete pneumático é inflado proximalmente à ponta dos catéteres, já no centro cirúrgico, sob anestesia geral. Agentes citotóxicos (Melphalan e Actinomicina D) são então infundidos através do catéter arterial e circulados com seringa, manualmente, por cerca de 20 a 30 minutos, com temperatura ao redor de 37° a 38°C, conseguidas com sistema de "serpentina em banho-maria", o qual é mantido a 42° C. Ocorre hipóxia progressiva no membro infundido, a qual parece contribuir na destruição celular neoplásica. Findo o período pré determinado, lava-se o sistema com solução de Ringer e procede-se a cuidados pós-operatórios adequados.

Os resultados obtidos são similares aqueles conseguidos pela perfusão convencional.

A morbidade é baixa e o tratamento de pacientes idosos ou debilitados, que não tolerariam a perfusão, é possível por esta metodologia, inclusive com o benefício de facilidade de repetição desta técnica, com quimioterapia fracionada.

A possibilidade de aumentar as taxas de resposta com o uso de outras drogas ou combinação das mesmas e o múltiplo fracionamento estão sendo investigadas.

---

# III Conferência Nacional de Melanoma

20 e 21 de agosto de 1999

## **Estrutura científica**

Dia 20 – Cursos pré-Conferência e teórico/prático

Dia 21 - Conferências Científicas

## **Programação Científica**

Cursos pré-conferência:

Dermatoscopia

Anatomia Patológica

Pesquisa do Linfonodo Sentinela

Infusão isolada de membros

Epidemiologia

Vacinas

Métodos diagnósticos

Melanoma de Cabeça e Pescoço

Melanoma Ocular

Tratamento Cirúrgico e Adjuvante

Radioterapia

## **Convidados internacionais:**

### **Prof. John Thompson**

Director of the Sidney Melanoma Unit

Director of Melanoma Foundation, Prof. Associated of the Surgery Dept. of the University of Sidney – Australia

### **Prof. Martin Mihn**

Chefe do Depto. de Dermatopatologia de Harward – USA

### **Prof. Phillip Livingstone**

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center – New York - USA

## **Comissão organizadora**

Fernando A. Almeida

Mauro Enokihara

Paulo Cunha

Rogério Izar Neves

Gilles Landmann

Ana Cristina Fazanella

Marcus Maia

---

## Calendário preliminar das reuniões científicas mensais do GBM

**São Paulo – SP**

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

Horário: das 12 às 13 horas

**9 de março**

Coord.: Fernando Augusto de Almeida e Ivan Dunshee A. O. Santos - UNIFESP - EPM

**6 de abril**

Coord.: Francisco Macedo Paschoal e Simão Cohen – Serviço de Dermatologia do ABC – Sto. André

**11 de maio**

Coord.: Ana Cristina Fasanella e Reinaldo Tovo Filho – Serviço de Dermatologia da UNISA

**1 de junho**

Análise crítica do laudo do diagnóstico do melanoma cutâneo

Coord.: Darwin P. Machado e Milvia Enokihara – Oncocentro

**3 de agosto**

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

Serviço de Dermatologia HC - FMUSP

**14 de setembro**

Coord.: Francisco Belfort – Instituto Brasileiro do Câncer – IBCC

**5 de outubro**

Coord.: Rogério Izar Neves – Hospital do Câncer – A. C. Camargo

**9 de novembro**

Coord.: Ival Peres Rosa e Yassunobu Utiyama – Serviço de Dermatologia – HSPM- SP

**Rio de Janeiro – RJ**

Coord.: Juan Piñeira Maceira – Depto. de Patologia – UFRJ

**17 de março**

Local: Hospital da Lagoa

**19 de junho**

Local: Petrópolis (local a ser definido)

**1 de dezembro**

Local: Hospital Pedro Ernesto - UERJ

---

## Protocolo Simplificado do Melanoma

### Análise dos Dados Estatísticos do GBM

Temos recebido os protocolos de várias partes do país. Isto tem sido motivo de estímulo para o Grupo cumprir um dos objetivos do GBM, que é obter, conhecer e divulgar a situação do Melanoma no Brasil. Como podemos observar, pela divulgação dos dados iniciais no número anterior deste Boletim, o perfil de atendimento nas Clínicas é diferente dos Centros de Referências. Queremos prosseguir na coleta destes dados, solicitando aos colegas que continuem enviando os protocolos preenchidos via correio, fax ou e-mail.

Ressaltamos a necessidade e a importância do preenchimento da data de nascimento dentro do protocolo simplificado, pois este é um dos dados para evitarmos duplicidade de registro. Insistimos que seja enviada a classificação clínico-histopatológica, níveis de Clark e espessura de Breslow nos protocolos, pois mais de 40% dos recebidos não apresentavam estes dados completamente preenchidos.

Para a atualização dos dados fornecidos, é fundamental que os colegas se identifiquem e preencham corretamente o seu endereço, pois enviamos correspondências com esta finalidade e muitas retornaram, pois o destinatário não foi encontrado. Enfatizamos aos colegas que enviaram protocolos e não receberam correspondência para completarem os dados já fornecidos, a entrarem em contato com a secretaria do GBM.

Até o momento, são mais de 600 registros. Nosso objetivo é que esse número passe de 1000 até a III Conferência, onde com a colaboração de todos estes dados poderão ser apresentados.

Esperamos encontrá-los na III Conferência Nacional de Melanoma.

**Mauro Y. Enokihara**  
**Grupo de Análise dos Dados Estatísticos do GBM**

---

### Boas Notícias

Na última reunião da Diretoria e do Conselho, realizada em novembro, foi aprovada a instituição do DIA NACIONAL DO MELANOMA, cujo principal objetivo será a prevenção. Neste dia serão realizadas palestras e divulgações através da imprensa escrita, falada e televisiva, em todo Brasil.

Estamos recebendo apoio da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos para impressão dos protocolos simplificados em 1999.

Aos Dermatologistas: a III Conferência Nacional de Melanoma está inserida no Regimento de Educação Médica Continuada / EMC-D conforme art. 10o item III, com uma pontuação de 5 unidades / dia de atividade.

Além do trabalho de divulgação e coleta de dados do protocolo simplificado, em pleno andamento, há um grupo de colegas dentro do GBM trabalhando na elaboração de um protocolo mais abrangente, que receberá dados de centros de referências.