



GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA

# melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM – ANO XV – Nº69 – ABRIL/MAIO/JUNHO 2015

## Editorial

Mauro Enokihara



Esta edição do Melanoma conchama todos os leitores a se inscreverem na 11ª Conferência Brasileira sobre Melanoma, que acontecerá em Goiânia, entre os dias 13 e 15 de agosto, sob a presidência

do Dr. Flávio Cavarsan. O evento é uma grande oportunidade para a troca de experiências e aprendizado. Detalhes no encarte e no site [www.gbm.org.br](http://www.gbm.org.br).

Contamos nesse número do boletim com a participação da Dra. Claudia Zanardo abordando a deficiência de Vitamina D em pacientes com diagnóstico de melanoma e sua relação com os riscos de recidiva.

A Dra. Tainá S. Fracaroli, o Dr. Carlos B. Barcaui e Dr. Juan P. Maceira trazem informações atuais sobre as particularidades do melanoma lentiginoso acral, um subtipo raro de melanoma.

Já a Dra. Bianca Soares de Sá relata sobre o mapeamento corporal e dermatoscopia digital no acompanhamento de pacientes de alto risco e a importância de estratégias de seguimento para populações de risco, que aumentam as chances de detecção da doença em estágios iniciais.

O Dr. Alberto Wainstein, em sua coluna "Por dentro do GBM", sinaliza a necessidade de participação mais ativa do GBM junto às redes sociais.

Nosso Ombudsman, Dr. Fernando Almeida, destaca a importância do apoio do GBM a eventos de outras sociedades médicas em campanhas de conscientização, abrindo mais espaço na mídia e ampliando o diálogo com a população.

Guardamos você em Goiânia!

## Debates Críticos

# Vitamina D e melanoma

Claudia Zanardo



A vitamina D é um composto lipossolúvel, que pode ser obtida através da exposição solar, da dieta e em suplementos. As principais fontes alimentares de vitamina D são os peixes gordos como o salmão, sardinha, atum, arenque, cavala e o óleo de fígado de bacalhau.<sup>1,5</sup>

Níveis séricos de vitamina D estão relacionados ao tipo de pele, índice de massa corpórea, dieta, suplementações, padrões de exposição solar (latitude) e variação genética.<sup>1</sup> A vitamina D proveniente da dieta e produzida na pele através da exposição solar aos raios UVB necessita de um metabolismo adicional para atingir sua forma ativa. Inicialmente a vitamina D é convertida no fígado pela enzima 25-hidroxilase em 25-hidroxivitamina D (25-OH-D3), que é a principal forma circulante e de armazenamento na gordura corporal. Por isso, as concentrações séricas de 25(OH)D3 representam a melhor medida disponível das reservas corporais de vitamina D. Nos rins, ocorre a etapa final da ativação da vitamina D, que é novamente hidroxilada pela enzima 1 $\alpha$ -hidroxilase, dando origem a sua forma biologicamente ativa 1,25(OH)2D3.<sup>1,11</sup>

Estudos demonstram que a vitamina D possui outras funções além de atuar no metabolismo ósseo, pois foram encontrados receptores de vitamina D (VDR) no núcleo de células cardíacas, cerebrais, do cólon e do sistema imune.<sup>3</sup> Estudos *in vitro* demonstraram também a existência desses receptores em melanócitos normais e em células neoplásicas.<sup>8</sup>

A vitamina D exerce ainda ações diretas ou indiretas em genes envolvidos na regulação do ciclo celular, diferenciação celular, apoptose e angiogênese.<sup>1,2,3,8</sup> O VDR é sintetizado a partir de um gene localizado no cromossomo 12 (gene VDR).<sup>11</sup> Polimorfismos identificados nesse gene têm sido

relacionados com alguns tipos de cânceres. Uma revisão sistemática da literatura sugere uma associação do polimorfismo do gene VDR (Bsm1) e o risco de desenvolver melanoma.<sup>7,8</sup> Outro estudo evidenciou que a presença desse polimorfismo, em pacientes com melanoma que apresentavam baixos níveis séricos de vitamina D, estaria associado a uma maior espessura tumoral (Breslow) e pior prognóstico.<sup>5,6</sup>

A deficiência de vitamina D é comum em pacientes com diagnóstico de melanoma aumentando o risco de recidiva, segundo estudo prospectivo.<sup>5</sup> Após o diagnóstico de melanoma, os níveis séricos de vitamina D tendem a diminuir ainda mais devido a orientação quanto a não exposição solar.<sup>1</sup> Atualmente, não há consenso sobre os níveis ótimos de vitamina D nos pacientes com melanoma, mas sabe-se que níveis muito elevados ou baixos podem ser nocivos.<sup>1</sup> Newton-Bishop *et al.* recomenda que pacientes com níveis séricos de vitamina D menores que 60 nmol/L devam receber suplementação oral dessa vitamina. Por outro lado, esse mesmo autor alertou para o perigo da suplementação excessiva da vitamina D, já que níveis séricos maiores que 90 nmol/L têm efeito imunossupressor. Outros autores acham que ainda é muito cedo para prescrever a vitamina D de maneira rotineira para esses pacientes.<sup>4</sup>

Dessa forma, mais pesquisas serão necessárias para identificação do nível sérico ideal de vitamina D em pacientes com melanoma, sua interação com polimorfismo do VDR e o entendimento de como esse nível pode ser atingido em indivíduos fenotipicamente diferentes.<sup>14</sup>

As referências bibliográficas deste artigo encontram-se disponíveis no site do GBM [www.gbm.org.br](http://www.gbm.org.br)

11ª CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE  
**MELANOMA**  
GOIÂNIA 13 A 15 DE AGOSTO  
[www.gbm.org.br](http://www.gbm.org.br)

NESTA EDIÇÃO ■ MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL ■ MAPEAMENTO CORPORAL

# Particularidades do Melanoma Lentiginoso Acral

Tainá Scalfoni Fracaroli, Carlos Baptista Barcaui, Juan Piñeiro Maceira

O melanoma lentiginoso acral é um sub-tipo raro de melanoma que representa 10% do total de melanomas cutâneos. É o tipo mais prevalente na população não caucasiana, além de responder por metade dos casos de melanoma nos japoneses. Como o nome já diz, ocorre nas regiões acrais, mais especificamente nas palmas, plantas e aparato ungueal. Devido a sua localização, estas lesões tendem a ser diagnosticadas tardiamente, conferindo pior prognóstico, somado ao seu comportamento biológico natural.<sup>1,2</sup>

Os melanomas acrais apresentam características moleculares e genéticas distintas dos outros tipos de melanomas, sendo que a mutação no gene C-KIT é a principal. Esta mutação promove crescimento e diferenciação celular tumoral, o que sustenta a hipótese de que os melanomas acrais, em sua maioria, surgem *de novo*, e não em associação com nevos pré-existentes.<sup>2,3</sup>

Diferenciar o melanoma lentiginoso acral inicial de um nevo acral pode ser uma tarefa difícil, tanto do ponto de vista clínico quanto histopatológico. A dermatoscopia tem contribuído para a definição entre os padrões de benignidade e malignidade. O padrão dermatoscópico de cristas paralelas, segundo a literatura, apresenta sensibilidade de 86% e especificidade de 99% na detecção de melanomas acrais. Enquanto o padrão de sulcos paralelos é, frequentemente, observado nas lesões benignas.<sup>4,5</sup> O exame histopatológico pode ser muito semelhante, uma vez que nestas duas entidades pode ocorrer proliferação de melanócitos solitários intraepidérmicos e assimetria na arquitetura. Certas características falam mais a favor de melanoma lentiginoso acral inicial, como grande quantidade de células pagetoides esparsas, assimetria, perda da circunscrição, certo grau de células inflamatórias e o número de células atípicas e de mitoses.<sup>1,6,7</sup> Outro aspecto histopatológico, demonstrado por Ishihara *et al*, é que no melanoma lentiginoso acral, a proliferação de melanócitos ocorre, preferencialmente, nos cones interpapilares intermediários, subjacentes às cristas epidérmicas. Enquanto nos nevos acrais, os ninhos de melanócitos ficam dispostos nos cones interpapilares limitantes, correspondente aos sulcos epidérmicos.<sup>8</sup>

Recentemente, observou-se que os padrões dermatoscópicos na região acral são resultantes das colunas de pigmento na camada córnea e não da proliferação me-

lanocítica na junção dermo-epidérmica. Um exemplo disso é que nos nevos acrais nem sempre a proliferação melanocítica fica restrita aos cones interpapilares limitantes, mas a coluna de melanina na camada córnea é derivada, apenas, dos ninhos de melanócitos nas cristas limitantes, gerando o padrão de sulcos paralelos (Figs.1 e 2). Em contraste ao que ocorre nos nevos acrais, no melanoma lentiginoso acral inicial, os grânulos de melanina na camada córnea são oriundos do aumento de melanócitos nos cones interpapilares intermediários, independentemente de existir proliferação melanocítica nos cones interpapilares limitantes<sup>9</sup> (Figs. 3 e 4). Estes achados são importantes para o diagnóstico histopatológico e também porque refletem as propriedades biológicas particulares dos melanócitos nas diferentes lesões acrais. Seguindo o algoritmo descrito por Saida, lesões melanocíticas adquiridas que apresentem cristas paralelas à dermatoscopia deveriam ser submetidas à biópsia. Já as lesões com padrões de sulcos paralelos típicos não necessitariam de nenhum acompanhamento. Esta afirmação se baseia no conceito *de novo* da histogênese do melanoma acral e no fato de que mudança de padrão dermatoscópico benigno para maligno nunca foi observada, apesar de as lesões benignas poderem sofrer alguma alteração nas características dermatoscópicas com o passar do tempo.<sup>5</sup>

Este algoritmo é útil, porém o padrão de cristas paralelas tem sido relatado em lesões benignas diversas, como pigmentação por tinturas, lentigos plantares e, principalmente em nosso meio, nas melanoses raciais. Nevos congênitos também podem apresentar pigmentação difusa ocupando as cristas e com tonalidades variando de castanho a azulado.<sup>10,11,12</sup>

As lesões pigmentadas acrais representam, com frequência, um desafio diagnóstico, tendo a dermatoscopia um papel importante ao possibilitar o reconhecimento de padrões específicos de benignidade ou malignidade. Maior definição histopatológica e estudos para entendimento do comportamento biológico das lesões acrais são necessários.

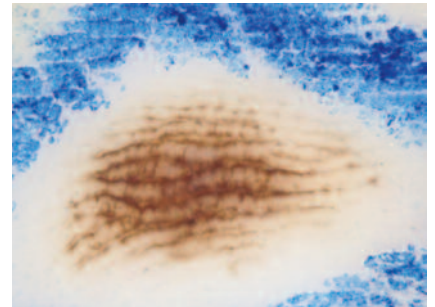


Fig.1 Dermatoscopia com padrão de sulcos paralelos duplos.

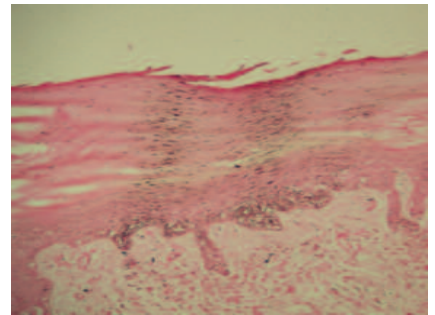


Fig.2 Histopatologia com coloração Fontana-Masson evidenciando grânulos de melanina em disposição de duas colunas na camada córnea, como o padrão dermatoscópico de sulcos duplos, no nevo melanocítico.

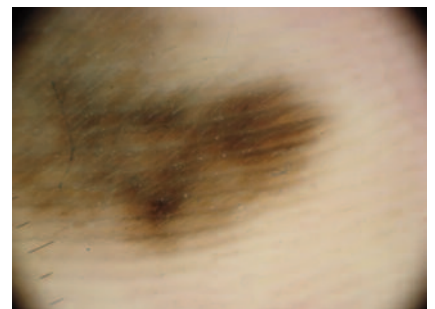


Fig.3 Dermatoscopia com padrão de cristas paralelas.

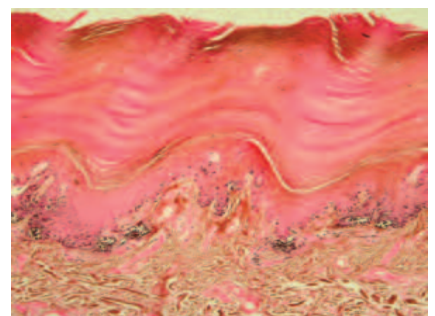


Fig.4 Histopatologia com coloração Fontana-Masson evidenciando os grânulos de melanina na região das cristas na camada córnea, no melanoma lentiginoso acral.

As referências bibliográficas deste artigo encontram-se disponíveis no site do GBM  
[www.gbm.org.br](http://www.gbm.org.br)

# Pacientes de alto risco: mapeamento corporal e dermatoscopia digital

Bianca Costa Soares de Sá



Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento do melanoma cutâneo, encontram-se tanto fatores genéticos quanto ambientais. A presença de múltiplos nevos melanocíticos, de nevos atípicos e a Síndrome dos Nevos Atípicos (SNA) são as principais características clínicas fenotípicas de susceptibilidade. Antecedente pessoal e familiar de melanoma representam os principais fatores genéticos de risco.

Como a detecção precoce da doença pode significar cura e apenas uma pequena parcela dos pacientes com doença metastática sobrevive em cinco anos, o conhecimento de fatores que aumentam o risco para o desenvolvimento de melanoma e o diagnóstico da doença em estágio inicial têm grande relevância prognóstica. Segundo NEWTON *et al.*, a SNA pode ser definida através de um sistema de pontuação, atribuindo um ponto para cada uma das seguintes características: 1) dois ou mais nevos clinicamente atípicos; 2) mais que 100 nevos nos pacientes entre 20 e 50 anos; 3) mais que 50 nevos nos pacientes com idade menor que 20 anos ou maior que 50 anos; 4) mais que um nevo nas nádegas ou no dorso do pé; 5) nevo na região anterior do escalpo; 6) uma ou mais lesões pigmentadas na íris. Pacientes com pontuação maior ou igual a três apresentam o fenótipo da síndrome do nevo atípico. Clinicamente, o nevo atípico é na maioria das vezes uma lesão maculosa de 5mm ou mais de diâmetro, com bordas irregulares e mal definidas, pigmentação de variáveis tons de marrom, podendo apresentar ainda tonalidade avermelhada com branqueamento à vitropressão. Os nevos atípicos são lesões dinâmicas e podem se tornar progressivamente mais ou menos atípicos em seu aspecto clínico. Contudo, a despeito de a maioria dos nevos atípicos permanecerem estáveis, regredirem com o tempo ou evoluírem benignamente, a monitorização dessas lesões é fundamental, não se justificando a excisão profilática das mesmas.

A presença de nevos atípicos e a SNA podem ser consideradas um espectro de expressões fenotípicas, que confere a seus portadores diferentes riscos de desenvolver melanoma. O espectro de risco varia desde indivíduos com nevos atípicos esporádicos, sem história pessoal ou familiar

de melanoma, até o extremo oposto onde se situam os indivíduos de maior risco: portadores de SNA e pertencentes a famílias com dois ou mais membros que tiveram melanoma, configurando a chamada síndrome do nevo atípico e melanoma familiar (FAMMM, em língua inglesa: familial atypical multiple-mole melanoma syndrome).

A distinção clínica entre lesões pigmentadas benignas e malignas pode ser desafiadora em certos casos. No entanto, conforme demonstrado por vários estudos, com a dermatoscopia, método diagnóstico não invasivo auxiliar no exame clínico dermatológico, é possível aumentar a acurácia diagnóstica de lesões pigmentadas, incluindo os melanomas.

Nos pacientes com múltiplos nevos, incluindo aqueles com nevos atípicos e SNA, que tendem a apresentar um grande número de lesões em evolução, a dermatoscopia isolada não é sempre suficiente para distinção entre novas lesões benignas ou lesões individualmente suspeitas. Assim, o seguimento dos nevos de pacientes de risco através do mapeamento corporal e dermatoscopia digital é crucial tanto para identificação precoce de lesões malignas quanto para limitar o número de biópsias desnecessárias de lesões benignas.

O mapeamento corporal total é feito através da documentação fotográfica de toda a superfície corpórea e possibilita a identificação de novas lesões ou mudanças macroscópicas nas lesões pré-existentes. Posteriormente são identificadas as lesões melanocíticas que serão documentadas através de dermatoscopia digital. Esta técnica permite o armazenamento das imagens para sua comparação ao

longo do tempo e a identificação de alterações dermatoscópicas que possam sugerir transformação maligna. O seguimento pode ser realizado de duas formas – a curto e longo prazo. No seguimento a curto prazo, a reavaliação das lesões deve ocorrer em até 3 meses do primeiro exame e é indicado para as lesões melanocíticas atípicas que ainda não apresentam características dermatoscópicas de melanoma – nevos moderadamente atípicos clinicamente e nevos pouco atípicos, mas que apresentam história de mudança. O seguimento a longo prazo é feito em intervalos de 9 a 12 meses e está indicado para os pacientes com múltiplos nevos. As alterações que indicam exérese da lesão são crescimento, alteração no formato, regressão, alterações de cor e aparecimento de estruturas dermatoscópicas sabidamente associadas aos melanomas. Nos pacientes de alto risco está indicado o seguimento combinado através da reavaliação das lesões atípicas em até 3 meses e o seguimento anual dermatoscópico de todas as lesões documentadas e verificação de novas lesões através do mapeamento corporal.

Estratégias de seguimento para populações de risco como os pacientes com múltiplos nevos e ou portadores de SNA são justificadas pelo aumento das chances de detecção de melanomas em seus estágios iniciais, aumentando as chances de cura da doença.

As referências bibliográficas deste artigo encontram-se disponíveis no site do GBM  
[www.gbm.org.br](http://www.gbm.org.br)

## DIRETORIA 2013-2015

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

## EXPEDIENTE

**Publicação trimestral do 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](mailto:gbm@gbm.org.br) / [www.gbm.org.br](http://www.gbm.org.br) /  
Edição: Informedical Publicações Médicas

# Por dentro do GBM

Alberto Wainstein



A 11ª Conferência Brasileira sobre Melanoma será em Goiânia, de 13 a 15 de agosto. Participe e motive seus colegas e equipe para enriquecermos este importante evento. O GBM tem se dedicado muito para incentivar a pesquisa, conhecimento e alerta sobre o melanoma. Entretanto, o fluxo de informação que era restrito a revistas e boletins é cada vez maior, mais ágil e baseado na internet. Qual é a discussão que gostaria de gerar? Apesar de toda a dedicação e comprometimento do GBM em divulgar o melanoma com a ciência e ética, o que realmente o paciente e familiar acessa e absorve? Já é rotina pacientes que chegam aos consultórios desesperados, tendo consultado a internet sobre o diagnóstico, tratamentos e muito "mais". Uma busca no Google sobre "melanoma" gera 18.500.000 resultados. Os primeiros que aparecem costumam ser éticos e confiáveis, mas o leigo não tem como avaliar o comprometimento científico e idoneidade destas informações. Isso nunca vai ser regulado. Acredito que muito se deve ao fato de que, atualmente, não

existem grandes interesses ou ganhos envolvidos em prover informações sobre melanoma, mas isso está mudando. Dependendo de como o paciente ou familiar faz a busca na internet, ele vai achar sites que analisam seus nevus e cobram para quantificar o risco de melanoma, oferecem a venda, acesso e importação de medicamentos e muito "mais". Os recursos e interesses envolvidos são crescentes e muito maior do que o GBM e instituições médicas. O futuro sempre chega. Imaginem uma rede neural, com um banco de bilhões de imagens, que analisa e conclui com milhões de cálculos quanto ao risco de uma lesão ser melanoma. Ou, testes genéticos, mesmo que não validados, que direcionam condutas cirúrgicas e clínicas. A curto e médio prazo não vislumbro isso nos substituindo, mas os pacientes vão começar a acessar e usar estas ferramentas. Não será possível restringir o acesso, já que isso é comércio e não medicina. Como um leigo no assunto, que não tem Facebook, twitter e sou literalmente ignorante em redes sociais, a única opção que vejo, mesmo que polêmica, é o GBM aparecer mais, para ser achado por quem precisa do GBM.

Fernando Almeida



Ao longo de duas décadas o GBM tem se empenhado no cumprimento de sua missão, cuja pedra de toque foi a criação deste grupo pioneiro multidisciplinar de especialistas e a consequente ampliação da educação médica continuada em melanoma. A 11ª Conferência Brasileira Sobre Melanoma, em agosto, será mais um marco deste processo.

O GBM tem apoiado e participado ativamente de eventos realizados pela SBD e outras sociedades médicas em campanhas de conscientização e buscado espaços na mídia para ampliar o diálogo com a população. É preciso aprofundar esta ação aproveitando-se novas mídias, como sites, blogs e outros canais de comunicação para atingir públicos cada vez mais amplos. Este movimento permitirá que nossas mensagens alcancem centros de decisões capazes de implementar medidas que favoreçam a atenção a esta doença, pois é lamentável que muitos brasileiros ainda não tenham acesso a avanços da prática médica, como a dermatoscopia digital, o mapeamento corporal e outras tecnologias, simplesmente porque os sistemas de saúde não as reconhecem, ou não concordam em pagar por estes procedimentos.



**Bristol-Myers Squibb**  
Imuno-Oncologia

**PHOTOPROT®**  
12h DE FOTOESTABILIDADE **biolab**



**MSD**



# 11ª CONFERENCIA BRASILEIRA SOBRE MELANOMA

**PROGRAMAÇÃO PRELIMINAR – 14 a 15 de agosto de 2015 – Goiânia, GO**

**"MELANOMA CUTÂNEO NO DIA-A-DIA: DO CONSULTÓRIO À EXCELENCIA NO TRATAMENTO"**

## 14 de agosto | Sexta-feira

- 08h00 MELANOMA FAMILIAL / Lucio Bakos (RS)  
08h22 MELANOGÊNESE E PROGRESSÃO TUMORAL DOS MELANOMAS / Silvyia Stuchi Maria-Engler (SP)  
08h44 DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO X FORMAS DE BIÓPSIAS. QUAIS OS PRÓS E CONTRAS / Maurício Barcelos (GO)  
09h05 CONFERÊNCIA: EPIDEMIOLOGIA DO MELANOMA – SITUAÇÃO ATUAL NO BRASIL E NO MUNDO / Maria Paula Curado (França)  
09h30 VISITA AOS EXPOSITORES E POSTERES  
10h00 NO TRATAMENTO DA LESÃO PRIMÁRIA PODEM SER USADAS OUTRAS FORMAS ALÉM DA CIRURGIA. SIM OU NÃO? / Vinicius L. Vazquez (SP)  
10h22 O PAPEL DA RADIOTERAPIA NAS LESÕES CUTÂNEAS E DOENÇA LOCO-REGIONAL / Nilceana Freitas (GO)  
10h44 TRATAMENTO ADJUVANTE SISTÊMICO E/OU LOCO REGIONAL É EFETIVO? QUEM SE BENEFICIA? / Alberto Wainstein (MG)

### **GRANDE DEBATE 1 INTERFERON ADJUVANTE? AINDA EXISTE PAPEL? Sanjiv Agarwala (EUA) / Rafael Schmerling (SP)**

- 12h20 SIMPÓSIO SATÉLITE MSD  
13h10 SIMPÓSIO SATÉLITE BMS  
14h15 TRATAMENTO DO MELANOMA METASTÁTICO: COM AS NOVAS ALTERNATIVAS, QUAL CAMINHO TOMAR? Antonio Carlos Buzaid (SP)  
14h37 COMO ACOMPANHAR O PACIENTE COM MELANOMA OPERADO? / José Antonio Sanches (SP)  
14h59 LESÕES SUB-UNGUEAIS - PASSOS PARA UM DIAGNÓSTICO PRECISO / Sérgio Hirata (SP)  
15h20 CONFERÊNCIA: CONSENSO SOBRE O LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO DA LESÃO PRIMÁRIA E DO LINFONODO SENTINELA / Milvia M. S. S. Enokihara (SP)  
15h45 VISITA AOS EXPOSITORES E POSTERES  
16h15 OS CUIDADOS PALIATIVOS EM TODAS SUAS DIMENSÕES DE UM PACIENTE COM MELANOMA / Vladimir Ribeiro P. Pizzo (SP)  
16h37 MAPEAMENTO CORPORAL TOTAL: QUE MODIFICAÇÕES VALORIZAR / Renato Bakos (RS)  
16h59 CLASSIFICAÇÃO MOLECULAR NO MELANOMA CUTÂNEO E IMPACTO NA SOBREVIVÊNCIA / Jane Messina (EUA)

### **GRANDE DEBATE 2 QUAL A MELHOR FORMA DE ALIVIAR SINTOMAS NO PACIENTE METASTÁTICO COM SINTOMAS LOCAIS? SISTÊMICO/CIRÚRGICO / Sanjiv Agarwala (EUA) CIRÚRGICO/SISTÊMICO / Merrick Ross (EUA)**

## 15 de agosto | Sábado

- 08h00 EM RELAÇÃO AOS NEVOS CONGÊNITOS MÉDIOS, SUTON, SPITZ, REED E DISPLÁSICOS: REMOÇÃO OU OBSERVAÇÃO E POR QUÊ? / Flávia Bittencourt (MG)  
08h22 RADIAÇÃO, FOTOPROTEÇÃO, VITAMINA D / Marcus Maia (SP)  
08h44 A INFLUÊNCIA DO LAUDO HISTOPATOLÓGICO NO DESENCADEAMENTO DE ETAPAS DO TRATAMENTO E EVOLUÇÃO PROGNÓSTICA DO PACIENTE / Gilles Landman (SP)  
09h05 CONFERÊNCIA - LNS (+) É IGUAL À LINFADENECTOMIA. SIM OU NÃO E QUANDO? QUAIS OS NÍVEIS DE LINFADENECTOMIAS EM LNS (+) E NO LN CLINICAMENTE (+)? / Merrick Ross (EUA)  
09h30 VISITA AOS EXPOSITORES E POSTERES  
10h00 O CIRURGIÃO DERMATOLÓGICO E O TRATAMENTO DO MELANOMA CUTÂNEO / Elimar E. Gomes (SP)  
10h22 QUAIS AS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TU PRIMÁRIO E REGIONAL? / Francisco A. Belfort (SP)  
10h44 A REALIDADE PRÁTICA DAS NOVAS DROGAS PARA O TRATAMENTO DO MELANOMA NO BRASIL / Rafael Schmerling (SP)

### **GRANDE DEBATE 3 LESÃO MELANOCÍTICA DE COMPORTAMENTO INCERTO É UM TERMO ADEQUADO? SIM – Jane Messina (EUA) / NÃO – Nilceo Michalany (SP)**

- 12h20 SIMPÓSIO SATÉLITE ROCHE – Terapia molecular no tratamento do melanoma metastático: análise histopatológica e manejo das lesões cutâneas associadas. Simone M. Goldinger (Suíça, Universidade de Zurich) e Adriana Mendes (SP)  
13h10 SIMPÓSIO SATÉLITE E VISITA AOS EXPOSITORES E POSTERES  
14h15 APRESENTAÇÃO DE CASOS E TEMAS LIVRES  
14h47 PREMIAÇÃO  
15h00 CONFERÊNCIA - DIAGNÓSTICO CLÍNICO, DERMATOSCÓPICO E CONFOCAL DO MELANOMA CUTÂNEO / Giovanni Pellacani (Italia)  
15h27 VISITA AOS EXPOSITORES E POSTERES

### **GRANDE DEBATE 4 MELANOMA IN SITU SUB-UNGUEAL AMPUTAÇÃO – Miguel A. Brandão (BA) CONSERVAÇÃO – Mauro Y. Enokihara (SP)**

- 16h50 ASSEMBLÉIA GERAL GBM

## Convidados internacionais

Giovanni Pellacani – Jane Messina – Maria Paula Curado – Merrick Ross – Sanjiv Agarwala – Simone M. Goldinger

Programação completa no site GBM: [www.gbm.org.br/conferencia2015](http://www.gbm.org.br/conferencia2015)

## C01

### Melanoma Essencial

COORDENADORES: Carlos Augusto Silva Bastos (PR) / João Pedreira Duprat Neto (SP)

HORÁRIO: 08h00 - 12h00

- **Diagnóstico clínico:** Mauro Enokihara (SP)
- **Terapia sistêmica:** Milton Barros (SP)
- **Biópsia, exames pré-operatórios e estadiamento:** Eduardo Bertoli (SP)
- **Fatores prognósticos e planejamentos:** Flávio Cavarsan (GO)
- **Cirurgia da lesão primária:** Ézio Augusto Amaral Filho (PR)
- **Linfonodo sentinela e linfadenectomias:** Francisco Belfort (SP)
- **Seguimento:** Hamilton Stolf (SP)
- **Dermatoscopia e outras perspectivas de métodos diagnósticos:** Juliana Casagrande (SP)
- **Comentários finais e apresentação de casos clínicos:** João P. Duprat Neto (SP)

## C02

### Tratamento Cirúrgico

COORDENADORES: Alberto Wainstein (MG) / Ézio Augusto Amaral Filho (PR)

HORÁRIO: 14h00 - 18h00

- **Biópsias em melanoma. Quais as vantagens e limitações da excisional, incisional, shaving e punch:** Felice Riccardi (RS)
- **Margens em melanoma. Ênfase nos melanomas lentiginosos da face e acrais. Temos bases científicas para indicar margens de 0,5 cm para o *in situ*?** Sormany Del Carmo (GO)
- **O que aprendemos com o MSLT-1. O que esperar do MSLT-2 e do EORTC 1208 Minitub?** Francisco Belfort (SP)
- **A dissecação racional dos linfonodos (linfadenectomias) pós LNS+ se tornará obsoleta? As linfadenectomias por vídeo podem ser novas opções?** Vinicius Vazquez (SP)
- **O que esperar dos tratamentos intratumorais como PV-10, T-VEC e outros? A neoadjuvância no melanoma vai ser uma realidade?** Merrick Ross (EUA)
- **Quais os limites e indicações para o tratamento cirúrgico do melanoma metastático? Visão do cirurgião:** Alberto Wainstein (MG)
- **Quando o oncologista clínico consideraria indicar a ressecção cirúrgica de melanoma metastático com a realidade das novas droga-alvo específicas e imunoterapias?** Rodrigo Guedes (BA)
- **Indicação, limitação e futuro da perfusão e infusão isolada de membros no melanoma loco-regional avançado:** João P. Duprat Neto (SP)
- **Meus casos cirúrgicos mais interessantes:**
  - Caso 1 - Carlos Augusto Silva Bastos (PR)
  - Caso 2 - Miguel Angelo Brandão (BA)
  - Caso 3 - Ivan Dunshee A. O. Santos (SP)
  - Caso 4 - Flávio Cavarsan (GO)

## C03

### Dermatoscopia Básica

COORDENADORES: Bianca Costa Soares de Sá (SP) / Luis Fernando F. Kopke (SC)

HORÁRIO: 08h00 - 12h00

- **Técnica e aparelhos disponíveis:** Marcus Maia (SP)
- **Reconhecimento das principais estruturas em dermatoscopia:** Juliana Casagrande (SP)
- **A dermatoscopia básica das lesões não melanocíticas:** Renato Bakos (RS)
- **Elementos básicos do diagnóstico dermatoscópico das lesões melanocíticas benignas:** Flávia Bittencourt (MG)
- **Diagnóstico dermatoscópico do melanoma – principais considerações:** Giovanni Pellacani (ITA)
- **Elementos básicos da dermatoscopia em lesões hipo**

**ou não pigmentadas:** Luis Fernando F. Kopke (SC)

- **Dermatoscopia básica da face:** Mauricio Mendonça do Nascimento (SP)

- **Dermatoscopia básica do aparelho ungueal:** Sérgio Hirata (SP)
- **Região palmo-plantar:** Sérgio Yamada (SP)
- **Seguimento digital:** Bianca Costa Soares de Sá (SP)
- **Casos clínicos:** Giovanni Pellacani (ITA)

## C04

### Dermatoscopia Avançada e Confocal

COORDENADORES: Carlos B. Barcaui (RJ) / Sergio Yamada (SP)

HORÁRIO: 14h00 - 18h00

- **Simuladores de melanoma:** Carlos Barcaui (RJ)
- **Prós e contras do mapeamento corporal total e dermatoscopia digital no seguimento das lesões melanocíticas:** Bianca Costa Soares de Sá (SP)
- **Microscopia confocal – a visão do patologista:** Juan Piñero-Maceira (RJ)
- **Lesões melanocíticas na face: como não perder o diagnóstico?** Mauricio Mendonça do Nascimento (SP)
- **Padrões dermatoscópicos das lesões melanocíticas nos diferentes sítios corporais:** Renato M. Bakos (RS)
- **Nevo de Spitz: a microscopia confocal ajuda?** Giovanni Pellacani (ITA)
- **Melanomas incipientes: o limiar do diagnóstico morfológico?** Sérgio Yamada (SP)
- **Melanoma amelanótico:** Giovanni Pellacani (ITA)
- **Crísalidas (estrias brancas brilhosas) e estruturas de regressão. Qual a sua importância no diagnóstico do melanoma?** Flávia Bittencourt (MG)
- **Casos comentados:** Giovanni Pellacani (ITA)

## C05

### Tratamento Clínico do Melanoma Avançado

COORDENADORES: Edna Beatriz de Souza de A. Paiva (GO) / Rafael A. Schmerling (SP)

HORÁRIO: 14h00 - 18h00

- **Tratamento adjuvante do melanoma – estratégias sistêmicas, loco regionais e perspectivas:** Rodrigo Guedes (BA)
- **Imunoterapia no melanoma metastático:** Markus Gifoni (CE)
- **Discussão de casos:** Rafael Schmerling (SP) / Sanjiv Agarwala (EUA)
- **Terapia alvo no melanoma metastático:** Edna Beatriz de Souza de Alencar Paiva (GO)
- **Ressecção de metástases do melanoma:** André Molina (SP)
- **Discussão de casos:** Rafael Schmerling (SP) / Sanjiv Agarwala (EUA)

## C06

### Patologia das Lesões Melanocíticas

COORDENADORES: Juan Piñero-Maceira (RJ) / Nilceo Michalany (SP)

HORÁRIO: 08h00 - 18h00

- **Regressão em lesões melanocíticas:** Mauricio Barcelos Costa (GO)
- **Proliferações melanocíticas intraepidérmicas atípicas:** Mayra Rochael (RJ)
- **Dermatoscopia, microscopia confocal e o patologista:** Juan Piñero-Maceira (RJ)
- **Nevo de Spitz: o que há de novo?** Jane Messina (EUA)
- **Melanoma acral e subungueal:** Nilceo Michalany (SP)
- **Nevo de Spitz e seus diagnósticos diferenciais:** Milvia M. S. Enokihara (SP)
- **Revisão histopatológica de melanoma em centro de referência. O especialista ainda pode fazer diferença?** Ricardo Macarenco (SP)
- **Discussão de Casos:** Jane Messina (EUA), Nilceo Michalany (SP), Milvia M. S. Enokihara (SP); Ricardo Macarenco (SP); Mauricio Barcelos (GO), Aretha Nobre (RJ), Luciana Pantaleão (RJ).

## Melanoma 69

Abril/Maio/Junho 2015

Pág. 1

### VITAMINA D E MELANOMA

Claudia Zanardo

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Field S, Newton-Bishop JA. Melanoma and vitamin D. **Mol Oncol**. 2011;5(2):197-214.
2. Field S, Davies J, Bishop DT et al. Vitamin D and melanoma. **Dermatoendocrinol**. 2013;5(1):121-9.
3. Rech MA, Hunsaker T, Rodriguez J. Deficiency in 25-hydroxyvitamin D and 30-day mortality in patients with severe sepsis and septic shock. **Am J Crit Care**. 2014;23(5):e72-9.
4. Buttigliero C, Monagheddu C, Petroni P et al. Prognostic role of vitamin d status and efficacy of vitamin D supplementation in cancer patients: a systematic review. **Oncologist**. 2011;16(9):1215-27.
5. Tong LX, Young LC. Nutrition: the future of melanoma prevention? **J Am Acad Dermatol**. 2014;71(1):151-60.
6. Newton-Bishop JA, Beswick S, Randerson-Moor J et al. Serum 25-hydroxyvitamin D3 levels are associated with breslow thickness at presentation and survival from melanoma. **J Clin Oncol**. 2009;27(32):5439-44.
7. Mocellin S, Nitti D. Vitamin D receptor polymorphisms and the risk of cutaneous melanoma: a systematic review and meta-analysis. **Cancer**. 2008;113(9):2398-407.
8. Hutchinson PE, Osborne JE, Lear JT et al. Vitamin D receptor polymorphisms are associated with altered prognosis in patients with malignant melanoma. **Clin Cancer Res**. 2000;6(2):498-504.
9. Bjelakovic G, Gluud LL, Nikolova D et al. Vitamin D supplementation for prevention of cancer in adults. **Cochrane Database Syst Rev**. 2014;6:CD007469.
10. Bjelakovic G, Gluud LL, Nikolova D et al. Vitamin D supplementation for prevention of mortality in adults. **Cochrane Database Syst Rev**. 2014;1:CD007470.
11. Boneti RS, Fagundes RB. Vitamina D e câncer. **Rev AMRIGS**. 2013; 57(1):71-7.
12. Gandini S, Raimondi S, Gnagnarella P et al. Vitamin D and skin cancer: a meta-analysis. **Eur J Cancer**. 2009;45(4):634-41.

Pág. 2

### Particularidades do Melanoma Lentiginoso Acral

Tainá Scalfoni Fracaroli<sup>1</sup>, Carlos Baptista Barcaui<sup>2</sup>, Juan Piñeiro Maceira<sup>3</sup>

1: Professora de Dermatologia do Serviço de Dermatologia Tropical do Hospital Central do Exército e Assistente de Pesquisa da Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

2: Professor Adjunto de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

3: Professor Colaborador das Disciplinas de Dermatologia e Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

### Referências bibliográficas:

1. Stalkup JR, Orengo IF, Katta R. Controversies in Acral lentiginous Melanoma. *Dermatol surg.* 2002;28:1051-1059.
2. Takata m, Murata H, Saida T. Molecular pathogenesis of malignant melanoma: a different perspective from the studies of melanocytic nevus and acral melanoma. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2010;23:64-71.
3. Saida T. morphological and molecular uniqueness of acral melanoma. *Expert Rev Dermatol.* 2007;2:125-131.
4. Saida T, Miyazaki A, Oguchi S, Ishihara Y, Murase S *et al.* Significance of dermoscopic patterns in detecting malignant melanoma on acral volar skin: results of a multicenter study in Japan. *Arch Dermatol.* 2004; 140(10):1233-1238.
5. Saida T, Koga H, Uhara H. Key points in dermoscopy differentiation between early acral melanoma and acral nevus. *J Dermatol.* 2011;38:25-34.
6. Hutcheson ACS, McGowan JW, Maize JC, Cook J. Multiple Primary Acral Melanomas in African-Americans: A case Series and Review of the Literature. *Dermatol Surg.* 2007;33:1-10.
7. Chiu HH, Sung-Chu S, Ke C, Cheng ST. Dermoscopy identifies histopathologically indistinguishable malignant lesion of atypical melanosis of the foot, an early lesion of acral lentiginous melanoma in situ. *Dermatol Surg.* 2008;34:979-983.
8. Ishihara Y, Saida T, koga H, Taniguchi A, Tsuchida T, *et al.* Early acral melanoma in situ: correlation between the parallel ridge pattern on dermoscopy and microscopic features. *Am J Dermatopathol.* 2005;52:109-121.
9. Saida T, Koga H. Goto Y, Uhara H. Characteristic Distribution of Melanin Columns in the Cornified Layer of Acquired Acral Nevus: An important Clue for Histopathologic Differentiation From Early Acral Melanoma. *Am J Dermatopathol.* 2011;33:468-473.
10. Minagawa A, Koga H, Saida T. Dermoscopic Characteristics of Congenital Melanocytic Nevi affecting Acral Volar Skin. *Arch Dermatol.* 2011;147(7):809-813.
11. Fracaroli TS, Lavorato FG, Maceira JP, Barcaui C. Parallel ridge pattern on dermoscopy: observation in non-melanoma cases. *An Bras Dermatol.* 2011; 88(4):646-648.
12. Tanioka M. Benign acral lesion showing parallel ridge pattern on dermoscopy. *J Dermatol.* 2011;38:41-44.

**Pág. 3**

**Seguimento dos Pacientes de Alto Risco: Mapeamento Corporal e Dermatoscopia Digital**

*Bianca Costa Soares de Sá*

### **Referências Bibliográficas**

Newton JA, Bataille V, Griffiths K, *et al.* How common is the atypical mole syndrome phenotype in apparently sporadic melanoma? *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:989-96.



Slade J et al. Atypical mole syndrome: Risk factor for cutaneous malignant melanoma and implications for management. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:479-94.

Miller AJ; Mihm MCJr. Melanoma. *N Engl J Med*. 2006;355(1):51-65.

Thompson JF, Scolyer RA, Kefford RF. Cutaneous Melanoma. *Lancet* 2005 Feb 19-25;365(9460):687-701.

Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol*. 2009 Dec 20;27(36):6199-206.

Tsao H, Atkins MB, Sober AJ. Management of Cutaneous Melanoma. *N Engl J Med* 2004; 351(10):998-1012.

Friedman RJ, Farber MJ, Warycha MA. The "dysplastic" nevus. *Clin Dermatol*. 2009;27:103-115.

Nelson AA, Tsao H. Melanoma and genetics. *Clin Dermatol* 2009;27(1):46-52.

Naeyaert JM, Brochez L. Dysplastic Nevi. *N Engl J Med* 2003;349:2233-40.

Halpern AC, Guerry D 4<sup>th</sup>, Elder DE, et al. Natural history of dysplastic nevi. *J Am Acad Dermatol*. 1993;29(1):51-57.

Terushkin V, Halpern AC. Melanoma Early Detection. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2009;23(3):481-500.

Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital epiluminescence microscopy: patterns of modifications observed in early melanoma, atypical nevi, and common nevi. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Sep;43(3):467-76.

Haenssle HA, Vente C, Bertsch H-P et al. Results of a surveillance programme for patients at high risk of malignant melanoma using digital and conventional dermoscopy. *Eur J Cancer Prev*. 2004;13(2):133-8.

Lucas CR, Sanders LL, Murray JC, et al. Early melanoma detection: nonuniform dermoscopic features and growth. *J Am Acad Dermatol* 2003;48:663-71.

Banky JP, Kelly JW, English DR, et al. Incidence of new and changed nevi and melanomas detected using baseline images and dermoscopy in patients with high risk for melanoma. *Arch Dermatol* 2005;141:998-1006.

Menzies SW. Cutaneous melanoma: making a clinical diagnosis, present and future. *Dermatol Ther*. 2006 Jan-Feb;19(1):32-9.

Menzies SW, Gutenev A, Avramidis M, Batrac A, McCarthy WH. Short-term digital surface microscopic monitoring of atypical or changing melanocytic lesions. *Arch Dermatol*. 2001 Dec;137(12):1583-9.

Silva JH, Sá BC, Avila AL, Landman G, Duprat Neto JP. Atypical mole syndrome and dysplastic nevi: identification of populations at risk for developing melanoma - review article. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(3):493-9. Review.