
Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM - ANO II - No. 7
OUTUBRO, NOVEMBRO E DEZEMBRO 1999

Editorial

Recentemente estiveram entre nós, os iminentes Professores Claus Garbe (Alemanha), John Thompson (Austrália) e Martin Mihm (USA), autoridades de projeção mundial em lesões cutâneas pigmentadas e melanoma. Ficaram impressionados com as diretrizes e aspecto multidisciplinar do GBM, bem como com o nível científico e o número de participantes da III Conferência Nacional de Melanoma. Durante o encontro, idéias foram trocadas e intercâmbios estabelecidos, sendo que os mesmos aceitaram prazerosamente o convite para sócios correspondentes estrangeiros do GBM, sendo seus nomes homologados pela Assembléia Geral.

Nos próximos dois anos pretendemos continuar com este trabalho sério, objetivo contando com o apoio, idéias e participação de colegas de todo o Brasil. Os protocolos simples e completos continuam e pretendemos elaborar um novo protocolo para nevo melanocítico gigante. A prevenção e o diagnóstico precoce serão alvos de novas campanhas.

Quanto à polêmica criada por alguns trabalhos recentes na área de epidemiologia médica os quais questionam a eficácia do uso dos filtros solares, com relação à prevenção do aumento do número de nevos melanocíticos e também quanto à incidência de melanoma, a nossa opinião é de que o uso dos filtros solares é necessário como um dos componentes da fotoproteção.

Dr. Fernando A. Almeida

Melanoma & Gravidez & Hormônios

José Antonio Sanches Junior

Os efeitos da gravidez e do uso de hormônios no prognóstico do melanoma são discutidos na literatura desde 1951. Relatos de casos de transformação rápida de nevos em melanomas, de surgimento abrupto de melanomas, de sobrevidas curtas em grávidas levantaram a hipótese de que este estado fisiológico pudesse, provavelmente pela ação de hormônios, influenciar negativamente o prognóstico do melanoma. Outras evidências, como a ação terapêutica, ainda que modesta, do antiestrógeno tamoxifen no melanoma, a demonstração de que ooforectomias bilaterais prévias pudessem diminuir o risco de desenvolvimento de melanoma, e o modo de distribuição bimodal da incidência do melanoma na mulher (3ª e 5ª décadas) trouxeram mais discussão ao tema. Vários trabalhos foram publicados relatando o efeito desfavorável da gravidez no prognóstico do melanoma, com demonstração de menores intervalos livres de doença, de apresentação de melanomas em estágios mais avançados, de grande frequência de lesões de melanoma no tronco e de tumores mais espessos. A partir de 1991 há tendência em se demonstrar, em trabalhos bem conduzidos, que quando os casos são devidamente pareados por espessura, faixa etária, localização, dentre outros fatores, há evidências de que a gravidez não exerce efeito desfavorável no prognóstico do melanoma. No entanto, prossegue-se verificando que os melanomas diagnosticados durante a gravidez são mais espessos, fato ainda não bem explicado. Esses dados indicam que não há lugar para abortamento nas mulheres com diagnóstico prévio ou concomitante de melanoma. Embora gravidez subsequente pareça não influenciar negativamente o prognóstico do melanoma, a recomendação de se evitá-la por período de pelo menos dois anos após excisão de lesões com espessuras maiores de 1,5 mm, baseia-se no fato do risco inerente, moderadamente alto, para o desenvolvimento de metástases ocultas nesses casos. Pelo alto risco de doença sistêmica, gravidez está

desaconselhada por pelo menos 5 anos, nos casos com doença linfonodal. Existem trabalhos demonstrando ligeiro benefício da contracepção oral e da reposição hormonal em relação ao melanoma, enquanto outros mostram ausência de qualquer associação, não havendo até o presente razões para contra-indicação de seu uso.

Ainda nesta edição:

Melanoma na Infância

Dermatoscopia Digital

Mapeamento de Linfonodo
Sentinela

Formas Raras de MM

Melanoma na infância

Dr. Francisco Belfort

Dificuldades no diagnóstico anátomo patológico associado à relutância do clínico, são fatores importantes em retardar o diagnóstico e tratamento adequados do melanoma na infância.

Aproximadamente 2% dos melanomas ocorrem em pacientes abaixo dos 20 anos e 0,3 a 0,4% ocorrem na idade pré-puberal. Embora a incidência do melanoma venha aumentando globalmente, a raridade do mesmo na infância faz aumentar a chance de erros diagnósticos iniciais.

Acreditava-se que o melanoma infantil tivesse melhor prognóstico que o adulto; tal crença deixou de existir a partir do reconhecimento do nevo de Spitz como uma entidade à parte e hoje considera-se que a história natural da doença seja a mesma tanto na criança como no adulto, com curvas de sobrevivência comparáveis em estádios similares da doença.

Entre os fatores prognósticos, a espessura da lesão inicial é o mais importante, à semelhança do adulto; não há estudos conhecidos à respeito do valor prognóstico do linfonodo sentinela na infância, mas pode-se inferir sua utilidade na programação terapêutica.

Entre os fatores de risco para essa entidade estão os nevos congênitos gigantes, nevos atípicos, xeroderma pigmentosum, estados de imunodeficiência, bem como histórico familiar da doença.

Os sinais e sintomas são os mesmos do adulto, com exceção da cuidadosa observação que deve ser dada aos portadores do nevo congênito gigante, bem como a acuidade que deve existir na relação clínico-patologista na definição do chamado nevo azul e suas variedades esclerosante, hiperclular e maligna.

O tratamento é essencialmente cirúrgico, sendo fundamental o diagnóstico precoce para se obter resultados encorajadores, sendo certo que não há terapêutica verdadeiramente eficaz para melanoma avançado.

Nosso intuito com este tema é o de alertar os profissionais que se relacionam direta ou indiretamente com crianças, para o exame clínico atento e diagnóstico precoce de lesões pigmentadas, congênicas ou não, de qualquer localização.

Essa seria a maneira de mudar o perfil dos pacientes analisados em instituições especializadas, onde o encaminhamento dos mesmos ocorre em dois terços da vezes, em estádios avançados, conforme o exemplificado pelos números do trabalho realizado na Fundação Antônio Prudente, em que 44/56 dos pacientes já haviam recebido tratamento prévio antes de serem encaminhados, vinte e cinco com metástases linfonodais e treze com doença metastática extra-regional. Adotando-se a classificação

usada no M. D. Anderson Hospital, obtivemos 38 dos 56 pacientes com doenças em estádios III e IV.

Concluindo, devemos reconhecer que o melanoma na infância existe e o seu diagnóstico não deve ser retardado. O tratamento deve ser radical para maximizar a cura e minimizar os efeitos colaterais.

Dermatoscopia digital

Claus Garbe

A dermatoscopia digital desenvolvida com base na microscopia de epiluminescência é usada predominantemente para o exame de lesões cutâneas pigmentadas. O uso suplementar de um computador permite o armazenamento das imagens e adicionalmente confere a facilidade de análise de imagens auxiliada por um computador. A dermatoscopia digital demonstrou ser bastante útil no monitoramento de pacientes com numerosos nevos melanocíticos atípicos. A comparação de imagens com datas diferentes permite-nos detectar alterações morfológicas e crescimento da lesão ao longo do tempo. A indicação de excisão de uma lesão pigmentada pode ser feita concentrando-se mais seletivamente nas lesões que apresentam sinais de malignidade. Na microscopia de epiluminescência o diagnóstico de lesões melanocíticas malignas é baseado em sinais morfológicos como rede pigmentar irregular, pontos pretos, pseudópodes, áreas cinza azuladas e véu esbranquiçado. Na análise da imagem digital, o diagnóstico é baseado na geometria, textura e cores. Estes sinais são automaticamente analisados pelo programa baseado em algoritmo otimizado. Nós realizamos um estudo em 167 lesões cutâneas pigmentadas incluindo 130 lesões benignas e 37 melanomas malignos. A sensibilidade geral no diagnóstico do melanoma foi de 78% e a especificidade foi de 79% com análise de imagem digital. Se as lesões maiores, com margem fora do campo de exame, fossem excluídas, a sensibilidade aumentaria para 90% e a especificidade para 81%. Os programas de análise digital de imagem já se aproximam da capacidade diagnóstica de um dermatologista experiente. No entanto, eles não poderão substituir o dermatologista porque a diferenciação entre as lesões pigmentadas melanocíticas e não melanocíticas é difícil de se obter por análise de imagem digital. Lesões não melanocíticas podem ser erroneamente diagnosticadas como melanoma pelos sistemas digitais. O papel destes sistemas será, no entanto, de dar uma segunda opinião para um dermatologista experiente.

Princípios de mapeamento de linfonodo sentinela

Para melanoma e câncer de mama

John Thompson

Embora simples em conceito, a biópsia do linfonodo sentinela (SN) tanto para o melanoma como para o câncer de mama podem ser procedimentos de grande desafio para serem realizados, e, mesmo após larga experiência, algumas vezes é difícil identificar SNs com completa convicção. Ainda que hoje já se tenha boa evidência de que a biópsia seletiva de SNs (linfonodos recebendo drenagem linfática direta de locais de tumor primário) identifiquem com confiança os pacientes com melanoma metastático ou câncer de mama em linfonodos regionais, o valor clínico desta técnica continua não comprovado. Se a identificação do SN não é completamente precisa, pode-se tirar conclusões incorretas, ser dado

tratamento inapropriado ao paciente e a chance de cura do paciente arriscada. Portanto, todos tipo de assistência técnica disponível é exigida para minimizar o risco de erro. Três métodos estão atualmente disponíveis para a localização dos SNs e confirmação de sua identidade: linfocintigrafia, mapeamento linfático com corante azul e uso intra-operatório de *probe* gama. Nós descobrimos que o uso das três técnicas aumenta a segurança de identificação do SN, bem como minimiza a extensão da dissecação cirúrgica necessária e reduz o tempo de operação. Testes clínicos para avaliar a utilidade clínica e confiabilidade da biópsia do SN são evidentemente necessários. Para o melanoma já está em andamento uma ampla avaliação randômica multicêntrica e testes multicêntricos de mapeamento linfático em câncer de mama estão para serem iniciados. Até que os resultados destes testes estejam disponíveis, a biópsia do SN continua uma técnica clinicamente não comprovada e não pode ser considerada como tratamento de rotina ou padrão de tratamento para pacientes com melanoma ou câncer de mama.

Formas Raras de Melanoma

Martin Mihm

Formas raras de melanoma foram discutidas em detalhe, incluindo melanoma desmoplástico, tumores de Spitz metastáticos e melanoma animal/equino. Foram explorados os aspectos característicos do melanoma desmoplástico precoce, incluindo o padrão de infiltração, o grau de celularidade e os aspectos citológicos. Estas características foram contrastadas com a lesão completamente avançada posteriormente. Foi dada ênfase na imunohistoquímica da lesão e em como a presença de HMB 45 é virtualmente nunca encontrada nestes tumores. Foram destacados os tumores de Spitz metastáticos com evidências cuidadosamente detalhadas para o diagnóstico. A presença de nódulos dérmicos expansivos profundos foi descrita e seu significado caracterizado. Também foi discutida a recomendação para a biópsia do linfonodo sentinela. Finalmente, foram revisadas as entidades pigmentantes sintetizadoras de melanomas ou melanomas animal/equino. A importância do reconhecimento e diferenciação desta lesão do nevo azul celular foi descrita. Foram reportadas características para diagnóstico diferencial, bem como achados imunohistoquímicos.

DIRETORIA 1999/2001

GRUPO BRASILEIRO MULTICÊNTRICO E MULTIDISCIPLINAR PARA ESTUDOS DO MELANOMA - GBM

Presidente: Fernando Augusto de Almeida
1º vice-presidente..... Ivan D. A. Oliveira Santos
2º vice-presidente Lúcio Bakos
Secretário geral Mauro Y. Enokihara
1ºsecretário Paulo Rowilson Cunha
Tesoureiro Rogério Izar Neves
1º tesoureiro..... Reinaldo Tovo Filho
Diretor Científico Marcus A. Maia

Conselho Fiscal
Benjamin Golcman

Conselho Científico
Cyro Festa Neto

José Antonio Sanches Jr.
Jacques Alexandre de Mello
Gerson Junqueira

Francisco A. Belfort
João Duprat
Francisco Macedo Paschoal
Gilles Landman
José Alexandre S. Sittart
Mirian N. Sotto

Comissão Internacional
Antonio Carlos Buzaid
Ival Peres Rosa
Luis Guilherme M. Castro
Gilles Landman
Nilceo S. Michalany
Luis Fernando Tovo
Ruy Geraldo Bevilacqua
Márcio Santos Rutowitsch

Comissão da Internet
Ivan Dunshee A Oliveira Santos
Rogério Izar Neves
Francisco Macedo Paschoal
Jayme de Oliveira Filho
Flávia Brunstein
Gilson Waksman
Chao Lung Wen
Francisco Belfort

Comissão Editorial
Fernando Augusto de Almeida
Francisco A. Belfort
Marcus Maia
Mirian N. Sotto
Ana Cristina Fasanella

Comissão de Ética
Maurício Mota A. Alchorne
Jayme de Oliveira Filho
Renato Oliveira Santos Filho
Luis Fernando Tovo
M^ª Valéria B. Pinheiro
Silvia Marcondes Pereira

Comissão Regulamentadora
Paulo Rowilson Cunha
Aldo Toshi
Alice Alchorne
Renato Oliveira Santos Filho

DELEGADOS REGIONAIS DO GBM 1999/2001

Região Sudeste (Sede do GBM-SP)

Juan Piñero Maceira (RJ)
Luis Fernando Kopke (MG)
Délío Delmaestro (ES)

Região Centro Oeste

Rosilda Moreira Resende (DF)
Nildes Ferreira Borges (GO)
Gilmar P. do Espírito Santo (MT)
Pedro Lúcio Zanúncio (MS)

Região Nordeste

Maurice Bandeira (PE)
Alberto Cox Cardoso (AL)
Maria Lourdes Lopes (BA)
Francisca Estrela Maroja (PB)
Lauro Lourival Filho (PI)
Ivo Barreto (RN)
Ivan Abreu Figueiredo (MA)

Região Norte

Alcidarta Gadelha (AM)
Arival de Brito (PA)

Região Sul

Sérgio Tarlé (PR)
Nilton Nasser (SC)
Lucio Bakos (RS)
