

Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM – ANO XIII – Nº 49 – ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2010



Editorial

Alberto Wainstein

Completamos com muito orgulho 13 anos de edições ininterruptas do Boletim do Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM). Esta iniciativa, com grandes méritos para todos do GBM, certamente contribuiu de maneira decisiva para colocar o Melanoma em evidência no Brasil e otimizar, padronizar e atualizar a atenção ao Melanoma em nosso país, colocando-nos em evidência na vanguarda mundial. Neste mês o GBM foi parabenizado durante o Global Melanoma Task Force como modelo de articulação e organização nacional, sendo inclusive mencionado como exemplo para ser seguido em países continentais como China e Rússia. Para continuarmos neste caminho precisamos consolidar nossos alicerces em todo o Brasil de maneira integrada e multidisciplinar:

Nesta edição o Dr. Bernardo Garicochea apresenta de maneira muito didática e amigável uma atualização sobre melanoma hereditário onde mostra as aplicações, limitações e perspectivas dos testes genéticos em melanoma. O Dr. Vinícius Vasquez, apresenta descrição de via de acesso inovatória para linfadenectomias inguinais através da videocirurgia. Esta técnica tem aplicações promissoras, o que certamente diminui a morbidade cirúrgica.

O Dr. Mauro Enokihara, na coluna do Ombudsman, mostra iniciativas que visam fortalecer o GBM regionalmente. Precisamos ter presença e reconhecimento em todos os estados para aperfeiçoar a representatividade e principalmente cumprir os objetivos de disseminar e aprimorar conhecimentos e a atenção a pacientes com melanoma. Incentivamos, portanto, todas as iniciativas locais.

Lembramos que estamos abertos para sugestões de temas para serem apresentados e discutidos neste Boletim, bem como são bem-vindas as iniciativas de associados para abordarem tópicos de interesse do GBM. O caráter nacional e a multidisciplinaridade da atenção ao melanoma são ativos que sempre serão estimulados e para isso contamos com o interesse e participação de todos.

O QUE FAZER



Viabilidade da linfadenectomia inguinal por videocirurgia

Vinícius de Lima Vazquez – Hospital de Câncer de Barretos



A linfadenectomia inguinal para melanoma é procedimento padronizado para o tratamento das metástases linfonodais inguinais. A abordagem aberta objetiva o controle regional

da doença, mas é associada a elevada incidência de complicações como a deiscência da ferida cirúrgica, seromas e infecções posoperatórias. A linfadenectomia por videocirurgia oferece em teoria os resultados curativos da linfadenectomia aberta, associada a menor número de complicações posoperatórias e melhor resultado estético. Por ser uma nova técnica, é atualmente avaliada pelos grupos que desenvolvem este método para o tratamento de micrometástases diagnosticadas na pesquisa do linfonodo sentinela, principalmente pela facilitação técnica da ausência de massas tumorais e menor risco de disseminação tumoral, por possível maior manipulação intraoperatória.

Descrição técnica: O paciente é posicionado em uma mesa cirúrgica com perneira, em posição de litotomia.

Os limites do triângulo femoral são previamente demarcados na pele para o correto posicionamento dos trocateres e para delimitar a área de dissecação. O cirurgião fica entre as pernas do paciente. O primeiro auxiliar com a ótica fica posicionado à esquerda, o monitor à direita ao nível do ombro, com todos os equipamentos (fonte de CO₂, fonte de luz e insuflador). Usamos para dissecação pinças seladoras hemostáticas de 5mm, três trocateres de 5 mm infantil, uma ótica de 3 ou 5mm de 30 graus e cliques vasculares de 5 mm (para ligadura da veia safena). O procedimento é realizado através de três portais: no ápice do triângulo femoral, região medial aos adu-

tores e lateral ao músculo sartório. O procedimento inicia-se com uma pequena incisão no ápice do triângulo femoral, para a dissecação com uma tesoura longa entre a pele e a fásia de Scarpa, no qual criamos um espaço, uma "cavidade para trabalho". O primeiro trocater é colocado nessa incisão, no ápice do triângulo femoral. Proceder-se a insuflação com CO₂, inicialmente com pressão de 15 mmHg e posteriormente baixando para 8 mmHg. Outros dois trocateres de 5 mm são posicionados sob visão direta, lateralmente ao triângulo femoral.

Inicia-se a dissecação na cavidade liberando e seccionando os vasos perforantes remanescentes do subcutâneo superficial. O espaço anterior de trabalho é caracterizado como a área criada entre o tecido fibrogorduroso ("teto de pele" e gordura subcutânea), e os linfonodos que são dissecados ao longo da fásia de Scarpa. Isso é idêntico ao espaço criado durante o procedimento aberto. Após confeccionar a "cavidade de trabalho", a dissecação continua na parte lateral do triângulo femoral, sendo o limite da dissecação o adutor longo, até visualizar o ligamento inguinal, da mesma forma do lado medial, como limite a borda lateral do músculo sartório. Esta dissecação é eficiente quando ocorre identificação da fásia dos respectivos músculos e correlação com a transluminação da pele criada pela ótica dentro da cavidade. A veia safena é visualizada na face medial do triângulo femoral, próximo ao ápice, e é prontamente dissecada e ligada com clipe vascular e seccionada com tesoura. A fásia profunda da coxa é vista imediatamente abaixo desta dissecação e logo as fibras musculares são visualizadas. A identificação da artéria femoral é possível pela visualização do pulso. A dissecação é então realizada do ápice (inferior) em direção ao ligamento inguinal

VEJA NESTA EDIÇÃO:

■ Quando Suspeitar de Melanoma Hereditário? ■ Fique Por Dentro



Fig.1 – Limites do triângulo femoral desenhado, delimitando a zona de dissecação da linfadenectomia.



Fig.2 – Três trocateres de 5 mm são posicionados no ápice do triângulo femoral, os trocateres laterais são posicionados pelo menos a 3 cm para fora do triângulo femoral e a ótica no trocarter central a 1 cm do ápice.

(superior), que é justaposto a artéria. A veia femoral é identificada medialmente a artéria, e dissecada em conjunto com a artéria femoral até a crossa da safena, onde é ligada duplamente com clipe hemostático vascular de 5 mm. Completa-se a dissecação junto ao ligamento inguinal com a identificação do canal femoral e a visualização de suas estruturas. O procedimento finaliza-se com ampliação da incisão do portal do ápice do triângulo (portal da ótica), com a retirada da peça cirúrgica, posicionamento do dreno de aspiração fechada (idêntico ao utilizado na cirurgia convencional) e síntese das outras duas incisões dos portais. O dreno permanece até a saída de menos de 50ml/dia, sendo retirado ambulatorialmente. O número de linfonodos retira-

dos é o mesmo da técnica convencional. A linfadenectomia por videoescopia é viável para pacientes com melanoma e pode reduzir as taxas de complicações da ferida como deiscência, infecções, sangramentos e trombose devido a exposição dos vasos femorais. A morbidade é minimizada pela eliminação da incisão inguinal e também pela não necessidade da transposição do músculo sartório sobre os vasos femorais. A evolução da técnica e de possíveis indicações é objeto de estudo atual.

Agradecimentos

Agradeço especialmente os Drs. Antônio Talvane Torres de Oliveira e Croider Lacerda pelo desenvolvimento da técnica em nosso hospital.



Fig. 3 – Resultado final da linfadenectomia, com dreno de sucção posicionado.

Reuniões Científicas Mensais do GBM

20 de AGOSTO

Reunião Científica – São Paulo

Horário: 18h00 às 19h00

Serviço: HCFMUSP

Local: Av. Dr. Eneas de Carvalho

Aguiar, 255, 2º andar,

sala 2305/2307

Coord.: Dr. Jose Antonio Sanches e

Dra. Mirian Sotto

Transmissão via web meeting (gbm.org.br)

17 de SETEMBRO

Reunião Científica – São Paulo

(presencial)

Horário: 12h00 às 13h00

Serviço: Hospital Servidor Público

Estadual

Local: Av. Brig. Luiz Antonio, 278

Bela Vista, 10º andar, sala bege

Coord.: Dra. Neusa Valente e

Dra. Marli Calux

8 de OUTUBRO

Reunião Científica – São Paulo

Horário: 18h00 às 19h00

Serviço: Hospital A. C. Camargo

Local: Av. Dr. Eneas de Carvalho

Aguiar, 255, 2º andar, sala

2305/2307

Coord.: Dr. João Duprat, Dr. Eduard

Rene e Dr. Gilles Landman

Transmissão via web meeting (gbm.org.br)

5 de NOVEMBRO

Reunião Científica – São Paulo

(presencial)

Horário: 12h00 às 13h00

Serviço: Hospital do Servidor Público

Municipal

Local: Av. Brig. Luiz Antonio, 278

Bela Vista, 10º andar, sala bege

Coord.: Dr. Nilton di Chiacchio e

Dra. Selma Cernea



Fig. 4 – Paciente com pontos no quinto posoperatório, momento da retirada do dreno e sem complicações em região operatória.



Quando suspeitar de melanoma hereditário?

Bernardo Garicochea

Professor Catedrático de Medicina Interna da PUCRS – Diretor do Serviço de Oncologia da PUCRS – Médico coordenador da Unidade de Aconselhamento Genético do Centro de Oncologia do Hospital Sírio Libanês, SP



A Sra M.F. apresenta-se muito apreensiva pela possibilidade de ser portadora de um gene para melanoma. Ela tem 43 anos e três filhos. A preocupação de M.F., especialmente voltada às crianças, não é produto de fantasia: o pai faleceu de melanoma há 3 meses, depois de uma longa luta contra a doença. O melanoma deixou rastros em gerações passadas: a avó paterna faleceu aos 35 anos e um irmão dela teve um diagnóstico de melanoma também antes dos 40 anos, falecendo da doença na faixa dos 45 anos. A avaliação de uma família como esta não deixa dúvidas que estes casos de melanoma são produto de um gene autossômico dominante cuja penetrância é muito elevada, ou seja, tumores ocorrendo possivelmente em todos os portadores e em idade muito precoce na maioria. Seria recomendável que M.F. realizasse um teste genético para saber se é portadora? Síndromes hereditárias como esta têm padrão mendeliano de transmissão e filhos de portadores têm 50% de chance de também terem herdado o gene de melanoma. M.F. poderia adotar alguma medida de redução de risco caso descobrisse ser portadora de um gene de melanoma? Estas questões são muito difíceis de serem respondidas genericamente. Diferente de casos de famílias com câncer de mama ou de cólon hereditários, em que as medidas de redução de risco têm impacto comprovado na redução de mortalidade, no caso do melanoma hereditário esta é ainda uma questão em aberto. A razão é simples: as síndromes de melanoma hereditário são muito heterogêneas. Os genes que provocam o aparecimento de melanoma são profundamente moduláveis por outros genes que foram recentemente descobertos. Aliás, o funcionamento desta orquestra de genes na origem do melanoma é uma das descobertas mais fascinantes sobre a doença nos últimos anos e cujo resultado promete reescrever em breve o tratamento do melanoma e auxiliar no desenvolvimento de estratégias individualizadas para a prevenção da doença.

Um outro problema com os testes genéticos em melanoma diz respeito às ferramentas que dispomos para detectar a doença em estágios precoces. Elas são simplesmente idênticas para porta-

dores ou para indivíduos em alto risco que não são portadores: dermatoscopia periódica e proteção contra a luz solar. Imagine uma família de pessoas de pele clara e cabelos ruivos repleta de casos de melanoma. O teste de DNA revela que alguns indivíduos assintomáticos e jovens são portadores de mutação. Eles são encaminhados para um programa intenso de rastreamento para busca de lesões suspeitas. Outros membros da família, com o mesmo fenótipo, seriam poupados de tal estratégia, mesmo sabendo-se que o risco de melanoma destas pessoas é até 4 vezes maior que a população normal, mesmo sem serem portadores de mutação?

Na verdade, hoje em dia, o papel do teste de DNA, para quem tem recursos para pagá-lo, tem uma função muito mais de conforto psicológico do que propriamente de estimar precisamente o risco de melanoma e de estabelecer programas diferenciados de rastreamento. Pacientes extremamente ansiosos com a possibilidade de serem portadores sentem um enorme alívio emocional se recebem um resultado negativo de teste de DNA, mesmo que isto implique em que eles também devam seguir um programa de rastreamento dermatológico. Uma outra situação em que o teste pode ser importante é em casos em que a mutação genética aponta para aumento de risco de câncer em outros órgãos, como câncer de pâncreas. Neste caso, um teste negativo evita que este indivíduo precise realizar rastreamento agressivo para este outro tumor.

Testes de DNA – Atualmente dispomos de testes para quatro genes que aumentam a predisposição para melanoma. O mais comum de todos, o gene CDKN2A aumenta o risco relativo de melanoma em 70 vezes. O risco de câncer de pâncreas aumenta em algumas famílias com mutação neste gene, mas o risco relativo deste aumento é incerto. Mutações nos genes p14^{arf} e CDK4 são responsáveis por menos 3% dos casos de melanoma hereditário. O gene mais misterioso desta lista é denominado MC1R. Este gene, de baixa penetrância, é um provável candidato para explicar um grande número de famílias com poucos casos de melanoma ou com casos que pulam gerações ou ainda casos isolados de pacientes com múltiplos melanomas ou com melanoma em idade jovem.

Suspeitando de Melanoma Hereditário – 8 a 12% de todos os pacientes com

melanoma têm história familiar da doença. É altamente recomendável que estes indivíduos tenham sua família rastreada periodicamente para outros casos de melanoma. Deve chamar a atenção do clínico as seguintes características dentro de uma família: a) dois ou mais casos de melanoma em um mesmo lado da família; b) idade do diagnóstico de melanoma abaixo dos 50 anos, c) indivíduo com pelo menos dois melanomas primários d) indivíduo com numerosos (pelo menos 50) nevus melanocíticos d) presença de um caso de melanoma e pelo menos um caso de câncer de pâncreas na família; e) presença de nevus atípicos. Estes indivíduos devem ter uma história familiar detalhadamente obtida e seus familiares de primeiro grau devem ser examinados criteriosamente. Padrões de herança dominante de alta ou baixa penetrância podem ser obtidos com o auxílio de grupos de aconselhamento genético, que podem executar este trabalho com ferramentas informatizadas hoje disponíveis.

A prevenção de câncer ainda é uma área que se encontra na infância. Ninguém contesta que, apesar de incipiente, a prevenção de neoplasias apresenta uma eficácia muito maior que o tratamento das mesmas quando se fala em redução de mortalidade por câncer em grandes grupos populacionais. A disseminação do uso de filtros solares e o cuidado com a exposição à radiação UV desempenhou até o momento um papel mais expressivo na luta contra o melanoma do que modalidades terapêuticas que dispomos. Colocar toda a população em programas de rastreamento dermatológico é tecnicamente impossível, não haveria profissionais nem recursos suficientes para todo este esforço. Neste cenário, o achado de indivíduos de alto risco genético dentro da população é um passo importantíssimo para que estas estratégias custosas possam ser realizadas com o maior custo-benefício possível. Em um segundo momento, a descoberta das vias moleculares que propulsionam estes tumores poderá servir de plataforma para o desenvolvimento de tratamentos preventivos farmacológicos. Este caminho já vem se mostrando promissor para casos de câncer de mama e de cólon hereditário. Temos razão para imaginar que em breve estas estratégias poderão resultar no desaparecimento de pelo menos 10% dos casos de melanoma da população.



Por dentro do GBM

Ivan Dunshee

Um dos objetivos do nosso Grupo é difundir e atualizar os conhecimentos sobre as pesquisas, diagnóstico e tratamento do melanoma. Os artigos de atualização enviados por e-mail, os “[e-alerts] Artigos Científicos” estão bastante interessantes, principalmente os artigos de atualização sobre linfonodo sentinela. As reuniões científicas mensais aqui em São Paulo têm suscitado boas discussões. Devemos incentivar os delegados regionais a promoverem também reuniões presenciais em suas regiões. A próxima reunião científica via web meeting (www.GBM.org.br), dia 20 de agosto, das 18 às 19 horas, será coordenada pelo Dr. José Antônio Sanches e pela Dra. Mirian Sotto, do

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programem-se.

Estamos programando para o mês de outubro um “Curso Itinerante” em Fortaleza, juntamente como nosso delegado do Ceará, o Dr. Francisco Monteiro. O Dr. Flávio Cavarsan está organizando também um Curso, juntamente com a Jornada de Melanoma que é realizada tradicionalmente a cada 2 anos em Goiânia. Na realidade, dez delegados regionais mostraram interesse na realização dos Cursos Itinerantes de Atualização em Melanoma e Dermatoscopia. Estamos tentando viabilizar o maior número possível de cursos.

Para a próxima Conferência de Melanoma, que será no ano que vem no Rio de Janeiro, a Comissão Científica já conseguiu confirmar a presença do Vernon K. Sondak, que é Chefe do Departamento de Oncologia Cutânea do H. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute, de Tampa, na Flórida. O Dr. Carlos Barcaui, Presidente da Conferência, também já conseguiu contratar um ótimo local para o evento. Será no Hotel Intercontinental em São Conrado.

Participe das atividades do GBM. Nós sempre podemos e devemos aprender algo mais.



Ombudsman GBM

Mauro Enokihara

No último Boletim coloquei-me à disposição dos associados para ser um ouvidor e porta-voz junto à direção, para críticas sobre o que poderia e deveria ser corrigido ou melhorado para o crescimento do GBM.

Neste sentido, recebo do Dr. Carlos Barcaui cópia de resposta por e-mail para a Dra Karin Krause Boneti, delegada do GBM no Mato Grosso, que gostaria de estimular a adesão e a participação de colegas no seu estado. Ela entrou em contato com a secretaria executiva do GBM solicitando certificação e senha para o site para os associados do Mato Grosso e relata que teve dificuldades na obtenção das mesmas. Após contato telefônico com a Dra Karin, visando esclarecer estas dificuldades e em contato com a secretaria executiva (CLC eventos), que nos atende há anos com atenção e zelo, pudemos esclarecer e dirimir as dúvidas acerca do

acontecido. A Dra. Karin também solicitou a realização de um Curso sobre Melanoma e Dermatoscopia e a divulgação das reuniões locais no site do GBM. Levamos esta reivindicação à Diretoria e acreditamos que ela será atendida. É com satisfação que queremos interferir e nos colocar à disposição, pois este tipo de atitude demonstra interesse e compromisso em lutar pelas causas e objetivos do GBM. Aproveito para convocar todos os Delegados a uma participação maior nos seus locais de atuação, cujo objetivo maior é trazer benefícios aos nossos pacientes.

acontecido. A Dra. Karin também solicitou a realização de um Curso sobre Melanoma e Dermatoscopia e a divulgação das reuniões locais no site do GBM. Levamos esta reivindicação à Diretoria e acreditamos que ela será atendida. É com satisfação que queremos interferir e nos colocar à disposição, pois este tipo de atitude demonstra interesse e compromisso em lutar pelas causas e objetivos do GBM. Aproveito para convocar todos os Delegados a uma participação maior nos seus locais de atuação, cujo objetivo maior é trazer benefícios aos nossos pacientes.

INOVAÇÃO ANTIOXIDANTE

ANTHELIOS XL COM COR FONDANTE 50+

- Ultra proteção ampla e fotoestável UVB FPS 50+ / UVA PPD 34
- Cor suave com efeito natural
- Previne o envelhecimento da pele
- Mascara leves imperfeições

LA ROCHE-POSAY. A EXIGÊNCIA DERMATOLÓGICA.

PHOTOPROT FPS 100

FLUIDO BLOQUEADOR SOLAR UVA +++

Primeiro fotoprotetor com tecnologia de nanocápsulas biodegradáveis

- Ação emoliente e antioxidante da Vitamina E
- Toque seco
- Sem fragrância
- Não contém parabenos
- Resistente à água
- Todos os tipos de pele
- 40 ml

www.photoprot.com.br

Consulte sempre seu médico.

Cosmiatric®

Cuidando da saúde da pele

www.cosmiatric.com.br

BIOLAB

SAC 0800 724 65 22

www.biolab.com.br

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 e Cartas:
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: InformMedical Publicações Médicas
Tiragem: 11.500 exemplares

Mande seus comentários sobre o boletim para: boletim@gbm.org.br