

# Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM – ANO XIII – Nº 52 – JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO DE 2011



## Editorial

Alberto Wainstein

Este é o ano da 9ª Conferência Brasileira sobre Melanoma, que acontecerá em agosto, no Rio de Janeiro. São esperados especialistas do Brasil e muitos países que, de maneira multidisciplinar, vão apresentar as novidades e discutir os avanços na atenção e tratamento dos pacientes com melanoma. Neste boletim a Dra. Selma Cernea apresenta rotinas, fluxogramas e consensos aplicados a atenção ao paciente com melanoma precoce pelo dermatologista. Ainda existem conceitos e condutas que não estão completamente padronizados e precisam ser discutidos e atualizados. O GBM é estratégico para isso. Um exemplo: as análises do último sistema de recomendações para o estadiamento do melanoma da American Joint Committee on Cancer. Pacientes com estadiamento IIIA deveriam ter pior prognóstico que pacientes estágio II, sem disseminação linfonodal. Entretanto, estão ganhando representatividade séries de pacientes estágio IIIA, com doença regional e com maior sobrevida e menor taxa de recorrência, comparado aos pacientes IIB, IIC, e mesmo IIA, apenas com doença local. Isso alimenta as discussões sobre qual o real significado clínico do acometimento linfonodal no melanoma.

Esta edição traz também uma análise crítica das ferramentas disponíveis para a prevenção do melanoma, programas educacionais e porque são subutilizados. O objetivo maior é evitar o desenvolvimento do melanoma através da prevenção primária. Isso não sendo possível, devemos nos concentrar na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce, objetivando a cura e prevenindo morbidades e mortalidades. Existem relatos de serviços que otimizaram a atenção comunitária ao melanoma e conseguem manter mortalidade nula e 100% de diagnósticos de melanomas finos. Possivelmente isso ainda não é uma meta factível em nossa realidade, mas tem que ser discutida como um objetivo a ser alcançado. Também abordamos a fotoproteção e como estudos e consensos mundiais poderiam ser aplicados no Brasil.

## ATUALIZAÇÃO



## Atenção ao melanoma precoce

Selma Schuartz Cernea



O melanoma é uma neoplasia maligna cujo diagnóstico deve ser confirmado através de biópsia da lesão, preferencialmente excisional. Em casos onde isto não é possível, como lesões extensas na face ou extremidades, pode-se utilizar a biópsia incisional com *punch* ou a retirada parcial da lesão com fuso. A orientação da excisão nas extremidades deve ser longitudinal, contrariando as linhas de força, para não interferir na drenagem linfática quando for indicada a pesquisa de linfonodo sentinela (LNS). Somente em casos de melanoníquias estriadas suspeitas, a realização de biópsia tangencial da matriz está indicada.

O laudo anátomo patológico deve conter as seguintes informações: presença de ulceração, espessura, número de mitoses por mm<sup>2</sup>, subtipo histológico, margens de excisão, fase de crescimento, regressão, presença de infiltrado inflamatório, invasão vascular ou linfática, infiltração perineural, microsaturilose e presença de nevos contíguo. A classificação de Clark tem maior valor na ausência de mitoses em lesões T1 não ulceradas.

A remoção cirúrgica da lesão é o único tratamento eficaz. Sua espessura, mensurada pelo nível de Breslow é o fator determinante para a definição das margens laterais de ressecção. Apesar da ausência de consenso na literatura mundial quanto às margens, os Guidelines publicados em 2010 pela Associação Britânica de Dermatologistas recomendam: lesões *in situ* – margens de 0,5 a 1cm; lesões de até 1mm de profundidade – margem de 1cm; lesões com 1,01 a 2,00mm – margem de 1 a 2cm; lesões com 2,01 a 4,00mm – margem de 2 a 3cm; lesões maiores do que 4mm – margem de 2 a 3cm quando possível, e em profundidade até a fáscia muscular. Na retirada de lesões de Lentigo Maligno (LM) e Lentigo Maligno Melanoma (LMM), estudos utilizando uma variação da técnica da cirurgia micrográfica de Mohs em exame de parafina, de-

monstraram margens positivas em 30 a 81% dos LMs excisados com 5mm. Nos relatos de LMM, as margens de 10mm foram insuficientes em 12-29% dos trabalhos. Assim, recomenda-se mapear estas margens e postergar a reconstrução até que se obtenham os resultados finais da anatomia patológica.

O melanoma subungueal é mais raro, representando 2-3% de todos os melanomas, e localiza-se preferencialmente no polegar e hálux. O tratamento da lesão de polegar consiste na ressecção ao nível da articulação interfalangeana distal. Para tumores no hálux, recomenda-se a amputação metatarso-falangeana, sendo a amputação em raio empregada para os demais dedos. Para lesões *in situ*, a remoção de todo o complexo ungueal e fechamento por segunda intenção ou enxertia cutânea têm se mostrado bastante útil.

O LNS é o primeiro local de drenagem na cadeia linfonodal e sua pesquisa ainda é considerada de valor prognóstico. Até o presente momento, não há comprovação de que a retirada da cadeia linfonodal em casos de positividade de LNS implique em aumento do tempo de sobrevida. Segundo consenso da literatura mundial, a pesquisa de LNS é indicada em lesões de espessura  $\geq$  a 1 mm, estádios T2, T3 e T4, sendo a sua positividade de cerca de 20%. A pesquisa de LNS em lesões finas < 1 mm gira em torno de 5% dos casos, estando somente indicada em lesões ulceradas, Clark IV ou presença de + de 1 mitose por mm<sup>2</sup> (estádio T1b). Em nosso meio, o GBM, sugere a pesquisa de LNS em lesões de espessura  $\geq$  0,75mm, focado nos 5% de positividade mencionados acima. Nos casos de linfonodo sentinela positivo, a chance de acometimento de outros linfonodos situa-se ao redor de 20%. Nesta situação, a linfadenectomia complementar oferece benefícios, com diminuição da morbidade e da complexidade cirúrgica, quando comparada à cirurgia de resgate, quando os linfonodos se tornarem clinicamente palpáveis.

NESTA EDIÇÃO:

■ Melanoma: prevenção primária, secundária, terciária e fotoproteção ■ Fique Por Dentro do GBM



# Melanoma: prevenção primária, secundária, terciária e fotoproteção

Alberto Wainstein



A prevenção ou diagnóstico precoce através de programas educacionais ou de rastreamento objetivando a cura são prioridades, já que não existe ainda tratamento efetivo para o melanoma metastático. Ronald N. Shore, da Johns Hopkins University School of Medicine, relata 100% de pacientes vivos e nenhum caso de melanoma acima de 0,15 mm em população de alto risco acompanhada por 18 anos. O alicerce deste sucesso são programas de rastreamento, biópsias precoces dirigidas, consultas programadas e um programa educacional eficiente de orientação de pacientes, familiares e população de risco.

É consenso há mais de 40 anos, quando Wallace Clark propôs que o processo de carcinogênese depende de uma série de etapas, que o câncer muito inicial não tem competência para metastatizar. Isso tem sido confirmado por estudos genéticos, biologia molecular e modelos de cultura de células, que mostram que o câncer pode demorar 3 a 4 anos para atingir o fenótipo metastático, podendo este tempo ser encurtado para 6 meses em casos excepcionais. Isso consolida a ideia de que existe uma ampla janela terapêutica antes do estabelecimento de metástases.

**A prevenção primária** consiste em se evitar que o paciente venha a desenvolver melanoma, atuando sobre fatores comportamentais. Cerca de 30 a 40% dos melanomas são associados à exposição solar; primariamente, a múltiplos episódios de lesão aguda com efélides na infância e adolescência. Neste contexto, as principais medidas são educacionais e regulatórias, como o banimento de câmaras de bronzeamento por UVR. É sabido que a incidência de melanomas espessos diminui progressivamente com o aumento do conhecimento e conscientização da comunidade sobre o melanoma. Estas medidas devem ser focadas não apenas na sociedade, bem como nos médicos, já que mais de 35% dos melanomas diagnosticados foram previamente negligenciados em consultas médicas precedentes.

**A fotoproteção** é o pilar da prevenção primária. Existem evidências suficientes que justificam a importância da redução da exposição à radiação ultravioleta (UVR), que é atualmente considerada um agente carcinogênico classe I, responsá-

vel por até 90% dos cânceres de pele. Os pilares da fotoproteção são ações comportamentais, protetores solares e vestimentas. A radiação ultravioleta pode ser dividida em três espectros: curto, UVC, retidos pela camada de ozônio, médio, UVB, e longo, UVA. A biologicamente mais ativa é a UVB, responsável por queimaduras solares e câncer de pele, com grande variação de acordo com a estação e horário do dia. Os protetores solares devem conferir proteção contra as radiações UVA e UVB. O Fator de Proteção Solar (FPS), divulgado pelos produtos, no entanto, considera apenas a proteção contra o eritema, uma consequência apenas do UVB. O ideal é que os protetores sejam compostos pela sinergia entre filtros solares inorgânicos, como as partículas minerais de dióxido de titânio ou óxido de zinco, que conferem uma barreira física que refletem UVB e UVA, e filtros orgânicos, que absorvem a radiação e refletem a energia na forma de luz ou calor. As vestimentas são ferramentas importantes para a fotoproteção. Protegem contra a radiação solar UVA e UVB e devem ter esta proteção quantificada e certificada.

Está ganhando importância o conceito de foto-adaptação, que é uma reação fisiológica que pode ser otimizada para proteger o organismo de fotodermatoses. Pessoas expostas cronicamente ao sol desenvolvem pigmentação e espessamento do estrato córneo, que confere à pele algum grau de fotoproteção, também com algum auxílio imunomodulador. O uso de análogos do Hormônio Estimulador dos Melanócitos (MSH) vem sendo estudado há anos como agente fotoprotetor por promover a pigmentação da pele e proteção quanto a efélides e dano ao DNA. Até o momento, nenhum estudo clínico prospectivo randomizado com grau I de evidência provou sua eficácia clínica para a prevenção do melanoma. Existem dezenas de publicações quanto ao risco de deficiência de vitamina D em pacientes com restrição extrema à exposição solar; principalmente em países nórdicos. A maioria não se aplica ao Brasil, onde a população precisa ser orientada sobre os riscos e malefícios da exposição solar intencional, exagerada e desprotegida.

Quando não se pode evitar que o paciente venha a desenvolver melanoma, sabe-se que quanto mais precoce for o diagnóstico, maior as chances de cura, e isso é feito através da **prevenção secundária**.

A incidência de melanoma está relacionada com o estilo de vida e característica fenotípica. O estágio do diagnóstico inicial está relacionado com acesso a profissional de saúde, sexo e topografia das lesões primárias. Nos Estados Unidos, o melanoma já é o tumor mais frequente em mulheres de 25 a 29 anos e o segundo mais frequente, precedido apenas pelo câncer de mama em mulheres de 25 a 44 anos. A diferença de incidência entre os países é mais proeminente do que a diferença entre a sobrevida, sendo relatado o aumento de sua incidência em homens de maior poder aquisitivo.

Existem grandes investimentos e propostas para iniciativas baseadas na internet para o fluxo de imagens, dermatoscópias e diagnósticos à distância, como ocorre em outras áreas. Entretanto, apesar das tecnologias baseadas em documentação digital e na internet prometerem uma redução de custo de até 50%, grande agilidade e maior acesso a especialistas, elas ainda não são aplicadas em escala.

Com os **Programas educacionais para a população leiga** o melanoma felizmente está se tornando uma doença de interesse da sociedade, principalmente da população de maior poder aquisitivo, com o conceito e reconhecimento de que existe um tipo de câncer de pele de alta letalidade. Pacientes tendem a agir em seu melhor interesse alterando comportamentos de risco se receberem as informações e incentivos para práticas saudáveis. Infelizmente este maior conhecimento não se traduz sempre em mudanças comportamentais. Esta preocupação social tem que ser utilizada de maneira pró-ativa para traduzir esta ansiedade em diagnósticos precoces e cura. Isso pode ser obtido através de orientações para a população leiga quanto ao **Auto Exame da Pele (AEP)** e treinamento de como suspeitar de melanoma e quando ir ao médico.

Estudos em países desenvolvidos, que avaliam a eficiência do autoexame da pele, mostram que apenas 33,2% da população já realizaram um autoexame e, destes, apenas 5,8% examinaram todo o corpo. As três principais razões mais citadas pelos pacientes para a não realização do AEP são: nunca terem sido orientados sobre o que procurar em 55,9% dos casos, nunca terem pensado em fazer isso em 54,3% e não saberem que deveriam fazer o AEP em 33,1% dos pacientes. Entre os fatores que mais contri-

buem para o retardo de procura por assistência médica estão a influencia de familiares e amigos, comparando lesões e concluindo que alterações de lesões são triviais e não significativas de risco de câncer.

## Treinamento para profissionais de saúde

Além dos programas educacionais para a população leiga, não pode ser negligenciada a formação e informação para os profissionais de saúde.

**Dermatologistas:** São o pilar da prevenção primária, secundária, diagnóstico e tratamento dos melanomas finos. O aumento da incidência do melanoma, associado ao menor interesse pela dermatologia clínica em detrimento da dermatologia estética, reforça a importância do treinamento durante a especialização.

**Patologistas:** O laudo preciso é estratégico para o diagnóstico e programação terapêutica. O avanço de marcadores imunológicos, morfológicos e moleculares tende a tornar o exame e laudo cada vez mais complexo e heterogêneo. Existe necessidade de uniformidade de análise e apresentação, mesmo para padrões já estabelecidos, como quantificação da regressão, ulceração, índice mitótico e outros em fase de validação.

**Médicos não especialistas:** Pacientes que se consultam regularmente, 2 a 5 vezes em dois anos, têm chance 66% maior de ter seu melanoma diagnosticado como fino comparado a pacientes que se consultam menos de 2 vezes em dois anos. Mesmo assim, menos de 30% dos melanomas são diagnosticados por médicos não especialistas, o que mostra a relevância destes serem treinados nos princípios do ABCDE. Homens idosos, que não se consultaram nos últimos 3 anos, são a população mais propensa para melanomas nodulares ou espessos.

**Enfermeiros:** Podem receber treinamento e serem estratégicos para orientações à população quanto ao autoexame de pele, como realizá-lo, quando e quais medidas a serem tomadas em caso de lesões suspeitas.

**Estudantes de medicina e médicos residentes em geral:** Recebem pouca ou nenhuma informação a respeito do melanoma e raramente conhecem o ABCDE com propriedade e eficiência. Trabalhos de coorte mostram que mesmo uma única aula interativa de 50 minutos é capaz de gerar conhecimentos e mudanças comportamentais sustentáveis. Podem ser um ativo estratégico para a conscientização e treinamento populacional pelo seu grande entusiasmo, vo-

luntarismo, custo e potencial de expandir os resultados de forma exponencial na sociedade como educadores e médicos especialistas em formação.

**Pediatras:** Frequentemente negligenciados devem ser treinados e orientados sobre a prevenção e reconhecimento do melanoma. Podem orientar pacientes desde a infância, bem como seus familiares. O Brasil, como país continental, apresenta múltiplas características distintas em diversas regiões e mesmo dentro de uma mesma cidade. Existe uma grande parte da população que não conhece melanoma para a qual deve ser introduzido o conceito da relação entre irradiação solar em excesso e melanoma, um câncer de pele que pode ser letal. Parte da população que já tem este conceito deve ser treinada como difusora de conhecimento. A população de maior risco incluída em programas de rastreamento e acompanhamento.

O diagnóstico histológico é o padrão, mas o melanoma é um dos poucos tumores que pode permitir a alta suspeição do diagnóstico precoce não invasivo em localizações cutâneas. Prevalece o antigo conceito de "bom olho clínico" através de rotinas do ABCDE, ainda não sendo substituído por complexos algoritmos de análise de imagens digitalizadas.

A eficácia das técnicas de autoexame para o diagnóstico do melanoma precoce apresenta baixa sensibilidade, variando de 25 a 93%, mas alta e consistente especificidade, de 83 a 97%. Diversas opções de aumentar a percepção pública com o melanoma apresentam bom resultados a baixo custo. Um dos modelos mais eficientes é a constituição de grupos locais e nacionais multidisciplinares e integrados à comunidade nos moldes do GBM.

O método mais eficaz e universal de atingir profissionais de saúde e população em geral é através de programas multimídia e impressos, onde as regras do ABCDE podem ser ensinadas, mostradas e copiadas, incrementando o diagnóstico inicial de melanoma. Merece ser enfatizado que todos pacientes que tiveram melanoma e seus familiares de 1º grau devem ser acompanhados anualmente. Os homens têm pior prognóstico do que as mulheres, principalmente quando idosos e sozinhos. A prática de negligenciar ou realizar tratamentos menos agressivos em idosos não encontra respaldo científico, mas deve ser mencionado que a prevalência de linfonodos sentinelas positivos diminui com a idade, sendo um paradoxo com a menor so-

brevidade de idosos.

**Na prevenção secundária,** as características do tumor primário não apresentam impacto na sobrevida em pacientes submetidos a linfadenectomia por comprometimento linfonodal. Ainda polêmico, o possível benefício de sobrevida dos pacientes com biópsia de linfonodo sentinela positivo submetidos a linfadenectomia parece estar restrito ao grupo de pacientes com tumores primários entre 1 e 4mm, quando comparados a grupo semelhante que fez linfadenectomia já com linfonodos acometidos clinicamente palpáveis.

A cirurgia é o tratamento de escolha já que não existem tratamentos efetivos para a doença metastática. Mesmo sem consenso, a descoberta de metástases subclínicas pode permitir identificar os 15% de pacientes com metástases únicas ainda passíveis de ressecção cirúrgica.

Mesmo em grandes centros mundiais de melanoma observa-se que pacientes que tiveram melanoma, e estão em acompanhamento, em geral estão insatisfeitos com a qualidade e quantidade de informações sobre a doença que receberam. Isso deve ser mais acentuado no Brasil, onde raramente os pacientes recebem informações completas sobre diagnóstico, tratamentos e acompanhamento.

**A prevenção terciária** consiste no estabelecimento de tratamentos adjuvantes com o objetivo de prevenir ou retardar a recorrência. Infelizmente as opções disponíveis são pouco eficazes. Também podem ser considerados os tratamentos paliativos para controlar ou prevenir sintomas e complicações.

**Cirurgiões:** Precisam desempenhar papel mais relevante na prevenção primária, além de seu papel estratégico na prevenção secundária. Ainda não existe consenso quanto ao papel da biópsia do linfonodo sentinela e linfadenectomia na sobrevida, mas certamente causam impacto no controle loco regional. São pouco ou não treinados sobre melanoma durante a residência e os cirurgiões oncológicos ainda pouco representativos. Têm papel estratégico para a cura, aumento do tempo livre de doença e mesmo palição dos sintomas.

**Oncologistas:** A ausência de tratamentos adjuvantes eficientes e associados à escassez de drogas efetivas para a doença metastática contribuem para o baixo interesse dos oncologistas pelo melanoma. Felizmente as drogas inovadoras em validação para melanoma podem gerar motivação entre os oncologistas e benefícios para os pacientes.

Mande seus comentários sobre o boletim para: [boletim@gbm.org.br](mailto:boletim@gbm.org.br)





## Por dentro do GBM

Ivan Dunshee

Na última reunião de diretoria ficamos ainda mais entusiasmados com as notícias sobre a nossa Conferência de Melanoma, que será realizada no Rio de Janeiro. Felizmente o Dr. Carlos Barcaui, presidente da conferência, a Comissão Organizadora e a Comissão Científica informam que os preparativos finais estão adiantados e correndo bem. Além dos conferencistas internacionais convidados, vários colegas da América do Sul devem comparecer, conforme interesse demonstrado pela Conferência, em particular pelo Simpósio de Melanoma Familiar constante da programação. No início de abril, a grade científica, os cursos que serão oferecidos e as normas para envio de trabalhos já estarão no

site do GBM.

O diagnóstico do melanoma e o seu tratamento vêm apresentando novidades. Os que assistiram a última Conferência, realizada em São Paulo, em 2009, lembram que os colegas de Barcelona nos mostraram novidades através da microscopia confocal. O que parecia distante para a prática cotidiana, na realidade chegou mais cedo do que esperávamos. Na última reunião mensal que tivemos aqui em São Paulo, coordenada pelo Serviço de Dermatologia do Prof. Marcus Maia da Santa Casa, já tivemos interessantes casos discutidos, avaliados pelo método. Outros centros já têm o aparelho e estão ganhando experiência. Certamente na Conferência do Rio te-

remos mais novidades.

Do Rio Grande do Sul o Dr. Felice nos informa que, já no seu 5º ano, a Campanha de Prevenção do Câncer de Pele do GBM, em colaboração com o SESC, foi um sucesso. Foram distribuídos cerca de 15.000 flyers em oito praias. Houve também doação de camisetas do GBM às pessoas que assistiram às aulas de prevenção em quatro praias diferentes, com média de 80 pessoas por aula. Houve boa repercussão das entrevistas nas rádios e jornais. Creio que a prevenção deve ser uma das bandeiras do GBM. Em Goiânia teremos o nosso próximo Curso Itinerante, ainda neste semestre, que está sendo organizado pelo nosso colega de diretoria Dr. Flávio Carvasan. Esses cursos têm tido uma ótima receptividade nos locais onde são realizados e são uma ótima ocasião para uma atualização. **Fique por dentro e participe das ações do GBM.**



## Ombudsman GBM

Mauro Enokihara / Gestão 2010-11

Ouvi comentários elogiosos sobre o conteúdo do último Boletim do GBM – Melanoma, out/nov/dez 2010, com destaque para as matérias: **'O que fazer em pacientes de alto risco para o Melanoma'** sobre a Síndrome do Nevo Atípico e os cuidados a serem tomados, de autoria Bianca Costa Sá Soares e Juliana Hypolito Silva, e **'Atualização sobre os Tipos Especiais de Melanoma'**, formas raras, mas que de-

vem sempre serem lembradas, por apresentarem aspectos clínicos incomuns, localizações não usuais e características próprias no exame histopatológico, de autoria de Carlos Barcaui e Larissa Hanner de Moura. Portanto, cabe mencionar ao seu atual editor, Alberto Wainstein, e aos colaboradores do Boletim do GBM, que este vem cumprindo, desde o seu primeiro número, o papel a que se propõe: ser informativo e de fácil leitura.

Recebi também comentários elogiosos sobre a minha participação na coluna do Ombudsman sobre a necessidade da divulgação dos dados do Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM), tanto do Registro Brasileiro de Melanoma (RBM) – dados de Registro Hospitalar, como sobre os dados de Notificação do GBM, e, estas mesmas pessoas que nos elogiaram, aguardam a atualização e divulgação destes dados, quer seja em publicações científicas ou mesmo de forma dinâmica no nosso site. Continuo a ser o ouvidor e porta-voz dos associados e colegas que se interessam pelas causas do GBM, pelo menos durante esta gestão.

LA ROCHE-POSAY  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

PROTEÇÃO SOLAR REFORÇADA. COM AÇÃO ANTIOXIDANTE.

INOVAÇÃO  
**ANTHELIOS XL COM COR FLUIDE 60 MEXOPLEX<sup>®</sup>**

Ultra proteção FPS 60 e PPD 34  
Cor suave com efeito natural  
Efeito bronzeado  
Uniformiza a tonalidade da pele

TEXTURA SECA

LA ROCHE-POSAY  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE  
COR FLUIDE  
**60**  
SUNNY BEACH PROTECTION  
EFFECTIVE PROTECTION  
FLUIDE EXTREME COM COR

ANTHELIOS XL  
Helioblock

LA ROCHE-POSAY. A EXIGÊNCIA DERMATOLÓGICA.

9ª Conferência Brasileira sobre melanoma

Data: 18 a 20 de agosto de 2011  
Local: Hotel Intercontinental, RJ

Comissão Organizadora  
Presidente: Carlos B. Barcaui / Secret. Geral: Juan Manuel P. Maceira / Tesoureiro: Francisco Burnier Pereira

Informações e inscrições: [www.gbm.org.br](http://www.gbm.org.br)

### DIRETORIA GBM

Presidente: Ivan Dunshee / 1º vice-pres.: Carlos Barcaui / 2º vice-presidente: Felice Riccardi / Secretário geral: Bianca Soares de Sá / 1º secretário: Andréa Fernandes de Oliveira / Tesoureiro: Eduard Brechtbühl / 1º tesoureiro: Flávio Cavarsan / Diretor Científico: Gilles Landman / Diretor de Informática: Maurício P. Paixão / Editor do Boletim: Alberto Wainstein

### EXPEDIENTE

Publicação trimestral do Grupo Brasileiro Multidisciplinar e Multicêntrico para Estudo de Melanoma – GBM  
Jornalistas Responsáveis: Maria Lúcia Mota. Mtb: 15.992 e Adriana Mello  
Secretaria Executiva: Rua Joaquim Nabuco, 47, sl.103 – Cep 04621-000 – São Paulo, SP  
Tel (11) 5542.8216 – Fax (11) 5543.1141 – [gbm@gbm.org.br](mailto:gbm@gbm.org.br) – [www.gbm.org.br](http://www.gbm.org.br)  
Coordenação editorial: Informedical Publicações Médicas  
Tiragem: 11.000 exemplares