



GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA

melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM – ANO XV – Nº64 – JANEIRO/FEVEREIRO/MARÇO 2014

Editorial

Mauro Enokihara



Estamos vivenciando um momento profícuo no tratamento do melanoma. O avanço no conhecimento tem possibilitado o desenvolvimento de novos medicamentos, com resultados preliminares promissores, ampliando as perspectivas de tratamento para os pacientes com melanoma metastático. Nesta edição, o Dr. Rafael Schmerling aborda os mecanismos de ação de duas novas drogas da família dos inibidores de checkpoints imunológicos, que se encontram em fase de incubação, nivolumabe e lambrolizumabe. O Dr. Alberto Wainstein também enfatiza as novas perspectivas, mas acrescenta a preocupação do GBM sobre a incorporação de novas drogas e suas combinações estar cada vez mais complexa e conseqüentemente mais cara, reforçando a necessidade de se investir na prevenção e diagnóstico precoce do melanoma.

As Dras. Flávia Vasques Bittencourt e Ana Carolina Leite Viana revisam a literatura e levantam questões e respostas importantes sobre o Nevo Melanocítico Congênito Gigante (NMCG), que pode estar associado a um maior risco de complicações, como o melanoma e a melanose neurocutânea, além de toda a dificuldade de inserção social, pelos aspectos inestéticos com que muitas vezes se apresentam.

O Dr. Gilles Landman, na coluna do Ombudsman, ressalta a discrepância nas informações atuais e a importância da participação adequada de todos no preenchimento dos dados do Registro Brasileiro de Melanoma, para que os dados representem efetivamente a realidade do melanoma no Brasil, permitindo ao GBM e outras entidades interessadas, a condição e responsabilidade de propor estudos e ações de prevenção primária e secundária.

Gostaria de lembrar também da abrangência nacional do nosso Boletim, sendo importante contar com a participação de colegas de todos os estados, permitindo uma visão realmente efetiva da realidade do melanoma no Brasil. Fica aqui o convite: mande seu artigo para boletim@gbm.org.br.

Atualização

Bloqueadores de PD1: a nova geração de imunoterapia

Rafael Schmerling



Até 2010, a terapia de melanoma metastático estava restrita a quimioterapia baseada em dacarbazina¹ ou interleucina^{2,3} em altas doses. Enquanto a quimioterapia sempre apresentou resultados desapontadores, a interleucina beneficiava um pequeno grupo de pacientes, mas com uma promessa de potencial cura. Entretanto esta forma de imunoterapia sempre foi muito restrita devido a sua toxicidade e complexidade logística.⁴

Em 2010, pela primeira vez surgiu uma nova modalidade de imunoterapia: ipilimumabe.⁵ Este é um anticorpo monoclonal que tem como alvo o receptor CTLA4 do linfócito, um modulador inibitório da resposta imune. Com o bloqueio deste sinal inibitório, o que se conseguiu foi uma ativação imune que permitiu uma reação do sistema imune, oferecendo aos pacientes ganho de sobrevida que, em 20% dos casos, chega a dez anos.⁵ Naquele momento, a imunoterapia deixava de ser uma promessa ou algo que parecia ficção científica para a maioria dos serviços e se tornava uma realidade passível do uso por todos. O ipilimumabe inaugurou um grupo de medicações chamado inibidores de checkpoints imunológicos.

Atualmente estamos em fase de incubação de duas novas drogas da família dos inibidores de checkpoints imunológicos: nivolumabe e lambrolizumabe. Trata-se de dois anticorpos, desta vez orientados para o receptor PD-1 (programmed death-1). Este receptor também tem como atividade fundamental a inibição da atividade do linfócito. Esta é uma importante função natural, porque participa dos mecanismos para evitar auto-imunidade, entretanto o câncer o usa como mecanismo de evasão

do sistema imune. O PD-1 interage com dois ligantes: o PD-L1 e PD-L2. Ambos estão presentes nas células apresentadoras de antígeno, mas o primeiro é detectado em diversos tumores. A interação permanente do PD1 com PD-L1 de linfócitos infiltrados no tumor leva estas células a um estado de exaustão e inatividade perene.⁶ O bloqueio da interação com o receptor PD1 leva a uma otimização da apresentação antigênica e a reversão deste estado de exaustão linfocitária, o que permite a retomada do combate imunológico ao tumor. Os dados preliminares são entusiasmantes. Em estudos iniciais, de definição de dose, já se pode perceber que a taxa de resposta (proporção de paciente que têm redução das massas neoplásicas) é superior a do ipilimumabe e o número de pacientes vivos, com doença controlada ao final de dois anos é da ordem de 40%. Ainda que estes dados precisem de confirmação, desde o primeiro momento, os bloqueadores de PD-1 já se mostraram importantes para o desenvolvimento da terapia do melanoma metastático.⁷⁻⁹

Mas, ainda assim, há diversas perguntas a serem respondidas. Os inibidores de PD1 são de fato superiores ao ipilimumabe? Tanto o nivolumabe e o lambrolizumabe estão sendo avaliados em estudos randomizados contra ipilimumabe em pacientes que nunca receberam tratamento prévio. Será que pacientes que receberam ipilimumabe e tiveram progressão de doença têm benefício do uso de alguma destas drogas? O nivolumabe tem um estudo em andamento (mas com recrutamento encerrado), com participação de centros brasileiros, neste cenário em que o anti-PD1 é comparado à quimioterapia. Ainda assim, dados preliminares de nivolumabe e lambrolizumabe apontam na direção de não haver resistência cruzada

entre os dois mecanismos de ação.⁹⁻¹⁰ Quanto importante é a presença do ligante PD-L1 no tumor para a atividade dos anti-PD1? Todos estudos em andamento estão levando esta questão em conta, já que os dados iniciais sugerem que a expressão por imunohistoquímica do PD-L1 contribui, mas não é essencial.⁸ Ainda assim, a quantificação deste benefício é essencial para que se trace uma estratégia de uso. Existe sentido em combinar inibidores de PD-1 e CTLA4? Em 2013, no congresso anual da ASCO (American Society of Clinical Oncology), foi apresentado o primeiro estudo de fase 1 com a combinação de ipilimumabe e nivolumabe. Mais uma vez, houve grande entusiasmo com os resultados, sobretudo pela possibilidade de termos próximo de 60% de pacientes vivos ao final de dois anos.¹¹ Esta estratégia também está sendo avaliada em um estudo randomizado, em comparação com nivolumabe isolado e ipilimumabe isolado. Além da eficácia, a toxicidade e o custo são importantes preocupações. Além dos inibidores de CTLA4 e PD-1, os inibidores de PD-L1 são uma nova promessa nesta família de drogas. Com um desenvolvimento mais inicial, o racional para o desenvolvimento desta estratégia é tentar atingir o mesmo resultado do bloqueio pelo inibidor de PD-1, com menor toxicidade. Porém temos que aguardar este desenvolvimento.¹² Além deste empolgante e complexo cenário que se apresenta na imunoterapia, segue em paralelo o desenvolvimento das drogas alvo, contra BRAF, MEK, NRAS e c-KIT entre outros alvos que estão sendo estudados. E como todas estas alternativas serão colocadas à disposição dos pacientes é algo que está por ser respondido.¹³⁻¹⁸ Por fim, depois de anos de marasmo no cenário científico do melanoma, iniciou-se um processo de descobertas sem volta. Mais do que novas drogas, conceitos novos que abrem portas a cada dia para novas perspectivas. Os inibidores de PD-1 são a nova conquista que esperamos ter no Brasil nos próximos anos, a depender dos resultados que são aguardados ansiosamente.

Referências bibliográficas

1. Patel PM, Suciu S, Mortier L et al. Extended schedule, escalated dose temozolomide versus dacarbazine in stage IV melanoma: final results of a randomised phase III study (EORTC 18032). *Eur J Cancer*. 2011;47(10):1476-83.

2. Atkins MB, Lotze MT, Dutcher JP et al. High-dose recombinant interleukin 2 therapy for patients with metastatic melanoma: analysis of 270 patients treated between 1985 and 1993. *J Clin Oncol* 1999; 17: 2105-2116.

3. Rosenberg SA, Yang JC, White DE, Steinberg SM. Durability of complete responses in patients with metastatic cancer treated with high-dose interleukin-2: identification of the antigens mediating response. *Ann Surg*. 1998; 228(3):307-19.

4. Kammula US, White DE, Rosenberg SA. Trends in the safety of high dose bolus interleukin-2 administration in patients with metastatic cancer. *Cancer*. 1998 Aug 15;83(4):797-805.

5. Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF et al. Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. *N Engl J Med*. 2010; 363(8):711-23.

6. Freeman GJ. Structures of PD-1 with its ligands: sideways and dancing cheek to cheek. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2008;105(30):10275-6.

7. Topalian SL, Hodi FS, Brahmer JR et al. Safety, activity, and immune correlates of anti-PD-1 antibody in cancer. *N Engl J Med*. 2012 Jun 28;366(26):2443-54.

8. Topalian SL, Sznol M, McDermott DF et al. Survival, Durable Tumor Remission, and Long-Term Safety in Patients With Advanced Melanoma Receiving Nivolumab. *J Clin Oncol*. 2014 Mar 3. [Epub ahead of print]

9. Hamid O, Robert C, Daud A et al. Safety and tumor responses with lambrolizumab (anti-PD-1) in melanoma. *N Engl J Med*. 2013;369(2):134-44.

10. Weber JS(1), Kudchadkar RR, Yu B et al. Safety, efficacy, and biomarkers of nivolumab with vaccine inipilimumab-refractory or -naive melanoma. *J Clin Oncol*. 2013;31(34):4311-8.

11. Wolchok JD, Kluger H, Callahan MK et al. Nivolumab plus ipilimumab in advanced melanoma. *N Engl J Med*. 2013;369(2):122-33.

12. Hamid O, Sosman JA, Lawrence DP et al. Clinical activity, safety, and biomarkers of MPDL3280A, an engineered PD-L1 antibody in patients with locally advanced or metastatic melanoma (mM). *J Clin Oncol* 2013;31 (suppl; abstr 9010).

13. McArthur GA, Chapman PB, Robert C et al. Safety and efficacy of vemurafenib in BRAF(V600E) and BRAF(V600K) mutation-positive melanoma (BRIM-3): extended follow-up of a phase 3, randomised, open-label study. *Lancet Oncol*. 2014;15(3):323-32.

14. Hauschild A, Grob JJ, Demidov LV et al. Dabrafenib in BRAF-mutated metastatic melanoma: a multicentre, open-label, phase 3 randomised controlled trial. *Lancet*. 2012;380 (9839):358-65.

15. Flaherty KT, Infante JR, Daud A et al. Combined BRAF and MEK inhibition in melanoma with BRAF V600 mutations. *N Engl J Med*. 2012; 367(18):1694-703.

16. Ascierto PA, Schadendorf D, Berking C et al. MEK162 for patients with advanced melanoma harbouring NRAS or Val600 BRAF mutations: a non-randomised, open-label phase 2 study. *Lancet Oncol*. 2013 Mar;14(3):249-56.

17. Hodi FS, Corless CL, Giobbie-Hurder A et al. Imatinib for melanomas harboring mutationally activated or amplified KIT arising on mucosal, acral, and chronically sun-damaged skin. *J Clin Oncol*. 2013; 31(26):3182-90.

18. Flaherty KT(1), Infante JR, Daud A et al. Combined BRAF and MEK inhibition in melanoma with BRAF V600 mutations. *N Engl J Med*. 2012;367(18):1694-703.

Gilles Landman



Há alguns dias, em discussão de uma tese de mestrado que continha avaliações sobre a distribuição dos melanomas, houve uma discussão muito profícua sobre a representatividade dos dados do GBM.

Quando analisamos a distribuição dos dados em elaboração para publicação, observa-se que a maioria dos registros de melanoma RBM provém de serviços das regiões sul e sudeste, especialmente daqueles que atendem uma classe de indivíduos com maior acesso à rede privada de saúde, com raras exceções.

Por outro lado, quando se analisam as estatísticas de serviços públicos do país em geral e/ou de regiões norte e nordeste, observa-se uma tendência a encontrar melanomas mais espessos, portanto tardiamente diagnosticados, além de constatar uma frequência mais alta de melanomas do tipo acral-lentiginoso, em detrimento dos demais tipos (extensivo ou disseminativo superficial, nodular e lentigo maligno melanoma).

Apenas por curiosidade, comparamos a frequência de melanomas acrais relatados pelo Instituto Nacional de Saúde (NIH-EUA), no banco de dados (não publicado) do GBM e da UNIFESP (tese de mestrado defendida por Fernando Cintra Lopes Carapeto), as proporções são as seguintes, respectivamente: <5%, 7,5% e 27%. Há relatos de uma frequência acima de 30% em Manaus. O que influencia esta variação de frequência?

Considerando a miscigenação intensa da população brasileira e os aspectos sócio-econômicos da prevenção na saúde nacional, estas observações não deveriam causar surpresa. Preocupa mesmo é que a análise de nossos bancos de dados parece não representar de fato o melanoma no Brasil.

Portanto, é imperativo refletir e buscar soluções práticas para ações que permitam traçar este perfil. Tanto o registro brasileiro de notificação (simplificado) quanto o registro brasileiro (mais complexo) de melanoma do GBM atenderiam a esta finalidade.

Se tivermos a força de buscar estes dados e traçar uma radiografia da doença, expressa em números fidedignos, poderemos chamar para o GBM e para todas as entidades interessadas, a responsabilidade de propor estudos e, sobretudo, de ações concretas de prevenção primária e secundária para esta doença tão devastadora.

IMPORTANTE

O GBM está fazendo o recadastramento de TODOS os sócios.

Acesse o site www.gbm.org.br e atualize suas informações para continuar recebendo os comunicados e o Boletim Científico.

Nevo melanocítico congênito gigante

Flávia Vasques Bittencourt^A / Ana Carolina Leite Viana^B

A. Dermatologista. Profa Associada Doutora da Faculdade de Medicina da UFMG

B. Dermatologista. Mestre em Medicina pela UFMG e voluntária do Hospital das Clínicas da UFMG

Embora o nevo melanocítico congênito gigante (NMCG) seja o menos frequente entre os nevos congênitos, desperta grande interesse médico por estar associado a um maior risco de complicações como o melanoma e a melanose neurocutânea, entre outras, assim como por seu caráter frequentemente desfigurante. Abaixo seguem alguns questionamentos comuns sobre esta entidade:

Quando o nevo melanocítico é considerado gigante?

Embora a literatura seja repleta de distintos parâmetros para definir uma lesão como gigante (quando ocupa a maior parte de determinada área anatômica, como a face ou as mãos; > 1% da superfície corporal; maior do que a palma da mão quando na cabeça ou no pescoço, duas vezes o tamanho de uma palma nas outras áreas anatômicas; $\geq 900\text{cm}^2$, etc), a classificação mais utilizada é a proposta por Kopf et al, que categoriza os nevos melanocíticos congênitos (NMC) conforme o maior diâmetro alcançado na vida adulta em pequeno (<1,5cm), médio (1,5cm a 19,9cm) e grande ou gigante ($\geq 20\text{cm}$).

A relevância da classificação do NMC quanto ao seu tamanho deve-se ao fato dos riscos de desenvolvimento de melanoma e de outras complicações serem proporcionais à dimensão do nevo. A padronização da classificação do NMC é essencial para a comparação entre os diversos estudos.

Como saber se um nevo na criança pode ser considerado gigante?

Como a classificação é baseada nas dimensões que o NMC atinge na vida adulta, e como sabemos que há um aumento na dimensão do nevo proporcional ao crescimento da criança, torna-se imprescindível a existência de métodos que nos permitam estimar o tamanho que um NMC presente na infância alcançará na vida adulta. Para fins práticos, qualquer lesão presente no corpo do recém-nascido > 7 cm no seu maior diâmetro, e > 11 cm, quando localizada na cabeça, alcançará 20 cm na vida adulta, e pode ser considerada como NMCG.

Como é o seu aspecto clínico?

Clinicamente se caracteriza por uma variedade de cores com predomínio dos tons de marrom e preto, superfície irregular, rugosa, e hipertricrose. O NMCG pode ocorrer em qualquer área anatômica, embora tenha o tronco como localização preferen-

cial. Cerca de 80% dos pacientes apresentam lesões menores, dispersas no tegumento e conhecidas como NMC satélites. Pápulas e nódulos são frequentemente encontrados no NMCG, podendo estar presentes tanto ao nascimento como no decorrer da evolução natural do nevo. Usualmente apresentam consistência elástica, medindo de poucos milímetros a vários centímetros, têm crescimento lento e são assintomáticos. Pápulas e nódulos mais endurecidos e aderidos devem levantar a suspeita de malignização.

Qual o risco de malignização?

É consenso que o NMCG é uma lesão precursora de melanoma. A magnitude de tal risco, entretanto, permanece controversa, principalmente devido às inúmeras dificuldades metodológicas encontradas na sua quantificação. O risco tem sido reportado entre 2,3% e 10%. Ou seja, a maioria dos indivíduos que apresentam NMCG não desenvolve melanoma no decorrer de sua vida. O melanoma pode ocorrer tanto na pele como em sítios extracutâneos.

Quais os pacientes com maior risco de malignização?

Os pacientes com nevos em localização axial (tronco, cabeça/pescoço), com numerosas lesões satélites e aqueles com nevos de grandes dimensões (>40cm, calção de banho) constituem o grupo de maior risco de malignização.

Quando e onde o melanoma ocorre?

A transformação maligna do NMCG, em geral, ocorre precocemente na vida, sendo 55% nos primeiros cinco anos de vida, e 70% antes da puberdade. Tem um comportamento, portanto, distinto dos NMC pequenos e médios que tendem a malignizar mais tardiamente na vida, após a puberdade.

Quando na pele, o melanoma tende a ocorrer mais nas áreas centrais do nevo, próximo à linha média. Em cerca de 2/3 dos pacientes, tem uma origem não-epidérmica o que culmina em uma detecção tardia e prognóstico reservado. Nesta situação, a primeira evidência de degeneração maligna pode ser um nódulo ou uma massa palpável dentro do NMCG, ou mesmo a presença de doença metastática. Os critérios clínicos usuais do ABCD (assimetria, bordas irregulares, cor heterogênea e diâmetro > 6 mm) utilizados para o diagnóstico do melanoma não são confiáveis e aplicáveis ao NMCG.

Quando em sítio extracutâneo, o melano-

ma ocorre principalmente no sistema nervoso central (SNC), configurando a melanose neurocutânea.

O que é melanose neurocutânea?

A melanose neurocutânea é caracterizada pela presença de um NMCG ou de múltiplos (três ou mais) NMC de pequeno/médio tamanho, acompanhados por proliferação melanocítica benigna e/ou maligna nas leptomeninges. Sua incidência não é muito precisa, mas pode ocorrer em até 10% dos pacientes portadores de NMCG. Indivíduos com lesões localizadas na cabeça, no pescoço e na região paravertebral parecem estar sob maior risco de acometimento neurológico, assim como aqueles pacientes com numerosas lesões satélites. A melanose neurocutânea pode ser sintomática (os sinais e sintomas decorrentes de hipertensão craniana surgem usualmente nos primeiros anos de vida e tem prognóstico reservado), ou assintomática (há depósito de melanina nas leptomeninges sem sintomatologia clínica e tem prognóstico ainda incerto).

Quando e como investigar a melanose neurocutânea?

Sua investigação tem sido indicada preferencialmente em pacientes com sintomas neurológicos. Naqueles assintomáticos, tem sido realizada mais dentro do contexto de pesquisa. É indicada ainda naqueles candidatos a cirurgias extensas de remoção da lesão cutânea, situação em que é importante excluir o acometimento neurológico.

O melhor método é a ressonância nuclear magnética do cérebro, com contraste de gálio. Deve ser realizada precocemente já que o processo de mielinização prejudica a visualização da melanina.

Qual a melhor conduta em um paciente com NMCG?

O manuseio de um paciente portador de NMCG envolve decisões complexas, e é por regra, desafiador. Embora o ideal seja a remoção cirúrgica, considerando o risco de malignização e o seu aspecto frequentemente desfigurante, nem sempre esta é factível.

Quando a opção for pela remoção do nevo, lembrar que esta pode ser dificultada pela peculiaridade histopatológica do NMCG de ter células névicas situadas mais profundamente na pele, podendo atingir até mesmo a fáscia muscular. Considerar também que mesmo uma remoção completa do nevo não previne o desenvolvi-

mento de melanoma, já que este pode surgir em sítios extracutâneos. Como o risco para o melanoma é maior nos primeiros cinco anos, a maioria dos autores indica a cirurgia precocemente na infância (a partir dos seis meses de idade, quando o risco anestésico fica menor).

Quando a opção for pelo acompanhamento, é preciso atenção na palpação da lesão, já que muitas vezes a evidência de malignização é traduzida pelo surgimento de nodulações, geralmente mais endurecidas e com crescimento rápido. A dermatoscopia apresenta limitações, pois a visualização das estruturas dermatoscópicas fica prejudicada devido à localização mais profunda das células névicas no NMCG. Não há uma conduta dogmática na abordagem do NMCG, que deve ter caráter multidisciplinar e ser individualizada para cada paciente, com as dificuldades sendo compartilhadas com a família.

Referências Bibliográficas

- Arreja JS, Gosain AK. Giant congenital melanocytic nevi. *Plast Reconstr Surg* 2009;124:1e-13e.
- Bittencourt FV, Gontijo B. Managing large congenital melanocytic nevi. *The melanoma letter* 2001;19:1-4.
- Bittencourt FV, Marghoob AA, Kopf AW et al. Large congenital melanocytic nevi and the risk for development of malignant melanoma and neurocutaneous melanocytosis. *Pediatrics* 2000;106: 736-41.
- Bittencourt FV, Marghoob AA, Kopf AW et al. Large congenital melanocytic nevi. *Curr Probl Dermatol* 2000;12:146-52.
- Frieden IJ, Williams ML, Barkovich AJ. Giant congenital melanocytic nevi: brain magnetic resonance findings in neurologically asymptomatic children. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31:423-29.
- Kadonaga JN, Frieden IJ. Neurocutaneous melanosis: definition and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24:747-55.
- Krengel S, Marghoob AA. Current management approaches for congenital melanocytic nevi. *Dermatol Clin* 2012;30: 377-87.
- Kopf AW, Bart RS, Hennessey P. Congenital nevocytic nevi and malignant melanomas. *J Am Acad Dermatol* 1979; 1:123-30.
- Marghoob AA, Kopf AW, Bittencourt FV. Moles present at birth: their medical significance. *Primary Care & Cancer* 2000;20:17-21.
- Viana ACL. Risco de desenvolvimento de melanoma em pacientes portadores de nevo melanocítico congênito gigante [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

Por dentro do GBM

Alberto Wainstein



Felizmente as notícias sobre o melanoma são muitas e boas. O GBM está se modernizando para melhor atender as expectativas e demandas dos associados, pacientes e familiares. Este-

mos iniciando o processo de recadastramento, onde a população poderá localizar um membro do GBM em sua região de acordo com a especialidade desejada. Ajude-nos a tornar o GBM cada vez melhor e maior fazendo seu recadastramento e mandando sua sugestão para gbm@gbm.org.br

Estamos preparando e programando muitos cursos itinerantes do GBM para este ano. Caso exista demanda e interesse em ter um curso em sua região, veja no site do GBM (www.gbm.org.br) o edital de como

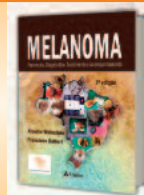
podemos ajudá-lo a viabilizar este curso, e não hesite em nos contatar.

As perspectivas para pacientes com melanoma metastático continuam melhorando. Novos medicamentos e conhecimentos inovadores estão sendo incorporados constantemente. Para uma doença em que não existia tratamento eficaz quando metastática, a incorporação de novas drogas e suas combinações estão cada vez mais complexas e consequentemente mais caras. Isso tem gerado grande preocupação entre os gestores e reguladores de atenção privada e pública à saúde. Essa inquietação reforça ainda mais um dos maiores, se não o maior, objetivo do GBM, que é investir na prevenção e diagnóstico precoce do melanoma. Estas ainda são as formas mais simples, menos onerosas e certamente mais efetivas de se conseguir a cura. Nós e o GBM podemos fazer a diferença.

Já está à venda a 2ª edição do livro

MELANOMA

Dos editores Alberto Wainstein e Francisco Belfort, publicado pela editora Atheneu. O livro conta com total apoio do GBM e tem sua renda e direitos autorais revertidos para o próprio Grupo Brasileiro de Melanoma.



DIRETORIA 2013-2015

Presidente: Alberto Wainstein
 1º Vice Presidente: Flávio Carvassan
 2º Vice Presidente: Flávia Bittencourt
 Secretário Geral: Elimar Gomes
 1º Secretário: Renato Bakos
 Tesoureira: Bianca Soares de Sá
 1º Tesoureiro: Miguel Brandão
 Diretor Informática: João Duprat Neto
 Editor do Boletim: Mauro Y. Enokihara
 Assuntos Internacionais: Francisco Belfort
 Diretor Científico: Rafael Schmerling
 Ombudsman: Gilles Landman

EXPEDIENTE

Publicação trimestral do Grupo Brasileiro Multidisciplinar e Multicêntrico para Estudo de Melanoma – GBM
 Tiragem: 10.000 exemplares
 Jornalistas Responsáveis: Maria Lúcia Mota.
 Mtb: 15.992 e Adriana Mello
 Secretaria Executiva: R. Joaquim Nabuco, 47, s.103, 04621-000, São Paulo, SP
 tel (11) 5542.8216 e fax (11) 5543.1141
gbm@gbm.org.br – www.gbm.org.br
 Edição: Informedical Publicações Médicas

14º Curso de Dermatoscopia & 4º Curso de Atualização em Oncologia Cutânea do A. C. Camargo Cancer Center

29 a 31 de maio de 2014

Centro de Convenções Frei Caneca, SP
 Promoção: A. C. Camargo Cancer Center
 Apoio: GBM – Grupo Brasileiro de Melanoma
Paesantres Internacionais Confirmados
 Prof. Andreas Blum (Alemanha) & Prof. J. Zager (EUA)
Informações e Inscrições
www.accamargo.org.br/eventos – tel (11) 5543-1141



**A.C. Camargo
 Cancer Center**