

---

# Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM - ANO III- No. 8  
JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO 2000

---

## Editorial

Nossos agradecimentos a todos os colegas que preencheram e nos enviaram os dados do protocolo simplificado, aproximadamente 2000 casos. Atualmente o principal objetivo do GBM é o planejamento e elaboração de novos protocolos.

Um destes protocolos em elaboração é o da pesquisa do linfonodo sentinela nos pacientes com melanoma, com o índice de Breslow acima de 1mm. Os colegas cirurgiões oncológicos, da medicina nuclear e da anatomopatológica estão procurando uniformizar condutas, pois somente assim teremos no futuro dados fidedignos para análise e poderemos comparar com os da literatura internacional.

Não esqueçam que o protocolo simplificado pode ser preenchido também em nosso site:  
<http://www.gbm.org.br>

**Dr. Fernando A. Almeida**

---

## Critérios Mínimos para o Diagnóstico do Melanoma

Juan Piñeiro-Maceira

Os critérios mínimos para o diagnóstico histopatológico de melanoma são de conhecimento geral e ampla aceitação, estando disponíveis nos livros texto de Dermatopatologia, e possibilitando o diagnóstico com relativa facilidade na maioria dos casos. Compreendem basicamente a análise da silhueta da neoplasia melanocítica, seu tamanho, sua simetria, a boa ou má delimitação lateral, a relação entre células melanocíticas dispostas em ninhos e como células isoladas, a migração de células melanocíticas para as camadas superiores do epitélio, a presença ou não de mitoses e atipia citológica, a presença ou ausência de maturação nas células melanocíticas intradérmicas e a detecção de invasão perineural e linfática. Nenhum destes critérios histopatológicos é completamente específico ou sensível para o diagnóstico de melanoma. Eles devem ser analisados em conjunto, tendo sempre em mente que exceções existem para todos e cada um deles.

Existem três situações principais em que o diagnóstico pode ser mais difícil: *nas formas raras de melanoma*, onde se aplicam critérios específicos para cada uma dessas entidades, *nas formas pouco diferenciadas destas neoplasias*, em que o diagnóstico diferencial é com outros sarcomas anaplásicos e onde tem grande aplicação a imunohistoquímica, possibilitando atribuir origem melanocítica às células neoplásicas através da imunomarcagem com diferentes antisoros, entre os quais destacam-se o S-100 e o HMB-45, e *as formas iniciais da neoplasia*, em que o diagnóstico diferencial é principalmente com nevos de Clark (nevos atípicos/displásicos) e onde os critérios para distinção são basicamente morfológicos.

Nestes últimos casos, a interpretação do exame histopatológico deve ser mais sutil, com atenção a detalhes (critérios mínimos) que vão influenciar o diagnóstico final. Contudo, a conduta nestes casos "limítrofes" entre os nevos de Clark, com acentuada atipia e melanomas iniciais deve ser uma só, a excisão completa da lesão com pequena margem, o que em geral se

acompanha de excelente prognóstico.

Nesse contexto, *assimetria na distribuição e tamanho dos ninhos celulares e das células melanocíticas isoladas, presentes na junção dermo-epidérmica, permeação das camadas superiores da epiderme pelas células melanocíticas proliferadas, presença de atipia citológica e má delimitação lateral da proliferação melanocítica, e distribuição irregular do pigmento melânico nas células melanocíticas intradérmicas e da resposta inflamatória em relação com estas mesmas células*, representariam os critérios mínimos para o diagnóstico do melanoma.

Uma forma prática e objetiva de diagnosticar neoplasias melanocíticas é examinar a histopatologia sem qualquer informação clínica, formar uma impressão diagnóstica utilizando os critérios explicitados acima, e, posteriormente revisar esses achados, quando necessário, em correlação com os dados clínicos, principalmente a idade do paciente, a localização anatômica da neoplasia e o seu tamanho com o observado clinicamente.

---

Ainda nesta edição:

<a href="#">Nevo Melanocítico Congênito Gigante</a>	<a href="#">Abordagem Psicológica</a>	<a href="#">Casos Clínicos</a>	<a href="#">Calendário</a>
---	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------

---

## Nevo Melanocítico Congênito Gigante

Conduta Clínica, Tratamento Cirúrgico e Aspectos Histopatológicos

Gabriela Lowy - Luiz Victor Carneiro Jr. - Juan Piñeiro Maceira

### Estatísticas

Os nevos melanocíticos gigantes (acima de 20cm) são raros, ocorrendo em 1/20.000 recém-nascidos. Há um consenso de que estes nevos apresentam um risco maior de transformação para melanoma, no entanto, a proporção em que esta transformação ocorre ainda não está definida. Segundo relatos recentes, este risco ficaria entre 4 a 6%, incluindo tanto os melanomas cutâneos como os extra-cutâneos (SNC). O melanoma nestes casos apresentaria duas características especiais: incidência em sua maioria antes da puberdade (60%) e comportamento mais agressivo. A idade adulta porém, não confere segurança absoluta pois 30% dos casos ocorrem após a segunda década de vida. Por outro lado, 40% dos melanomas em crianças têm origem sobre nevos melanocíticos gigantes. Contudo, tumorações benignas também ocorrem sobre essas lesões e devem ser biopsiadas com vistas ao diagnóstico diferencial. Muitos deles apresentam pêlos na superfície, razão pela qual também são chamados nevos pilosos gigantes. Como medida preventiva, a maioria dos autores recomenda a retirada total e precoce dos nevos melanocíticos gigantes. Entretanto esta conduta nem sempre é possível pelo próprio tamanho do nevo, ou pela sua localização, e nestes casos os mesmos autores indicam observação a longo prazo.

### Transformação maligna dos nevos

A experiência pessoal de um dos autores (Dra. Lowy) tem mostrado que a transformação dos nevos melanocíticos gigantes é uma ocorrência muito rara. Nos 42 casos por ela observados, 19 dos quais com seguimento por tempo médio entre 5 e 15 anos, não registrou nenhum caso de transformação maligna. Constatação que coincide com o relato em várias publicações. Cientes de que a transformação é apenas ocasional e considerando os riscos que múltiplas cirurgias implicam, justifica-se uma conduta conservadora, apoiada nos seguintes itens: biópsias de áreas suspeitas, toda vez que for necessário, exame neurológico com ressonância magnética, quando o nevo comprometer a cabeça e/ou a coluna vertebral, acompanhamento periódico a cada 3 meses, ou em intervalos maiores dependendo do caso. A intervenção cirúrgica será indicada de acordo com os resultados histopatológicos ou por necessidade estética.

## Tratamento cirúrgico

Apesar de estar em segundo plano como indicação terapêutica, o tratamento cirúrgico, além de evitar a transformação maligna, minimiza o transtorno social que os nevos gigantes causam aos pacientes, principalmente na face e pescoço. No Serviço do Prof. Pitanguy (Dr. Carneiro Jr.) foram atendidos 165 pacientes portadores de nevo melanocítico gigante no período de 1957 a 1995, em sua maioria (70,9%) do sexo feminino, com até 30 anos de idade (0 a 10 anos – 38%, 11 a 20 anos – 26%, 21 a 30 anos – 20%). Neste grupo a maioria das lesões se localizava na região da cabeça e pescoço (63,9%), vindo em seguida o tronco (19,6%), o membro inferior (10,2%) e o membro superior (6,3%). Dois casos evoluíram com malignização (1,2%). As técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento foram: ressecções parciais, ressecções e auto-enxertia de pele ou ressecções e expansores tissulares. O primeiro método consiste na *ressecção* da maior elipse possível no eixo longitudinal do nevo e grande deslocamento lateral suficiente para permitir uma sutura por planos. Consegue-se uma significativa redução do tamanho da lesão, principalmente no dorso, abdome e tórax, e pode ser empregado em crianças de todas as idades. Na técnica de *auto-enxertia*, a lesão pode ser ressecada completamente ou em grande parte e a superfície cruenta é coberta com enxertos de pele. A sua principal limitação é a necessidade de grandes áreas doadoras e seu maior emprego se dá nas áreas nas quais as ressecções parciais poderiam causar distorções anatômicas como por exemplo pálpebras, nariz e mãos, além de permitir a ressecção do nevo em um único tempo cirúrgico. Os *expansores cutâneos* são introduzidos sob o tecido sadio num primeiro tempo cirúrgico e inflados semanalmente para aumentar a área de pele disponível. Ao atingir-se o volume programado (geralmente um mês após a primeira cirurgia), resseca-se uma parte da lesão e o retalho expandido é avançado, cobrindo a área cruenta com pele de boa qualidade e sem necessidade de área doadora de enxertos. Vários expansores podem ser usados em cada intervenção, em quase todas as áreas anatômicas, para abreviar o procedimento, contudo, crianças menores de sete anos não costumam tolerar bem as expansões.

## Aspectos histopatológicos

Os principais critérios histopatológicos para o diagnóstico são: a distribuição das células névicas em faixa, numa derme papilar alargada, a presença de células névicas muito próximas de estruturas dérmicas anexiais epiteliais ou não epiteliais e dissociação dos feixes colágenos por células névicas isoladas ou em pequenos grupos, além do principal deles, a ocorrência de células névicas no tecido celular subcutâneo ou mesmo abaixo dele. O nevo lentiginoso salpicado congênito (nevo "spilus") é um subtipo em que há associação de um nevo congênito em um lentigo simples, dando o aspecto clínico de uma mancha "café-au-lait" com pontos de pigmentação profunda, em distribuição zosteriforme. Nem todos os tumores que crescem em nevos congênitos gigantes são melanomas, podem ser nódulos proliferativos ou focos de diferenciação neural e serão diferenciados no exame histopatológico pela falta de mitoses atípicas, ausência de áreas de necrose e boa delimitação. Vale ressaltar que os melanomas com origem em nevos melanocíticos gigantes são frequentemente de origem não-epidérmica.

---

## Abordagem Psicológica

Maria da Glória G. Gimenes, PhD.

A maior divulgação da incidência de câncer de pele e, principalmente a do melanoma, em nosso país, leva a comunidade científica e a comunidade em geral a voltar sua atenção para este problema.

O melanoma, como qualquer outro tipo de câncer, apresenta cinco fases distintas no transcorrer da doença: fase do pré-diagnóstico, do diagnóstico, do tratamento, da recidiva e da terminalidade.

Cada uma destas fases apresenta suas peculiaridades e preocupações, exigindo a utilização de abordagens psicológicas distintas.

Dada a visualidade do melanoma, o paciente pode acompanhar o sucesso ou insucesso dos tratamentos utilizados para combatê-lo. Assim, este paciente tende estar "constantemente" em "estado de alerta", o

que contribui para reações emocionais indesejáveis.

Os pacientes podem estar muitas vezes ansiosos, estressados e incapazes de lidar com a situação. Várias abordagens psicológicas podem atender as necessidades emocionais dos pacientes, entre elas, a terapia breve.

Esta modalidade de intervenção, que deve ser inclusive estruturada, precisa focalizar a educação/informação sobre a doença, as estratégias para o manejo de estresse/treinamento comportamental, o aumento da capacidade de resolução de problemas e o apoio emocional individual e familiar.

Finalmente, é importante destacar que a intervenção psicológica deve ser utilizada no contexto geral do tratamento e de acordo com os parâmetros de tratamento clínico, delineados pela equipe de saúde. Nenhuma modalidade de intervenção psicológica pode ser utilizada como uma modalidade de tratamento independente.

---

## Casos Clínicos

*Marcus Maia e Helena Müller*

A primeira reunião do ano do GBM-SP, realizada na Unidade de Melanoma da Santa Casa - SP, contou com a presença de cerca de 30 colegas e foram apresentados e discutidos 3 casos.

O primeiro caso era uma menina branca de 3 anos que apresentava um nevo congênito perianal. Há dois meses o centro do nevo contornou-se hiperpigmentado e nodular. O exame anátomo-patológico revelou tratar-se de um nevo melanocítico em transformação. Optou-se, simplesmente, pela exérese cirúrgica localizada e seguimento clínico.

O segundo caso era um paciente de 26 anos com vitiligo em tratamento com PUVA (psoralênico mais ultravioleta). Após 41 sessões (123,5J/cm<sup>2</sup>) surgiu um lentigo no braço direito com característica clínica de maligno. O exame anátomo-patológico mostrou apenas uma melanose típica. Entretanto, a lesão foi considerada como possível precursora de um melanoma desencadeado pelo tratamento com ultravioleta de fonte artificial.

O terceiro caso era uma menina branca de 7 anos com uma lesão há 2 anos na região vulvar. O aspecto clínico e de exame dermatoscópico sugeria uma lesão de melanoma expansivo superficial. O exame anátomo-patológico mostrou um nevo em atividade celular com alguma atipia (transformação). Também, neste caso, optou-se pela exérese cirúrgica simples e seguimento clínico.

---

## Calendário de Reuniões Científicas do GBM até Junho de 2000

### **São Paulo**

Horário: das 12 às 13horas

Dia 14 de março – Terça Feira

Coordenador: Dr. Rogério Izar Neves

Assunto : Discussão de Casos Clínicos – A .C. Camargo

Local: Hospital do Câncer – A. C. Camargo, Rua: Prof. Antônio Prudente , 221

Dia 04 de abril – Terça Feira

Coordenadores: Dr. Fernando Augusto de Almeida e Dr. Ivan Dunshee Santos

Assunto: Discussão de Casos Clínicos do Serviço de Dermatologia da UNIFESP

Local: Associação Paulista de Medicina - Av. Brig. Luiz Antônio, 278 – 10º andar – sala bege

Dia 02 de maio – Terça Feira

Coordenadores: Dr. Francisco Macedo Paschoal e Dr. Simão Cohen

Assunto: Discussão de Casos Clínicos do Serviço de Dermatologia do ABC – Sto. André

Local : Associação Paulista de Medicina

Dia 06 de Junho – Terça Feira

Coordenadores: Dr. Reinaldo Tovo Filho e Dra. Ana Cristina Fasanella

Assunto: Discussão de Casos Clínicos do Serviço de Dermatologia da UNISA

Local : Associação Paulista de Medicina

### **Rio de Janeiro**

Coord.: Dr. Juan Piñeiro-Maceira

30 de março de 2000 – Hospital Municipal Souza Aguiar

### **Santos - SP**

Coord.: Dr. Octávio Moraes Junior

Local : Associação dos Médicos de Santos

Horário : das 09 às 12:00h

Assunto : Discussão de Casos Clínicos

Datas: 09 de março de 2000

13 de abril de 2000

11 de maio de 2000

08 de junho de 2000

---

## **Curso Sulamericano de Melanoma – ESO 2000-01-31**

Salvador, 13 e 14 de abril de 2000

### **Dia 13**

"Screening" em melanoma: perspectivas epidemiológicas e econômicas – N. Cascinelli

O risco de erro no diagnóstico histopatológico em lesões pigmentadas – M. Mihm

Marcadores histológicos de apresentação biológica – M. Mihm

Vídeo: Dissecção inguino-ilíaco-obturador.

Marcadores biológicos: relevância no prognóstico dos melanomas – J. Kirkwood

Discussão

Técnica cirúrgica: inguino-ilíaco-obturador. Dissecção com discussão simultânea – A. Testori

Tratamento cirúrgico do melanoma: conduta conservadora – A. Eggermont

Discussão

### **Dia 14**

Imunoterapia em melanoma: modificações na resposta biológica – J. Kirkwood

Roteiro cirúrgico: revisão de "trials" clínicos – N. Cascinelli

Estratégias na preparação de estudos clínicos randomizados e análise e estatística pareada – A.

Eggermont

Discussão

Quimioterapia do melanoma: revisão de estudos clínicos – J. Kirkwood

Tratamento médico no melanoma avançado: qual é o futuro? – N. Cascinelli

Vídeo de biópsia de linfonodo sentinela – A. Testori

Discussão

Vídeo: Procedimento cirúrgico

Biópsia do linfonodo sentinela – N. Cascinelli

Implicações das novas técnicas no estadiamento linfonodal para estudos de terapia adjuvante – A.

Eggermont

Implicações biológicas na patologia de metástases em linfonodo sentinela: o papel da H&E – M. Mihm

Novas técnicas no diagnóstico do melanoma primário – N. Cascinelli

Discussão

Técnicas cirúrgicas: dissecação axilar com discussão simultânea – A. Testori

Perfusão de membros: procedimento cirúrgico ou percutâneo

Com ou sem TNF, com ou sem oxigênio – A. Eggermont

Técnica cirúrgica: dissecação cervical com discussão simultânea – A. Testori

Discussão

Informações e Inscrições:

Tel (71) 399-6134 / 213-6717

Fax: (71) 393-1020