

Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM - ANO VII - No. 25 - ABRIL MAIO JUNHO 2004

Editorial

Com a 25ª edição do Melanoma entramos no sétimo ano de publicação ininterrupta, alcançando a cada trimestre 10.500 médicos de diversas especialidades. Atingimos hoje cerca de 5% do contingente nacional de profissionais da área médica, cobrindo o universo dos setores mais relacionados à detecção, análise e tratamento do melanoma.

Estes números mostram que o GBM vem se consolidando como um grupo multiprofissional de grandes ambições no âmbito do conhecimento e da disseminação de informações técnico-científicas.

Nesta edição destacamos os assuntos: pseudomelanoma cutâneo, melanoma fino, apoio psicológico ao paciente com melanoma e reunimos resumos de artigos sobre prognóstico e tratamento extraídos da literatura recente.

Temos certeza de estar proporcionando informações que auxiliarão à prática diária de nossos leitores e conseqüentemente beneficiando nossos pacientes.

Fernando A. Almeida

Atenção

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")

ARTIGO DE REVISÃO

Pseudomelanoma cutâneo

Bianca Costa Soares De Sá e Gisele Gargantini Rezze

O pseudomelanoma cutâneo, também chamado nevo persistente ou nevo recorrente, ocorre após a remoção incompleta de um nevo, geralmente utilizando-se as técnicas de shaving, eletrodissecção, laser ou dermoabrasão. A pigmentação no nevo recorrente é confinada à região da cicatriz e aparece poucas semanas após o procedimento e se mantém estável. Diferentemente, no melanoma cutâneo recorrente a pigmentação não respeita as bordas da cicatriz e alcança a pele adjacente, aparece mais lentamente (meses ou anos após a exereses da lesão primária) e evolui progressivamente. O diagnóstico histopatológico dos nevos recorrentes é difícil, pois estas lesões podem apresentar alterações sugestivas de melanoma cutâneo. Desta forma a história clínica e o exame anátomo-patológico prévio são de grande importância.

Na dermatoscopia, os nevos recorrentes apresentam-se assimétricos, com pigmentação de aspecto bizarro e presença de área branca correspondente à cicatrização. As áreas de pigmentação apresentam terminação abrupta, estrias, pontos pretos e áreas com coloração azul-acinzentada. Pode-se encontrar uma coloração vermelha, que é atribuída à neovascularização. As estrias são geralmente alongadas e dispostas paralelamente. Quanto maior o número de características dermatoscópicas e quanto mais bizarro o aspecto da lesão, maior a chance de diagnóstico para melanoma cutâneo.

O exame anátomo-patológico do nevo recorrente pode apresentar melanócitos atípicos isolados ou em ninhos, dispostos ao longo da junção dermo-epidérmica e, ocasionalmente, estendendo-se para a derme superior ou para a epiderme. Os melanócitos podem seguir um padrão pagetóide, tornando difícil a diferenciação do melanoma cutâneo. Pode-se encontrar remanescentes do nevo na derme reticular abaixo da área de cicatriz, facilitando o diagnóstico correto. Infiltrado linfocitário e melanófagos também podem ser encontrados na derme superior. Hoang et al. observaram que a imuno-histoquímica poderia ajudar a distinguir os nevos recorrentes dos melanomas cutâneos. Demonstraram que utilizando-se os anticorpos HMB-45 e antitirozinase, as lesões de nevo recorrente apresentavam um padrão de maturação dos melanócitos na derme (não observado nas lesões de melanoma cutâneo) e utilizando-se Ki-67, o índice de proliferação se apresentava mais baixo (em relação ao índice observado nas lesões de melanoma cutâneo).

Os nevos recorrentes são importantes no diagnóstico diferencial com os melanomas cutâneos, e a história clínica é de fundamental importância para a realização do diagnóstico correto, principalmente para o patologista, que pode ter dificuldades na ausência destas informações.

6ª Conferência Brasileira Sobre Melanoma

A proposta desta Conferência é discutir a abordagem do melanoma baseada em evidências. Com temas de interesse do dermatologista, cirurgião geral, oncológico e plástico, oncologistas clínicos, patologistas, psicólogos, estudantes e residentes. Com um formato que favorece a participação ativa de todos os presentes, estimulando momentos de discussão e interação.

Presidente: Miguel Ângelo Brandão

Data: 18 a 20 de agosto de 2005.

Local: Bahia Othon Palace Hotel.

Secretaria Executiva: Eventus System: Rua 8 de Dezembro, 547, Graça, 40150-000,

Tel: 55 (71) 264-3477 / Fax: (71) 264-0508 - Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: informa@eventussystem.com.br

Inscrições: As inscrições poderão ser feitas pelos Correios ou na Secretaria do evento até o dia 20 de julho de 2005.

A partir desta data, as inscrições só serão feitas no local do congresso, a partir das 7h do dia 18 de agosto de 2005.

Temas Livres: O prazo para entrega dos temas livres é 30/05/2005 (postagem).

Mais Informações: <http://www.melanoma2005.com.br>

Errata

Publicamos números incorretos na **edição 24 do Melanoma, pág. 2, item 4.**

A versão correta encontra-se abaixo.

Usa corante vital? Qual?

Utilizar como corante vital o azul patente, em média 1 ml em localização intra-dérmica, seguindo-se a orientação dos quatro pontos cardeais, distantes 5 mm 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 1 ml porém nunca superior a 2 ml.



Melanoma fino

Francisco Burnier Carlos Pereira

A incidência do melanoma cresce mais rapidamente do que qualquer outra neoplasia nos EUA. A maior parcela desta incidência é composta por melanomas finos (<1mm), o que corrobora a idéia de uma melhoria diagnóstica associada a maior conscientização da população geral. Entretanto, nota-se também um aumento na incidência de tumores em fase avançada, sugerindo um real aumento na incidência da doença, e que pode estar associado à exposição solar. Enquanto os progressos na área terapêutica, ainda ficam distantes do ideal, novos métodos diagnósticos e de estadiamento conquistaram seu papel na rotina de investigação. Mais especificamente, a dermatoscopia e a pesquisa do linfonodo sentinela (PLS).

A dermatoscopia presta-se a considerar suspeita uma lesão clinicamente benigna, porém, devemos ter cuidado com a situação inversa. Na presença de uma lesão clinicamente suspeita, jamais deixar de biopsiá-la caso a dermatoscopia a considere benigna. Desta maneira a dermatoscopia é peça chave na detecção precoce do melanoma. Enquanto a relevância da PLS em relação à sobrevida dos pacientes permanece incerta, sua execução de forma rotineira não deve ser questionada.

O papel da PLS como definidor do melanoma micrometastático é indiscutível. Em 2002, o Dr. Brundtland, diretor geral da OMS disse a seguinte frase: "A PLS é o tratamento padrão no manejo do melanoma, sendo o ponto de partida para futuras estratégias e terapias adjuvantes. Os que continuam a argumentar contra a PLS precisam explicar porque acreditam que o estadiamento destes pacientes não é válido". A positividade da PLS no melanoma fino é obviamente inferior à do melanoma de espessura intermediária. Fatores que têm sido utilizados na seleção de pacientes deste subgrupo como candidatos à PLS são a presença de ulceração, os níveis de invasão, a fase de crescimento vertical, o índice mitótico e a presença de regressão extensa.

Para os tumores com espessura <0,76mm, a taxa de recorrência é muito pequena, e admite-se quase que consensualmente que a PLS não estaria indicada para estes pacientes, a não ser quando na presença de Clark IV ou V, ou em tumores ulcerados. Esta, aliás, é a recomendação do GBM. Outro aspecto importante da PLS para os

melanomas finos é a utilização do RT-PCR (reação da cadeia da polimerase por transcrição reversa), que aumenta consideravelmente a positividade do procedimento nestes pacientes.

Os fatores de prognóstico utilizados atualmente no estadiamento do melanoma primário não trazem muita novidade. Apenas vêm com um embasamento maior quanto a sua significância. A maior espessura tumoral permanece como o principal indicador do prognóstico destes tumores. Descrito em 1970, na época Breslow idealizou que a maior espessura tumoral representaria uma medida indireta do volume tumoral. Volume este que foi descrito por Friedman e cols. (1991) como um fator prognóstico mais fidedigno que o índice de Breslow. Entretanto, para o melanoma fino que evolui com metástases, o índice de Breslow não é fidedigno.

A presença de ulceração, definida pela interrupção microscópica do epitélio que recobre o tumor, já vinha sendo demonstrada como um fator prognóstico independente desde o trabalho de Balch e cols. (1980). Em 1997, o AJCC, apesar de não incluí-la no estadiamento, recomendava que estivesse presente nos laudos histopatológicos. A ulceração surge na maioria das vezes no tumor avançado, apesar de fidedigna e pouco observada no melanoma fino. A grande vantagem da ulceração e de sua espessura está em sua objetividade, associada ao alto grau de reprodutibilidade. Por motivo inverso a este, os níveis de invasão deixam de fazer parte do estadiamento dos tumores de espessura intermediária e espessos, sendo utilizados apenas para os tumores finos. Aliás, é no melanoma fino, de grande interesse ao dermatologista, que se vê a maior necessidade do aprimoramento da avaliação prognóstica, visto que esta parcela de pacientes está potencialmente curada.

Sabe-se que, em torno de 5% das vezes, os casos de melanoma fino evoluem com progressão metastática do tumor, em geral nos primeiros cinco anos após o diagnóstico. Este fato é motivo de grande constrangimento e sentimento de impotência por parte do médico assistente, muitas vezes o dermatologista.

Muito tem sido pesquisado em relação a outros fatores, tais como os níveis de invasão, o número de mitoses, a localização anatômica, a idade e o sexo, o índice mitótico, a presença ou não de infiltrado inflamatório, a regressão, a angiogênese, e marcadores imuno-histoquímicos de atividade proliferativa como o PCNA e o Ki-67 entre outros. A utilização do nível de Clark no estadiamento destes pacientes também esbarra na sua grande subjetividade.

Idade avançada e sexo masculino são tidos como fator de pior prognóstico também para os tumores finos. A regressão e a involução espontânea, total ou parcial, é teoricamente um bom indicador prognóstico, mas quando testado mostra resultados muito conflitantes.

A localização anatômica tem sido associada à progressão tumoral do melanoma fino. Alguns trabalhos sugerem que a cabeça e o pescoço seriam as áreas de pior prognóstico, outros apontam as pernas, e outros o tronco. Numa análise breve da literatura tem-se a impressão de que o corpo inteiro estaria associado ao mau comportamento do melanoma fino, e a localização anatômica como fator prognóstico para estes tumores, mais uma vez perde-se em meio à disparidade de resultados. A verdade é que nenhum destes fatores foi considerado independente o suficiente para ser utilizado rotineiramente no estadiamento, ou para discriminar dentre os pacientes de melanoma fino qual poderá beneficiar-se da PLS, de uma conduta cirúrgica mais agressiva ou de terapias adjuvantes, pelo menos para os tumores < 0,75mm.

A citomorfometria nucleolar, mais precisamente a média dos dez maiores nucléolos (MDMNI), já é utilizada no prognóstico dos melanomas oculares há pelo menos duas décadas. Burnier Pereira F. e cols (2001) descreveram a MDMNI como um fator prognóstico independente para o melanoma cutâneo. Neste mesmo estudo foi avaliada também a média dos dez maiores núcleos (MDMN), que mostrou-se relevante para o prognóstico dos melanomas, embora não permanecesse independente na regressão logística multivariável. Binder e cols. (1992) demonstraram a relevância do volume nuclear no prognóstico dos melanomas cutâneos. Burnier Pereira F. (2001) apresentou tese de doutorado onde a utilização da MDMNI mostrou-se independente também na determinação prognóstica de 29 pacientes de melanoma fino. Por analogia a Breslow, admitiu-se que uma medida linear do tamanho nuclear e nucleolar pudesse representar indiretamente o seu volume.

Estudos em melanomas oculares mostram que a MDMNI é um fator prognóstico mais relevante que o número de mitoses. Tal fato é creditado a uma possível relação do tamanho nucleolar com a atividade proliferativa, visto que esta organela desaparece na prófase e reaparece na telófase. McLean e cols. (1983) argumentam que o tamanho dos nucléolos representa uma avaliação da atividade proliferativa mais precisa que o número de mitoses, ou sua relação com o prognóstico destes tumores seria determinado por mecanismo outro que não a proliferação das células neoplásicas.

Enquanto o papel da MDMNI no prognóstico do melanoma cutâneo fino ainda necessita de maiores investigações, é nossa opinião que este fator possa representar um possível indicador para seleção de pacientes de melanomas inferiores a 0,75mm em espessura, candidatos a PLS, margens de ressecção mais amplas e terapia adjuvante.



Apoio psicológico

Mia (Ingrid Maria) Olsén de Almeida

O que é Psico-oncologia?

Constitui-se em uma especialidade da Psicologia da Saúde (hospitalar), que se propõe a atender "pessoas normais" em "situações anormais". É uma interface entre a psicologia e a oncologia requerendo conhecimento de ambos.

Cabe ao psico-oncólogo minimizar direta ou indiretamente o sofrimento do paciente causado pela doença, pelas hospitalizações e/ou tratamentos decorrentes. Diretamente seria a atuação junto ao paciente. Apesar de sabermos que cerca de 50% dos pacientes oncológicos necessitam abordagens psicoterapêuticas, isso normalmente não acontece, principalmente por motivos como a falta de conhecimento do que a psico-oncologia faz, da não priorização da saúde mental diante da questão da "sobrevivência", de fatores econômicos e do não reembolso de convênios.

No entanto, 100% dos pacientes necessitam de atitudes terapêuticas, ou seja, a psico-oncologia atuando mais indiretamente através de seus cuidadores. Estes cuidadores seriam sua família e toda a equipe de saúde multiprofissional envolvida no seu atendimento (enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e serviços gerais). Assim, ficamos disponíveis ao paciente, às pessoas com as quais têm vínculos significativos e a todos os membros da equipe multiprofissional na:

- Prevenção de problemas;
- Manejo de situações emergenciais (o mais freqüente);
- Processo de reabilitação;
- Processo de luto e perdas (papéis sociais, desfigurações físicas, ter que deparar-se com a possibilidade de morte e/ou com a mesma).

Questões centrais constituem:

- Como ajudar esse paciente no "aqui e agora"?
- O que está afetando sua qualidade de vida nesse momento?
- De que recursos dispõe e como mobilizá-lo?
- Como otimizar a adesão, por escolha, ao tratamento?

Para isso é fundamental a abordagem pela Psicoterapia Breve Integrativa (psicoterapia voltada para o "aqui e agora" do paciente baseada na utilização integrativa de "técnicas psicoterapêuticas" adaptadas às necessidades e a linguagem deste paciente) e uma Equipe Multiprofissional Integrada (onde os papéis de cada um estejam claramente definidos e voltados ao atendimento do paciente).

Um conceito extremamente útil nessa tarefa é a DOR TOTAL de Cecily Saunders (pioneira dos cuidados paliativos). Dor (sofrimento) sendo sempre físico, psíquico, social e espiritual, o paciente na sua "totalidade dinâmica". Em pacientes de melanoma avançado o predomínio de um ou outro desses aspectos pode mudar de forma muito rápida e pouco previsível, pois somente o paciente sabe o que isso significa para ele.

DOR FÍSICA

Podemos trabalhar a Dor Física (e funcional) através de:

- "Escuta" (estar disponível para realmente ouvir e entender).
- Contato físico (tocar, segurar a mão, abraçar, etc...).
- "Psicobiohigiene" (reconhecer e aprender a conviver com seu novo biorritmo e limitações).
- Técnicas não farmacológicas de controle de sintomas (hipnoterapia, relaxamentos, visualizações, musicoterapia, etc...).
- Abordagens corporais (massagens, toques específicos).

DOR PSÍQUICA

O que o paciente espera do psicólogo em relação ao seu sofrimento emocional (Dor Psíquica)?

Alguém que realmente se "importe" (Someone who truly cares).
Alguém que esteja "com".
Alguém que não seja da família (e por vezes nem seu médico), e que tenha preparo profissional para ouvir "qualquer coisa".
Alguém que fale das experiências de outras pessoas, em situações parecidas.
Alguém que ajude a avaliar os prós e contras (tomadas de decisões, muitas vezes a curtíssimo prazo).

DOR SOCIAL

No referente a Dor Social (perda de papéis e status social, mudanças de papéis no grupo familiar, sensação de abandono real ou imaginário, mudanças de auto imagem), daremos ênfase a como beneficiar o paciente através da equipe. Para isso é necessário:

Criar um espaço aberto onde as "questões emergentes" possam ser acolhidas, compartilhadas e elaboradas (como lidar consigo, para poder lidar com o paciente).
Ser um elemento facilitador do trabalho como equipe, intermediando a comunicação, se necessário buscando promover o sentido da equipe.
Desenvolver as habilidades de comunicação necessárias ao desempenho profissional, favorecendo feedbacks positivos (auto-imagem de competência).
Prevenir Burnout (esgotamento profissional) promovendo os auto-cuidados (entrar em contato consigo mesmo e suas necessidades).
Contribuir para o aprimoramento profissional através de reuniões informativas e interativas sobre temas específicos, como:

Diferenças entre depressão profunda, depressão reativa, tristeza, processo de desligamento de vida, e como abordá-los.
Quadros de delírios: possíveis etiologias, sintomas e manejo.
Processo de luto e suas diferentes manifestações e manejo.

Assim teremos "cuidadores inteiros" capazes de cuidar de indivíduos na sua totalidade.

DOR ESPIRITUAL

Como abordar questões existenciais e/ou religiosas da Dor Espiritual? A possibilidade da morte e do morrer?

Estas mesmas questões estarão presentes não só para o paciente, como para familiares e membros da equipe que por vezes se identificam de forma mais pessoal com determinadas situações e sofrimentos. Será necessário entrar na linguagem do paciente (religiosa ou não) ajudando-o a buscar o sentido, a resignificação, a repriorização, a desenvolver formas de enfrentamento as mais adequadas possíveis. Nem sempre a linguagem é direta, por vezes é metafórica, sempre respeitando as saudáveis e necessárias defesas do paciente.

Assim não existem "receitas prontas" mas seres humanos únicos em situações sempre únicas que precisam ter suas necessidades únicas acolhidas e reconhecidas. Para pacientes de alto risco de melanoma, na maioria dos casos, aparentemente assintomáticos, seria especialmente importante que esse tipo de abordagem estivesse à disposição desde o primeiro contato com a equipe. Poderia ser facilitador uma mensagem do tipo:

"Sabemos que os pacientes não procuram este hospital por problemas psicológicos, porém reconhecemos o impacto que este diagnóstico e tratamentos correlacionados podem ter sobre o paciente, sua família e sua vida. Frente a situações tão novas, consideramos que o atendimento psicológico em muito poderá contribuir para um tratamento geral, mas personalizado e integrado em nossa instituição".



Prognóstico e Tratamento

**Resumos de artigos publicados em revistas indexadas
selecionadas por Eduard Brechtbühl**

Importância prognóstica da taxa mitótica tumoral

HISTÓRICO: O Dr. Vincent McGovern (1915 a 1983) foi uma autoridade internacional na patologia do melanoma e

um dos primeiros a sugerir que a avaliação da taxa mitótica tumoral (TMR) poderia fornecer informações úteis para o prognóstico da doença. Os dados de uma ampla coorte de pacientes, agora com acompanhamento prolongado, nos quais os tumores foram avaliados pelo Dr. McGovern, voltaram a ser analisados para uma nova avaliação do valor prognóstico independente da TMR no melanoma cutâneo de localização primária.

MÉTODOS: As informações foram retiradas da base de dados da Unidade de Melanoma de Sydney para 1317 pacientes tratados entre 1957 e 1982. Nestes casos, havia informações clínicas completas e o exame patológico da lesão primária, que incluiu espessura do tumor, estado ulcerativo e TMR, executado pelo próprio Dr. McGovern. Todas estas avaliações foram feitas de acordo com as recomendações da 8ª Conferência Internacional de Células Pigmentares, promovida em Sydney, em 1972, sob o patrocínio da União Internacional Contra o Câncer. Os fatores prognósticos de sobrevida específicos para o melanoma foram analisados segundo o modelo de regressão de risco proporcional de Cox.

RESULTADOS: O estadiamento, de acordo com as disposições recentemente revisadas do Comitê Americano sobre o Sistema de Estadiamento do Câncer (baseado na espessura e ulceração do tumor), mostrou-se o fator de maior valor prognóstico para a sobrevida ($P < 0,0001$), seguido pelo local de lesão primária ($P < 0,0001$), idade do paciente ($P = 0,0005$) e TMR ($P = 0,008$). **CONCLUSÕES:** Foi confirmada a importância da TMR como um fator prognóstico independente para a sobrevida de pacientes portadores de melanoma cutâneo primário. Contudo, o valor prognóstico mostrou-se inferior ao considerado na revisão dos dados de 1982 frente as recomendações de TMR de 1972. FRANCKEN, A.B.; SHAW, H.M.; THOMPSON, J.F.; SOONG, S.J.; ACCORTT, N.A.; AZZOLA, M.F.; SCOLYER, R.A.; MILTON, G.W.; MCCARTHY, W.H.; COLMAN, M.H.; MCGOVERN, V.J. The Prognostic Importance of Tumor Mitotic Rate Confirmed in 1317 Patients With Primary Cutaneous Melanoma and Long Follow-Up – Ann. Surg. Oncol., 11: 426-433, 2004.

Fotemustina vs dacarbazina

OBJETIVO: Comparar a fotemustina e a dacarbazina (DTIC) em termos de índice de resposta total (IRT) como medida de resultado primário e sobrevida total, duração das respostas, tempo até a progressão e tempo até a ocorrência de metástases cerebrais, bem como avaliar a segurança e a qualidade de vida em pacientes que apresentam melanoma cutâneo disseminado.

PACIENTES E MÉTODOS: Os pacientes receberam semanalmente fotemustina intravenosa, 100mg/m², por 3 semanas, ou DTIC 250mg/m²/dia, por 5 dias consecutivos, a cada 4 semanas (dois ciclos). Os pacientes que não apresentaram progressão receberam um tratamento de manutenção a cada 4 semanas (fotemustina 100mg/m² ou DTIC 250mg/m², por 5 dias).

RESULTADOS: Duzentos e vinte e nove pacientes foram distribuídos aleatoriamente para receber fotemustina ou DTIC. O melhor IRT foi superior no grupo sob fotemustina em comparação ao grupo sob DTIC na população com intenção de tratamento ($n=229$; 15,2% versus 6,8%; $P=0,043$) e na série completa de análises ($n=221$) (15,5% versus 7,2%; $P=0,053$). Foram observadas médias semelhantes de duração de resposta (5,8 meses com fotemustina versus 6,9 meses com DTIC) e tempo até a progressão (1,8 versus 1,9 meses, respectivamente). Nos pacientes sem metástases cerebrais no momento da inclusão, o tempo médio até o desenvolvimento das mesmas foi de 22,7 meses com fotemustina versus 7,2 meses com DTIC ($P=0,059$). A sobrevida média foi de 7,3 meses com fotemustina versus 5,6 meses com DTIC ($P=0,067$). A toxicidade principal observada foi neutropenia de grau 3 a 4 (51% com fotemustina versus 5% com DTIC) e trombocitopenia (43% versus 6%, respectivamente). Não foram notadas diferenças significativas quanto à qualidade de vida entre os grupos.

CONCLUSÃO: O IRT mostrou-se mais alto com o uso da fotemustina em comparação à DTIC no tratamento de primeira linha do melanoma disseminado. Foi evidenciada uma tendência favorável à fotemustina em termos de sobrevida total e tempo até a metástase cerebral.

AVRIL, M.F.; AAMDAL, S.; GROB, J.J.; HAUSCHILD, A.; MOHR, P.; BONERANDI, J.J.; WEICHENTHAL, M.; NEUBER, K.; BIEBER, T.; GILDE, K.; GUILLEM PORTA, V.; FRA, J.; BONNETERRE, J.; SAÏAG, P.; KAMANABROU, D.; PEHAMBERGER, H.; SUFLIARSKY, J.; GONZALEZ LARRIBA, J.L.; SCHERRER, A.; MENU, Y.

Fotemustine Compared With Dacarbazine in Patients With Disseminated Malignant Melanoma: A Phase III Study - J Clin Oncol; 22 1118-1125, 2004.



Calendário das reuniões científicas mensais do GBM – 2004

Tema: Discussão de casos clínicos

São Paulo/SP

Horário: 12:00 às 13:15 h

APM – Associação Paulista de Medicina - SP

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**

Porto Alegre/RS

Horário: 10:00 às 12:00 h

Dia de 11 agosto

Hospital Mãe de Deus

Sala de aula (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**

EXPEDIENTE

Diretoria GBM

Comissão editorial

**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

Colaboradores desta edição:

Bianca Costa De Sá, Eduard
Brechtbühl, Francisco Burnier
Carlos Pereira, Gisele Gargantini
Rezze, Mia (Ingrid Maria) Olsén
de Almeida

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
Brechtbühl

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