

Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM – ANO XI – NÚMERO 41 – ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2008



Editorial

Carlos Barcaui

Nesse número, discutiremos dois assuntos de suma importância: a abordagem inicial das lesões cutâneas pigmentadas suspeitas e a pesquisa do linfonodo sentinela. Segundo o consenso do GBM e as recomendações do Projeto Diretrizes do Conselho Federal de Medicina/AMB e Sociedade Brasileira de Dermatologia, diante de uma lesão cutânea suspeita de melanoma deve-se proceder a biópsia EXCISIONAL com margens mínimas (1,0-2,0 mm) incluindo o tecido celular subcutâneo, de preferência no sentido da drenagem linfática da região. A biópsia INCISIONAL, apesar de não alterar a sobrevida, só deve eventualmente ser realizada quando tratar-se de lesão muito extensa ou situada em sítio anatômico nobre como a face ou quando o índice de suspeição for baixo. Nesses casos a área escolhida deve representar as porções mais profundas da lesão. Ressalto que, sem sermos alarmistas, na ocasião da biópsia devemos conscientizar o paciente da possível gravidade de seu quadro e da necessidade de uma segunda intervenção, caso o diagnóstico de melanoma venha a se confirmar. No trabalho que selecionamos (ao lado), vemos que o desprezo a essas diretrizes básicas da abordagem das lesões suspeitas leva ao retardo no diagnóstico e ocasiona piora no prognóstico. Desde que foi descrita por Morton e cols, em 1992, a técnica da biópsia do linfonodo sentinela para o melanoma suscita discussões. Atualmente, sua indicação como ferramenta de estadiamento é consagrada e o aumento da sobrevida após a linfadenectomia complementar em casos positivos está em estudo. Após participar recentemente de dois congressos internacionais, o Dr. Francisco Belfort, gentilmente, nos faz uma síntese do estado atual dessa técnica e discute suas indicações e limitações. Ainda nessa edição o Dr. Mauro Enokihara nos escreve sobre a Ação nas Montanhas, em Campos de Jordão-SP e o Dr. Fernando Almeida comenta sobre a necessidade de uma maior participação dos Delegados regionais.

ATUALIZAÇÃO



Biópsia para melanoma maligno: estamos seguindo as diretrizes?

INTRODUÇÃO: As diretrizes para suspeita de melanoma maligno recomendam a biópsia excisional imediata da lesão para devido diagnóstico e avaliação da espessura segundo Breslow. A biópsia incisional é aceitável somente para o lentigo maligno facial extenso ou melanoma acral. As biópsias por *punch*, "shaving" e outras não permitem o estadiamento patológico e, portanto, não são recomendadas. **POPULAÇÃO E MÉTODOS:** Um total de 100 encaminhamentos por melanoma maligno comprovado histologicamente foi avaliado retrospectivamente durante o período de um ano (2005). **RESULTADOS:** Dos 100 pacientes incluídos neste estudo, 52 eram homens e 48, mulheres. As idades variaram de 18-91 anos, com uma média de 63 anos. A origem dos encaminhamentos foi: dermatologia, 63%; clínico geral, 33%; outras fontes para os 4% restantes de casos. Houve suspeita de melanoma maligno em 84% das lesões, sendo 16% referidas como benignas. Contudo, somente 56% dos pacientes foram examinados nesta unidade no prazo de 14 dias após o encaminhamento, segundo a regra de exame do câncer em 2 semanas. Nestes 100 pacientes, foram realizados vários tipos de biópsia: 50 foram encaminhados sem biópsia, 17 excisionais, 20 por *punch*, 3 por raspagem, 1 curetagem e 1 biópsia incisional. O tipo de biópsia não foi registrado nos últimos 3 pacientes. Do grupo encaminhado pelo clínico geral, 48% foram encaminhados sem biópsia, 12% tiveram a biópsia excisional e 3% sofreram biópsias incisionais. Os 30% restantes foram submetidos a *punch*, raspagem ou mesmo curetagem, o que não está de acordo com as recomendações atuais. Do grupo de dermatologia, 54% foram encaminhados sem biópsia, 21% foram submetidos a biópsia excisional e 22%, por *punch*. No

total, 20 biópsias por *punch* foram realizadas, das quais 7 referiam-se a lesões na face com tamanho de 1,7-25mm. As demais biópsias por *punch* foram para lesões no tronco e membros (4-50mm). Das 20 biópsias por *punch*, foi possível avaliar a espessura de Breslow em somente 9 casos (45%). Dezesesseis das biópsias por *punch* foram realizadas sob suspeita de melanoma maligno, sendo as lesões apropriadas para excisão. No grupo encaminhado por clínicos gerais havia 3 biópsias por "shaving" e uma curetagem, com suspeita clínica de melanoma maligno em um caso. A espessura de Breslow não foi obtida em nenhum dos casos de biópsia por "shaving" ou curetagem. Das 17 biópsias por excisão, 3 foram excisadas de modo incompleto (2 por dermatologistas e 1 pelo clínico geral). **CONCLUSÃO:** Uma proporção significativa das biópsias se mostrou inadequada e inconsistente em relação às diretrizes propostas para o melanoma maligno. As biópsias por *punch* foram realizadas mesmo sob a suspeita clínica de melanoma maligno e em situações em que a biópsia excisional era possível. Somente uma pequena proporção de pacientes parece se apresentar para consulta de encaminhamento no prazo de 14 dias. Tais fatores podem levar ao retardo do diagnóstico, tratamento subsequente definitivo e podem afetar adversamente o resultado de cada caso. Este estudo identifica uma necessidade de fornecer um *feedback* e fontes de treinamento para o encaminhamento de casos de melanoma maligno. **TADIPARTHI, S.; PANCHANI, S.; IQBAL, A. Bopsy for malignant melanoma – are we following the guidelines? – Ann R Coll Surg Engl.**; 90(4):322-5, 2008 (May). Departamento de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Whiston Hospital, Prescot, Liverpool, Reino Unido.

VEJA NESTA EDIÇÃO:

■ Informações de Eventos Internacionais ■ Por Dentro do GBM



Informações dos recentes eventos internacionais sobre melanoma

Francisco A. Belfort

Dois eventos inteiramente distintos, com enorme valia para os interessados em trabalhar com melanoma, ocorreram recentemente: em fevereiro, o "6th Biennial International Sentinel Node Society Meeting", em Sidney e, em março, o Congresso Anual da Sociedade de Cirurgia Oncológica (SSO), realizado em Chicago, no qual muito se discutiu sobre melanoma e biópsia de linfonodo sentinela.

A técnica da biópsia do linfonodo sentinela é o mais importante avanço no manejo de melanoma nos últimos anos, tendo racionalizado o manuseio cirúrgico, identificando pacientes que podem se beneficiar da linfadenectomia de imediato ou se candidatarem a terapia adjuvante, além de prover melhor estadiamento, uma melhor acurácia na estimativa de prognóstico e, de maneira individual, melhorar a sobrevida de pacientes com linfonodo positivo, precocemente identificados.

No nosso ponto de vista, o que deve estar em discussão não é se a metodologia da pesquisa do LNS é válida ou não, mas sim detalhes tais como:

Em relação à anatomia patológica, os cortes seriados ao HE devem ocorrer sempre?; quando indicar a imunohistoquímica?; como examinar os linfonodos não sentinelas (LNNS)?; qual a definição de micrometástase para melanoma?.

■ Procurando dirimir as dúvidas anatomicopatológicas, Alistair Cochran coordenou um grupo de renomados patologistas (Martin Cook, Richard Scolyer, Alain Spatz, Hans Starz, Giuseppe Viale); a estes, forneceu-se documentos com questões que foram estudadas, respondidas e discutidas no Congresso em Sidney. Naquela ocasião, além dos acima citados, participaram Martin Mihm e ACJ van Akooij. Desse encontro, deverá ser elaborado um documento a ser publicado até o final do presente ano, correspondendo a uma normativa a ser utilizada pelos diferentes serviços de anatomia patológica que trabalham com melanoma cutâneo. Segue um sumário do mesmo: não fazer exame de congelação; examinar tecidos bem fixados; examinar múltiplos níveis de ambas as metades do linfonodo; avaliar níveis intercalados de lâminas preparada por HE (hematoxilina/eosina) e IMH (imunohistoquímica); reportar quantidade e disposição do tumor; procurar estudar melhor o LNNS, pois a maioria usa apenas HE, sendo sugerida a necessidade de ampliar IMH;

metodologia do RT-PCR ainda reservada para "trials".

Ficou claro entre todos os participantes que o "Tumor burden" (volume de tumor encontrado no linfonodo) é o elemento mais importante na análise do linfonodo sentinela, mas, o melhor método para estimá-lo ainda não foi acordado. Exemplo dessa dificuldade é o estudo publicado por Murali *et al* (Interobserver Reproducibility of the Assessment of Micromorphometric Features of SLN Containing Metastatic Melanoma. *Ann Surg Oncol*, 15, S1, 2008), em que 6 observadores distintos receberam material de 44 pacientes com LNS positivo e apresentaram discordância em significativo percentual.

Discutiu-se ainda se as características das células tumorais seria fator adicional a ser mensurado e que há necessidade de outros métodos de acesso ao LNS, tais como análise molecular combinada a histopatologia.

Não houve um consenso quanto à definição de micrometástase em melanoma, ficando acordado não se arbitrar um limite inferior para linfonodo sentinela positivo; portanto, a indicação para complementação da linfadenectomia regional é mantida após o encontro de todo LNS positivo, independente de qual método histológico ou imunohistoquímico foi utilizado.

Em relação à clínica, as dúvidas se referem a: quando indicar? Quando completar a linfadenectomia? Qual o valor do encontro de LNNS positivo?

Quando indicar?

Scoggins (*Ann Surg Oncol*, V15 (S1): 4,2008) apresentou: "Should All Pts With Mel Between 1 and 2 mm Undergo SLNB?". Foram analisados 1055 pacientes, com seguimento médio de 53 meses, havendo LNS (+) em 132 (12,5%), divididos em dois grupos:

Grupo A: primário com 1,0 a 1,5 mm = 9,1 % de LNS (+)

Grupo B: primário >1,5 a 2,0 mm = 19,2 % de LNS (+)

Grupo A apresentou melhor DFS e OS e os autores concluem: há significativa diversidade no comportamento biológico de melanomas entre 1 e 2 mm de Breslow e a BLNS é indicada para identificar aqueles com metástases nodais de maior risco para recorrência e mortalidade.

Gershenwald *et al*, num estudo multicêntrico de 12 instituições, apresentou "(Re)-Defining Indications for SLNB in

Pts with Thin Melanoma – Preliminary Results of International Thin Melanoma Group". Analisaram 5830 pts, com Breslow até 2,0 mm, encontrando 627 (10,7%) de LNS (+), distribuídos em:

AJCC	Espessura
T1a 3,6 %	<,75 2,3 %
T1b 8,3 %	,75 -,99 2,3 %
T2a 14,3 %	1 – 1,3 10,1 %
T2b 16,4 %	1,31 – 2,0 17,2 %

Conclusão desse estudo: BLNS é recomendada como método de estadiamento; como seleção de pacientes com melanoma fino e alto ou baixo risco de metástase oculta (*Ann Surg Oncol*, V 15 N°(S1): 4,2008).

Quando completar a linfadenectomia?

Procurando responder a essa questão, van der Ploeg e cols apresentaram "Is CLND Needed in Case of Minimal Mel mets in the SN?". Analisaram 138 pacientes, dos quais 41 (30%) apresentaram micrometástases, com seguimento médio de 31 meses. Utilizaram a metodologia de invasão subcapsular proposta por Starz (S-classificação), com os seguintes resultados:

21/41 com primários ≤ 0,3 mm (S-I) e entre 0,31–1,0 mm (S-II), não receberam a complementação da linfadenectomia; 20/41, com primários > 1.0 mm (S-III), completaram a linfadenectomia

A estimativa de OS a 5a foi de 100% e 60%, respectivamente, levando-os à conclusão de que pacientes com LNS positivos classificados como S-I e S-II não precisam submeter-se a complementação da linfadenectomia e que a classificação de Starz tem implicação prática e prognóstica (*Ann Surg Oncol*, V 15 N°(S1): 4,2008).

O estudo multicêntrico, publicado por vanAkooij *et al* ("Minimal SN tumor burden according to the Rotterdam Criteria is the most important prognostic factor for survival. A multicenter study in 388 SN + pacientes"), procura definir o valor da chamada submicrometástase: após revisarem 388 pacientes com LNS (+), definiram o valor preditivo para CLND, DFS e OS. Quanto a OS (sobrevida global) a 5 anos, em função do volume metastático, observou-se: < 0,1 mm = 91 %; 0,1 – 1,0 mm = 61 % (p<0.001) e > 1,0 mm = 51 %. Este estudo, com quase 2 x mais nodos (+) que MSLTI, valida o excelente prognóstico para sub-micro-

metástases. (Ann Surg Oncol Vol 15, Nº S1, p 31, 2008).

Debatendo a hipótese do parágrafo anterior, MORTON mostrou que na curva para DFS e SVglobal a 10 anos, existe diferença entre LNS (-) e sub-micrometástases: através da análise do banco de dados da JWCC, pareando 26 casos de metástases menor que 0,1 mm a 26 casos com LNS (-), a curva para SV foi favorável para LNS (-), com $p < 0,02$; encontrou ainda 7% de LNNS positivos, por HE, nesse grupo.

Como não há terapia adjuvante eficaz, Morton continua a defender a complementação da linfadenectomia.

Editorial publicado por Morton, Scheri e Balch (Ann. Surg. Oncol. Vol. 14, No. 9, 2007), faz uma excelente revisão, indicando ainda ser necessária a linfadenectomia complementar; após o encontro de LNS (+), pois até o momento não se definiu quais parâmetros seriam suficientes para executar apenas a remoção do LNS e manter o paciente em observação, tática esta que será avaliada pela seqüência do MSLT-II, em que os pacientes serão seguidos com US da cadeia regional.

Qual o valor do encontro de LNNS positivo?

Rossi e cols discutem "Factors Predictive of NSLN Involvement and Clinical Outcome in Melanoma With Metastatic SLN". Analisaram 96 pacientes (pts) consecutivos submetidos a linfadenectomia completa após encontro de LNS (+). Encontraram linfonodo não sentinela metastático em 20 desses 96 (20,8%) e observaram que houve influência do padrão do envolvimento nodal, profundidade de invasão no LNS e da classificação por Starz (S "stage"). O único fator preditivo independente associado a SG com significância estatística (uni e multi) foi profundidade de invasão, concluindo que profundidade de invasão (S stage) é fator com potencial uso clínico para selecionar pts para CLND (linfadenectomia completa) e terapia adjuvante. Propõe necessidade de estudo cooperativo, com número de casos suficiente para dar significado estatístico a esta suposição (Ann Surg Oncol, Dec 29, 2007). Leong e colaboradores, em estudo multicêntrico de 19 instituições, analisaram 3274 pacientes, dos quais 511 com LNS (+), ou seja, 15,6%; desses, 18% (53 em 511) tiveram LNNS (+); concluíram que macrometástase (> 2 mm) no LNS foi fator preditivo independente para presença de LNNS (+). ("Factors Predictive of SN and NSN Positivity in Mel from a Large Multicenter Database" (Ann Surg Oncol, V 15 (S1):4, 2008).

Esteve presente ao evento de Sidney, JM Thomas, crítico do método e cujo artigo

publicado no Nat Clin Pract Oncol; 5(1):18-23, 2008 é merecedor de atenção; suas críticas foram claramente rebatidas com as publicações de Morton e cols (NEJM 356:419-21, 2007) e por Ross e Gershenwald (Ann Surg Oncol 15(3):670-3, 2008). Não houve aumento de metástases em trânsito, outro ponto que os críticos apontavam como contra indicação para a BLNS; a comparação do número de linfonodos tumorais após complementação por LNS (+) com o número encontrado na linfadenectomia pós encontro de LN clinicamente tumoral, permite concluir que houve espalhamento de metástases para outros linfonodos naquele grupo de pacientes que ficou em observação. No artigo citado, a frase de Thomas "The operations of immediate lymphadenectomy in patients with positive sentinel nodes and delayed lymphadenectomy for palpable nodal recurrence are identical" é no mínimo infeliz, pois a morbidade dos procedimentos é absolutamente diferente. Sua proposta de seguimento dos pacientes apenas com US poderá ser válida quando se conseguir detectar o mesmo percentual de micrometástases que a metodologia do LNS encontra; atualmente, através do US, procurando por detalhes tais como "perda da forma" e "perfusão periférica", identifica-se depósitos a partir de 4,0 mm (inguinal e cervical) e 4,5 mm (axila), segundo Voit et al. (Ann Surg Oncol, 15 (S1), p.7, 2008).

Na sessão de encerramento no Congresso de Sidney, reuniram-se oito cirurgiões oncologistas, com reconhecida experiência, numa sessão coordenada por Charles Balch e intitulada: "SLNB – STANDARD OF CARE?"

Os três principais itens debatidos foram: "1 – Propósito da tecnologia do LNS; 2 – Indicações e morbidade; 3 – O que fazer com pacientes com LNS(+)"

Após discutirem os diferentes pontos controversos, seus opositores e defensores deixaram a seguinte mensagem: O propósito da técnica é para estadiamento e prognóstico, para controle da doença regional; apresentando morbidade não considerável, melhora qualidade de sobrevida e melhora taxas de SV para pacientes com LNS (+) de espessura intermediária.

As indicações para espessura acima de 0,76 mm foram defendidas pela maioria dos participantes, considerando que a morbidade é desprezível frente ao benefício. O índice mitótico diferente de zero também passará a ser indicação para BLNS, assim como a idade jovem passa a ser considerada como fator de indicação de pesquisa.

Indicar a linfadenectomia completa após o encontro do LNS (+) permanece co-

mo padrão, havendo discussão sobre qual seria o volume tumoral a ser considerado como significativo, porém, ficou definido que não há limite inferior para indicação de CLND.

Posteriormente, no encontro de Chicago, novamente Balch foi o apresentador da atualização em melanoma: resumiu as possíveis alterações para a 7ª versão do estadiamento pela AJCC como sendo de pequena monta. Resumindo, o índice mitótico (IM) passará a ser um fator indicativo para pesquisa de LNS e será incorporado ao TI, deverá ser aceita a positividade da metástase linfonodal por IMH e que não há limite inferior para N (+). Reforçou que os fatores críticos do melanoma primário são: espessura, ulceração e agora o índice mitótico; acentuou que o correto procedimento inicial ao se fazer a biopsia é crítico (evitar "shave") e que BLNS é fundamental para estadiamento em pacientes **T1b** a **T4NoMo**. Após fazer a exposição acima, acho meu dever procurar deixar uma posição definida:

Entendo que na **ATUALIDADE**, a metodologia da BLNS é uma:

- ✓ Técnica de estadiamento efetiva, de baixa morbidade;
 - ✓ Não há evidencia atual de que melhore SVG a pacientes com LNS (-);
 - ✓ Beneficia pacientes com LNS (+).
- Acredito que os **PRÓXIMOS PASSOS** deverão ser:
- ✓ Refinar indicações de pesquisa em melanoma com espessura fina;
 - ✓ Refinar indicações para determinados subtipos (desmoplásico);
 - ✓ Minimizar resultado falso negativo, desenvolvendo novos radiotraçadores e "probes" intraoperatórios;
 - ✓ Identificar biomarcadores preditivos de metástases nodais e distantes para melhorar seleção de pacientes para cirurgia e terapia adjuvante.

Em conclusão, acredito na metodologia da pesquisa do LNS e minhas indicações são:

- ✓ Breslow $\geq 0,76$ mm;
 - ✓ Breslow $< 0,76$ mm, associado a:
 - Ulceração; IM diferente de zero; jovem.
- Analisar caso a caso aqueles com:
- ✓ (Regressão) – Rossi et al, Abstracts Sydney 2008;
 - ✓ (Clark IV) - AJCC – (7ª. Edição).
- Reafirmo as convicções pessoais de que:
- ✓ paciente com LNS negativo sente conforto psicológico importante (LN palpável é encontrado 16 meses após o tratamento do primário = nova depressão!!!);
 - ✓ Não há terapia adjuvante eficaz comprovada;
 - ✓ A qualidade da sobrevida é inquestionavelmente melhor; comparando pós-operatório da linfadenectomia pós-BLNS (+) àquela por LN macroscopicamente (+).



Por dentro do GBM

Mauro Enokihara

Ação nas montanhas

Durante o feriado de Corpus Christi aconteceu a primeira Ação nas Montanhas em Campos do Jordão, organizada pelo Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM), junto com a Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional São Paulo (SBD-RESP) e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica (SBCD), com o apoio da Prefeitura de Campos do Jordão, que mostrou a importância de se fazer Campanhas de Fotoproteção e conscientização sobre o Melanoma fora do habitual período de verão. Em conversa com o Prefeito, Dr.

João Paulo (cardiologista), nos informou que o município de Campos do Jordão é a única cidade do Brasil que durante 74 dias do ano apresenta índice máximo de radiação ultravioleta B (UVB). Foram quase 30 mil flyers distribuídos e muitas pessoas foram abordadas pela equipe de apoio durante este final de semana prolongado de maio. Já estamos autorizados pela Prefeitura de Campos do Jordão a realizar a Ação nas Montanhas durante os finais de semana do mês de julho, quando centenas de milhares turistas se dirigem a esta cidade para participar do conhecido Festival de Inverno.

No dia 31 de maio aconteceu a segunda reunião sobre Melanoma Cutâneo e Dermatoscopia que temos realizado em Santos em conjunto com a Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional São Paulo e o II Distrito. No segundo semestre acontecerão mais duas reuniões em agosto e outubro para complementarmos e atualizarmos os nossos conhecimentos sobre o melanoma cutâneo e a dermatoscopia. Contamos com a sua presença.

O I Encontro com os representantes que incluem os dados do Registro Brasileiro de Melanoma (RBM) acontece dia 21 de junho. Faremos um balanço e discutiremos as estratégias para os próximos anos. No próximo Boletim relataremos as conclusões deste Encontro.



Ombudsman GBM

Fernando Augusto de Almeida

Existe uma excessiva centralização científica e administrativa no GBM, a atuação fica em nível da Diretoria e no eixo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Mesmo colegas de Estados como Bahia, Goiás, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul já tiveram uma maior participação e já foram muito mais atuantes. Julgo que para corrigir este problema a Diretoria deveria exigir a participação efetiva dos delegados, com um programa mínimo a ser executado e em um determinado período de tempo, sendo que mediante o não cum-

primento das metas estes seriam substituídos. O objetivo seria de incrementar a atuação do GBM em nível Brasil, pois tenho a certeza que muitos colegas sócios gostariam de atuar ativamente em suas cidades ou regiões, dando palestras ou orientando colegas de outras especialidades e a população a respeito da prevenção e do tratamento do melanoma. Os delegados deveriam ter maior espaço, neste Boletim e no nosso site. Ficaria muito feliz se a atual Diretoria fizesse uma pesquisa via internet a respeito das principais reivindicações dos sócios.

AGENDA

Reuniões científicas

São Paulo

22 de agosto

Hosp. das Clínicas da FMUSP

23 de agosto

II Distrito Dermatológico da SBD-RESP (Santos)

19 de setembro

Hosp. Servidor Público Estadual

17 de outubro

Hospital do Câncer

Rio Grande do Sul

26 de setembro

Santa Casa Porto Alegre

Atualize seu cadastro no site www.gbm.org.br, principalmente dados como e-mail, telefone e endereço.

ANTHELIOS
Hélioblock
Fluide FPS 30 Rosto e Corpo
Com água termal da La Roche-Posay

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE
LA ROCHE-POSAY: A EXIGÊNCIA DERMATOLÓGICA.



DIRETORIA GBM

Presidente: Mauro Yoshiaki Enokihara

1º vice-pres.: João Pedreira Duprat Neto

2º vice-presidente: Alberto Julius Alves Wainstein

Secretário geral: Bianca Costa Soares de Sá

1º secretário: Felice Riccardi

Tesoureiro: Maurício Mendonça do Nascimento

1º tesoureiro: Neusa Sakai Valente

Diretor Científico: Francisco Aparecido Belfort

Diretor de Informática: Maurício Pedreira Paixão

Editor do Boletim: Carlos Baptista Barcaui

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: 11.000 exemplares

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