

ABORDAGEM PRIMÁRIA DO MELANOMA CUTÂNEO

Primary approach of cutaneous melanoma

LUIZ EDUARDO TOLEDO AVELAR¹, RODRIGO OTÁVIO GONTIJO TOSTES², JOÃO CARLOS CISNEIROS GUEDES DE ANDRADE JÚNIOR³,
GUILHERME DO VALLE CASTRO RIBEIRO³, PAULO ROBERTO DA COSTA⁴

RESUMO

Os autores mostram sua experiência no tratamento primário do melanoma cutâneo. Relatam os cuidados iniciais na abordagem desta afecção, a importância de se estabelecer uma integração multidisciplinar, e os principais tratamentos e complicações. Os autores acompanharam 48 pacientes portadores de melanoma cutâneo em diferentes espessuras e que necessitaram de condutas específicas para cada classificação e estadiamento, em um seguimento de três anos.

Descritores: Melanoma. Neoplasias cutâneas. Estadiamento de neoplasias. Invasividade neoplásica.

SUMMARY

The authors show their experience in the treatment of primary cutaneous melanoma. They report the initial cares of this disease, the importance of multidisciplinary setting and the main treatments and complications. The authors followed 48 patients with cutaneous melanoma in different thickness, which leads to specific conducts to each one, and the follow up of 3 years.

Descriptors: Melanoma. Skin neoplasms. Neoplasm staging. Neoplasm invasiveness.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Coordenador do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Socor – BH.
2. Professor Adjunto de Cirurgia Plástica da UFMG; Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
3. Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Membro do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Socor – BH.
4. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Membro do Serviço de Cirurgia Plástica do HC-UFMG.

Correspondência para: Luiz Eduardo Toledo Avelar
Av. Contorno, 4852 sala 801 - Bairro Funcionários - Belo Horizonte - MG - CEP: 30110-032 - Tel.: 0xx31 3284-2141

INTRODUÇÃO

O câncer de pele é a neoplasia maligna de maior incidência em todo mundo. Estas neoplasias podem ser divididas entre as melanomas e as não-melanomas (carcinomas basocelular e espinocelular). As não-melanomas são de menor morbidade e geralmente cursam de forma satisfatória. Os melanomas, apesar de serem os de menor incidência entre as neoplasias cutâneas, são os que apresentam maior letalidade e índice de metastização¹.

É considerado melanoma cutâneo primário toda e qualquer lesão que, após a confirmação diagnóstica histopatológica, não apresenta evidências clínicas e histológicas de lesões metastáticas². Sua abordagem inicial é de fundamental importância, pois é a partir dela que se determina toda a conduta e propedêutica futura³.

É sempre uma afecção de abordagem multidisciplinar. Necessita profissionais interessados e treinados no diagnóstico e tratamento do melanoma: um dermatologista com conhecimento e prática em dermatoscopia, um cirurgião plástico e/ou oncológico para a ressecção primária, reconstrução local e para uma possível abordagem linfonodal, um dermatopatologista experiente para estudo histológico, um oncologista para controle posterior, bem como profissionais de outras especialidades para tratamentos de lesões mais específicas.

MÉTODO

Durante o período de janeiro de 2004 a fevereiro de 2007, foram tratados e avaliados 48 pacientes portadores de melanoma cutâneo primário. Destes, 26 eram do sexo feminino e 22 do sexo masculino. A idade variou entre 16 e 94 anos de idade, com média de 55,4 anos. De acordo com a classificação de Fitzpatrick, 16 pacientes foram classificados como sendo dos subtipos I e II, 20 dos subtipos III e IV, e 12 dos subtipos acima de V.

De acordo com a classificação de Breslow, os pacientes foram distribuídos em 17 casos *in situ*, 20 casos com até 1 mm de espessura, seis casos entre 1 e 4 mm de espessura e cinco casos com Breslow superior a 4 mm (Tabela 1). A localização das lesões também foi variável, com maior prevalência em tronco, seguido por membros e, por fim, a região cérvico-facial (Tabela 2).

RESULTADOS

Todos os casos foram submetidos à ampliação cirúrgica de acordo com a espessura e a localização de cada uma das lesões (Figuras 1 a 3). Os casos com o Breslow acima de 1,0mm foram submetidos ao estudo do linfonodo sentinela.

Ocorreu recidiva local em apenas um dos casos de melanomas inferiores a 1 mm de espessura. Entre os casos com melanomas de espessura superior a 1 mm (11 casos), verificou-se recidiva em cinco pacientes, com três óbitos. A utilização do alfa-interferon, em quatro casos, e da vacina autóloga, em um único caso, seguiu condutas oncológicas específicas. Todos os pacientes vivos encontram-se em acompanhamento oncológico.

DISCUSSÃO

Condutas na lesão primária

- *Punção aspirativa por agulha fina* – não deve ser realizada pelo risco de disseminação de células malignas;
- *Biópsia incisional* – só se torna aceitável se a possibilidade de melanoma for remota ou se a lesão primária for muito extensa⁴;
- *Biópsia excisional* – é a de eleição. Recomenda-se que tal lesão seja excisada no sentido longitudinal (eixo de drenagem linfática), com excisão total, porém com margens de segurança pequenas (2mm). Não se recomenda a realização de retalhos cutâneos para oclusão primária, uma vez que a mesma poderia interferir na drenagem linfática e, conseqüentemente, alterar ou dificultar o exame de linfonodo sentinela;
- *Exame anatomopatológico* – deverá informar: idade, sexo, descrição macroscópica e microscópica, diagnóstico, espessura em milímetros (critérios de Breslow), nível de Clark⁵, presença ou não de ulcerações, regressões, infiltração linfocitária, crescimento vertical, invasão angiolinfática, microsatelitose, neutropismo, subtipo histológico e as margens cirúrgicas;
- *Ampliação cirúrgica* – são sempre baseadas na espessura de Breslow, porém verificando a presença de outros fatores prognósticos, como a presença de ulcerações, regressões, localização anatômica, entre outros^{6,7}. As margens de ampliação são baseadas em *Guidelines* da NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*)⁸ - (Tabela 3);

Tabela 1 - Classificação de Breslow.

Classificação	N
<i>In situ</i>	17
Até 1 mm	20
De 1 a 4 mm	6
Acima de 4 mm	5

Tabela 2 - Localização das lesões.

Local	N
Face	6
Cervical	5
Tronco	21
Membros superiores	8
Membros inferiores	8

Tabela 3 - Ampliação de margens pela *National Comprehensive Cancer Network*⁸

Espessura tumoral (Breslow)	Margens de ampliação
<i>In situ</i>	0,5 – 1,0 cm
< 1,0 mm	1,0 cm
≥1,0 mm - < 2,0 mm	1,0 – 2,0 cm
≥ 2,0mm	2,0cm

Figura 1 - A: Paciente de 73 anos, portador de melanoma "in situ" em região nasal esquerda.
B: Margem de segurança de 0,5 a 1,0 cm.

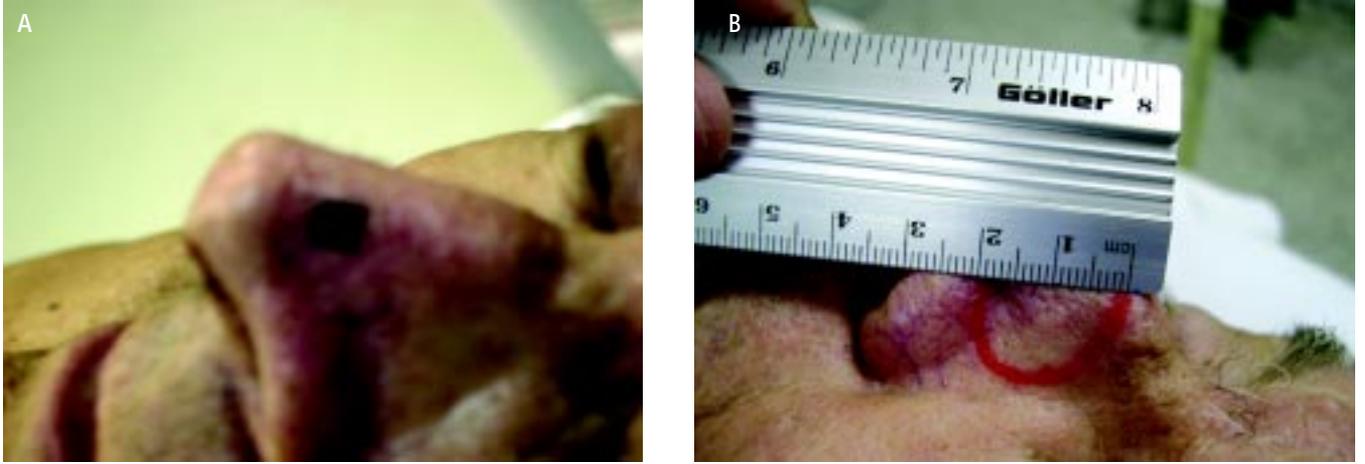


Figura 2 - A: Paciente de 38 anos, portadora de melanoma de 6,4mm de espessura em região perianal esquerda (já ressecado).
B: Margem de segurança de 2,0cm.
C: Área de ampliação de margens.



Figura 3 - A: Paciente de 67 anos, portador de melanoma de 1,6mm em hemiface esquerda (já ressecado).
B: Margem de segurança entre 1,0 e 2,0 cm.



- *Linfonodo sentinela* – Normalmente realizado nos casos de melanomas cutâneos primários com Breslow maior ou igual a 1,0mm, sem apresentar ulcerações ou regressões^{9,10};
- *Esvaziamento linfonodal* – Torna-se necessário na presença de linfadenomegalias ou em resultado positivo no exame de linfonodo sentinela;
- *Acompanhamento clínico* – Normalmente será feito pela oncologia e/ou dermatologia de três em três meses, nos dois primeiros anos, de seis em seis meses, por mais dois anos, e a seguir, anualmente;
- *Tratamentos coadjuvantes* – apresentam indicação oncológica de acordo com critérios preestabelecidos e variados de acordo com cada caso. Entre eles, destacam-se o uso do alfa-interferon, vacinas autólogas, perfusões de membros, entre outros¹¹.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o melanoma cutâneo primário necessita de abordagem protocolizada e multidisciplinar, visto que a partir dessa caracterização seguir-se-á condutas específicas para o tratamento ideal de cada lesão.

Trata-se da neoplasia cutânea com maior índice de evolução desfavorável, porém passível de cura, na maioria dos casos, desde que seguidos critérios diagnósticos e terapêuticos já bem determinados, sendo importante o conhecimento dos mesmos por parte do médico ou equipe responsável pelo paciente¹².

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sober AJ, Chuang TY, Duvic M, Farmer ER, Grichnik JM, Halpern AC, et al. Guideline of care for primary cutaneous melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45(4):579-86.
2. Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ, Atkins MB, Cascinelli N, Coit DG, et al. Final version of the American Joint

- Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. *J Clin Oncol.* 2001;19(16):3635-48.
3. Acta Oncológica Brasileira. Centro de Treinamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo. 5ª Conferência Brasileira sobre o Melanoma. 2003;23(2).
4. Lees VC, Briggs JC. Effect of initial biopsy procedure on prognosis in Stage 1 invasive cutaneous malignant melanoma: review of 1086 patients. *Br J Surg.* 1991;78(9):1108-10.
5. Marghoob AA, Koenig K, Bittencourt FV, Kopf AW, Bart RS. Breslow thickness and Clark level in melanoma: support for including level in pathology reports and in American Joint Committee on Cancer Staging. *Cancer.* 2000;88(3):589-95.
6. Balch CM, Soong S, Ross MI, Urist MM, Karakousis CP, Temple WJ, et al. Long-term results of a multi-institutional randomized trial comparing prognostic factors and surgical results for intermediate thickness melanomas (1.0 to 4.0 mm). Intergroup Melanoma Surgical Trial. *Ann Surg Oncol.* 2000;7(2):87-97.
7. Lejeune FJ. The impact of surgery on the course of melanoma. *Recent Results Cancer Res* 2002;160:151-7.
8. The National Comprehensive Cancer Network. Practice Guideline in Oncology. Melanoma. Version 1. 2002.
9. Brady MS, Thayer D. Review of publish experience. In: Cody III HS, ed. *Sentinel node biopsy.* London:Martin Dunitz;2002. p.161-73.
10. Vuylsteke RJ, van Leeuwen PA, Staius Muller MG, Gietema HA, Kragt DR, Meijer S. Clinical outcome on stage I/II melanoma patients after selective sentinel lymph node dissection: long-term follow-up results. *J Clin Oncol.* 2003;21(6):1057-65.
11. Silva AM, Oliveira Filho RS, Ferreira LM, Saconato H. Relevance of micrometastases detected by reverse transcriptase-polymerase chain reaction for melanoma recurrence: systematic review and meta-analysis. *São Paulo Med J.* 2003;121(1):24-7.
12. Mansson-Brahme E, Carstensen J, Erhardt K, Lagerlof B, Ringborg U, Rutqvist LE. Melanoma cutâneo: abordagem da lesão primária. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.