



GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA

melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM – ANO XV – Nº67 – OUTUBRO/NOVEMBRO/DEZEMBRO 2014

Editorial

Mauro Enokihara



Esta edição conta com a participação da dermatologista, Dra. Gabriela Salvio, reunindo informações importantes sobre o diagnóstico diferencial de lesões pigmentadas da vulva, condição de alta incidência, afetando 1 em cada 10 mulheres durante a vida. O reconhecimento das lesões é de grande valia para a detecção precoce de melanoma.

Os cirurgiões, Dr. José Higino Steck e a Dra. Elaine Stabenow, apresentam orientações sobre o tratamento do melanoma cutâneo de cabeça e pescoço, área onde o melanoma se apresenta comumente mais agressivo e de pior prognóstico.

O Dr. Alberto Wainstein, Presidente do GBM, em sua coluna "Por dentro do GBM" detalha os passos para a realização de Cursos Itinerantes, uma das ferramentas mais importantes para a otimização da atenção ao melanoma. Seja um líder local e coordene um curso na sua região. O GBM te apoiará de diversas maneiras. Confira!

Nosso Ombudsman, Dr. Fernando Almeida, mostra que as atribuições do cargo vão além de fiscalizar e receber reclamações, assumindo a posição de mediador e orientador na troca de ideias. Assim, ele conclama os associados a enviarem propostas com iniciativas que colaborem com a divulgação de informações sobre o melanoma. Aproveito a última edição do ano para agradecer os colegas que colaboraram com este informativo e lembrar de reservar a data de 13 a 15 de agosto de 2015 para nos encontramos na 11ª Conferência Brasileira sobre Melanoma, em Goiânia. Desejo um ótimo período de festas e um novo ano pleno de saúde e realizações!



O Que Fazer?

Lesões pigmentadas da vulva

Gabriela Salvio



Uma em cada 10 mulheres terá uma lesão pigmentada de vulva durante sua vida.^[1] Dado ao diagnóstico diferencial com melanoma de mucosa, lesões pigmentadas da vulva merecem estudo e conduta adequados.

As lesões pigmentadas de vulva abrangem processos benignos, malignos, alterações pós-inflamatórias e lesões com aparente aumento de melanina.

As específicas características morfológicas de uma lesão pigmentada na pele queratinizada permitem a distinção pelo dermatologista entre lesão maligna e benigna, porém, nas mucosas e pele anogenital a morfologia da lesão pode ser diferente, dificultando o diagnóstico. Isso faz com que muitas lesões que nunca teriam importância na pele queratinizada sejam frequentemente biopsiadas na região anogenital.^[2] Na vulva, queratoses seborreicas e nevos melanocíticos podem ser muitas vezes indistinguíveis de verrugas genitais, NIV (neoplasia intraepitelial vulvar) ou CEC (carcinoma espinocelular). Assim como a melanose vulvar e a hiperchromia pós-inflamatória podem, devido à sua pigmentação enegrecida e assimetria, serem indistinguíveis do melanoma.

Nas lesões de vulva a história clínica e o tempo de evolução da lesão não são relevantes, pois as pacientes raramente examinam a região.^[1]

O exame clínico, a distribuição das lesões, bem como o uso de métodos auxiliares como a dermatoscopia e a microscopia confocal são importantes ferramentas na distinção das lesões pigmentadas malignas e benignas da vulva.^[3] Alguns dos diagnósticos diferenciais mais relevantes de lesões hiperocrômicas da vulva são:

Queratose Seborreica: Lesão encontrada esporadicamente na região vulvar. São frequentes nas caucasianas acima dos 40

anos de idade. São pápulas de coloração variando de normocrômica a marrom acinzentada. Sua superfície pode ser papilomatosa ou queratótica, porém o atrito local pode deixá-las planas, assemelhando-se clinicamente a um nevo.^[4] Uma pista diagnóstica é a presença de múltiplas outras queratoses seborreicas no tronco. É importante ressaltar que quando houver múltiplas lesões em mulher jovem é necessária a realização da biópsia para que seja descartada verruga genital e NIV, relacionados ao HPV, bem como a associação.^[5] Um antigo, porém importante, estudo relata que 0.5% das lesões biopsiadas como queratose seborreica na realidade são melanoma.^[6] Isso comprova a importância da biópsia em lesões que não são morfológicamente típicas. À dermatoscopia vulvar pode-se não encontrar os característicos pseudocistos córneos, os quais podem não ser formados pelo atrito, porém o padrão cerebriforme é frequente.^[4,7]

Verrugas Anogenitais: Relacionadas ao HPV, estão presente em cerca de 1% dos adultos. Normalmente são normocrômicas, porém, às vezes podem apresentar aparência marrom em fototipos mais altos – fato relacionado com a presença de sorotipos de HPV de maior risco. As características morfológicas normalmente já são diagnósticas: múltiplas pápulas achatadas, porém muitas vezes indistinguíveis de queratoses seborreicas. Quando elevadas podem se assemelhar a angioqueratomas ou nevos melanocíticos. À dermatoscopia exibem estruturas papilares exofíticas.^[8]

NIV (Neoplasia Intraepitelial Vulvar): Era antigamente denominada papulose bowenóide. Clinicamente apresenta-se como múltiplas pápulas achatadas de coloração marrom, acometendo principalmente jovens, definidas histologicamente por atipias celulares em toda espessura do epitélio. Frequentemente localizam-se nos lábios menores. Muitas vezes pode ser confundida com nevo melanocítico, que-

ratose seborreica e verruga genital.^[1]

Carcinoma basocelular: Raramente ocorre na vulva. Acomete preferencialmente idosas. Normalmente não apresenta dificuldades diagnósticas, porém quando é a variante pigmentada faz diagnóstico diferencial com verrugas pigmentadas, queratoses seborreicas pigmentadas e nevo. Representa apenas 5% dos cânceres de vulva.^[1]

Angioqueratomas: São tumores vasculares eritematosos, múltiplos, que acometem os lábios maiores. Normalmente não apresentam dificuldade diagnóstica, porém quando enegrecidos fazem diagnóstico diferencial com nevos.^[2]

Nevos Melanocíticos: Quando localizados na vulva normalmente são menores que 5mm de diâmetro, maculares ou papulares, únicos, bem delimitados e com bordas regulares, frequentemente nos lábios menores. Quando papulares e achatados podem ser indistinguíveis de verrugas genitais e quando hiperpigmentados fazem diagnóstico diferencial com angioqueratomas. Uma entidade que merece atenção é o Nevo Atípico Genital: são nevos que ocorrem em jovens, na região da "Linha do leite", que vai da axila e mamas à vulva. Tais lesões podem apresentar certo grau de atipia histológica, o que no passado levou experientes patologistas ao diagnóstico errôneo de melanoma.^[9] Estas lesões, embora com atipia, não foram apontadas como tendo risco de malignização. Portanto, é importante identificar ao patologista quando houver ocorrência desta particularidade anatômica. O nevo displásico também pode ocorrer na região vulvar, porém de maneira ocasional e normalmente relacionado à síndrome do nevo displásico.^[2] Outra particularidade é o aparecimento de nevo melanocítico sobre líquen escleroso e atrófico. Nestes casos, clinicamente surgem como lesão enegrecida, o que faz com que a maioria dos clínicos indique sua exérese.^[10] A dermatoscopia é importante ferramenta de auxílio diagnóstico. Frequentemente se observa padrão globular/"cobblestone" ou misto. O padrão misto particularmente é observado em nevo genital atípico (linhas paralelas + pigmentação azul acinzentada e glóbulos).^[7,11]

Melanose Vulvar: Trata-se de lesão extremamente comum, representando 68% das lesões pigmentadas vulvares em mulheres em idade reprodutiva. Também encontrada na mucosa oral e peniana. São máculas hipercrômicas, variando de lesões indolentes a lesões bizarras fazendo o diagnóstico diferencial com melanoma. É comum em mulheres pré-menopausa. Quando ocorre em crianças pode estar relacionada com síndromes lentiginosas como Peutz-Jeghers, Cockayne, LEOPARD, Laugier-Hunziker, dentre outras.^[1] A der-

matoscopia recentemente tem contribuído muito ao identificar um padrão característico da melanose vulvar, o padrão em anel (ring like).^[12] Também podem ser observados os padrões em paralelo e reticular.^[11] Histologicamente observa-se o aumento de melanina ou de melanócitos na camada basal. Na mulher pré-menopausa, o principal diagnóstico diferencial de uma lesão pigmentada é entre melanose vulvar e melanoma.^[11]

Melanoma: o melanoma de vulva representa apenas 1% dos melanomas, porém, é o segundo tumor mais comum da vulva após o carcinoma espinocelular. As características clínico patológicas do melanoma de vulva diferem do melanoma cutâneo, apresentando idade média de diagnóstico de 68 anos, sendo frequentemente nodulares e em ¼ das lesões amelanóticas. Não acomete nenhum fototipo preferencialmente. Clinicamente apresenta-se como lesão com mais de 7mm de diâmetro com pigmentação variada (preto, azul, cinza), bordas irregulares ou pouco definidas. Mais frequente observado no clitóris e grandes lábios, seguido de pequenos lábios, área periuretral e introito vaginal.^[13,15] À dermatoscopia se observa véu azul acinzentado, pontos pretos irregulares, rede atípica/estrias e vasos atípicos. Tais características dermatoscópicas, presentes no melanoma cutâneo, também são diagnósticas no melanoma vulvar. Um estudo com 128 lesões vulvares descreve a presença destas características no melanoma, mas mais importante é a ausência de padrão globular.^[11] Ronger-Savle e col. propuseram em recente estudo um algoritmo para o melanoma vulvar com especificidade de 100% e sensibilidade de 94% que, conforme visualizado abaixo, pode ser de grande utilidade na abordagem de uma lesão pigmentada de vulva.

Achados dermatoscópicos	pontos
Unilateral e unifocal	1
Lesão papular	2
Padrão multicomponente	2
Padrão Irregular	1
Outros: véu azul acinzentado, véu, glóbulos irregulares, peppering	2
Vasos irregulares	1
Três ou mais cores	1

Se score > ou = a 4, lesão de alto risco para melanoma. Deve ser excisada.

Concluimos que na região vulvar, o diagnóstico morfológico de uma lesão pigmentada muitas vezes é insuficiente, sendo de grande valia o uso da dermatoscopia. Tal exame aumenta a acurácia diagnóstica, principalmente quando se identifica alguns padrões recentemente descritos. Frente a uma lesão solitária de vulva que apresente véu, a melhor conduta é a biópsia. Esta preferencialmente deve ser

feita por *punch* ou excisional, evitando-se a realização de *shaving*. As lesões melanocíticas da vulva epidemiologicamente apresentam um pico de incidência entre os jovens (nevos) e um pico de incidência após a sexta década de vida. Portanto, o principal diagnóstico diferencial na mulher pós-menopausa é entre melanose vulvar e melanoma. Além disso, deve-se correlacionar sempre a idade, localização, padrões clínico dermatoscópicos a fim de proporcionar sempre a melhor abordagem frente a uma lesão pigmentada de vulva.



Paciente (52 anos) – Melanose vulvar, à dermatoscopia observa-se o padrão "ring like" (Departamento de pele – Hospital Amaral Carvalho de Jaú)



Paciente (50 anos) – Melanoma (Departamento de Pele – Hospital Amaral Carvalho de Jaú)

As referências bibliográficas deste artigo encontram-se disponíveis no site do GBM
www.gbm.org.br

Melanoma cutâneo de cabeça e pescoço

Jose Higino Steck, Elaine Stabenow



O Melanoma maligno de cabeça e pescoço (CP) tem comportamento diferente do melanoma de outras partes do corpo, com recidivas mais frequentes, mais agressivo e de pior prognóstico. O planejamento cirúrgico é mais difícil pela proximidade de áreas como lábio, olhos, pela rede intrínscada de drenagem linfática e anatomia complexa.

Aproximadamente 20 a 25% dos melanomas cutâneos originam-se na região da CP. A média de idade ao diagnóstico é de 55 anos e é mais comum em homens.¹ A sobrevida global em 10 anos é 54% e o risco de recidiva chega a 50%. O risco de melanoma metacrônico é 3 a 7% e a incidência de metástases cerebrais é maior em CP (8%).²

A CP pode ser subdividida em sub-regiões. A face e o pescoço são acometidos em 80% dos casos. O couro cabeludo, quando acometido, apresenta pior prognóstico, e os linfáticos com uma densa rede de drenagem podem ser em parte responsabilizados por isso.²

O subtipo mais comum na CP é o de disseminação superficial, responsável por 70% dos casos. O melanoma nodular é o segundo mais comum, com 15% dos casos. O lentigo maligno (LM), precursor do lentigo maligno melanoma (LMM) é mais comum em CP. O melanoma desmoplásico é um subtipo raro e 75% dessas lesões ocorrem na região de CP.

Biópsia e tratamento da lesão primária

A biópsia excisional é o método de escolha, mas pode não ser viável em CP se a lesão for muito grande ou localizada em estruturas como as pálpebras ou os lábios. Nesse caso indica-se a biópsia incisional ou *punch* que envolva toda a espessura do tumor.

O tratamento do melanoma primário é a ressecção completa com margens livres. Em CP existem algumas áreas onde a extensão das margens recomendada pelas diretrizes do National Comprehensive Cancer Network (NCCN)³ pode causar grande defeito estético e funcional. Margens menores podem aumentar o risco de recidiva local. Isso explica em parte o maior índice de recidiva em CP.²

Abordagem do pescoço

Os locais mais comuns de metástase de melanoma de CP são a base linfática cervical e a parotídea. O Esvaziamento Cervical Radical modificado é o tratamento de escolha para metástases, além de poder indicar radioterapia adjuvante com doses maiores e hipofractionadas.³

O esvaziamento profilático para pescoço NO não é mais indicado, foi substituído pelo Mapeamento do Linfonodo Sentinela (MLNS) que é o método de estadiamento mais confiável disponível na atualidade.³

Mapeamento do Linfonodo Sentinela

Morton⁴ e cols introduziram o MLNS para avaliação das micrometástases de pacientes com melanoma cutâneo de tronco e extremidades. Embora o MLNS tenha um papel muito bem definido, muitas questões têm sido colocadas sobre sua aplicabilidade em CP. Vários pontos fazem do MLNS em CP mais complexo, com maior risco de resultado falso negativo: rede de drenagem linfática não previsível; múltiplos e pequenos LNS; proximidade do local de injeção com a base de drenagem; mapeamento na parótida.⁵ A experiência, no entanto, comprova que isso não exclui a eficácia do uso do MLNS em CP.

Nos casos de proximidade da lesão primária com o local de drenagem pode-se fazer a ampliação das margens antes do MLNS para reduzir a radiação de fundo. O corante azul vital pode facilitar o achado do LNS na presença de linfonodos muito pequenos. O MLNS pode ser feito com segurança no leito parotídeo onde é necessário entre 19 a 44% dos casos.⁵

Nossa experiência com MLNS em CP mostra que o método é confiável e comparável com outras localidades anatômicas.⁶ Foram 52 pacientes (20%) com drenagem cervical em um total de 261 MLNS incluindo outras regiões do corpo. A linfocintilografia mostrou drenagem bilateral em 18% e mais de 1 nível de drenagem em 32% dos pacientes, o que atesta a complexidade da rede linfática da região. A identificação do LNS foi possível em 95,6% no pescoço, comparado com 94% axilar e 97% inguinal, sem diferença estatística, com média de 2,25 LNS cervicais por paciente (variou de 1 a 4 LNS). Dez pacientes (19%) apresentaram micrometástases no pescoço, comparados com 56 pacientes (21%) das outras regiões. O falso

negativo no pescoço foi de 3%. Na axila e região inguinal foi de 2,5%. O valor preditivo negativo do MLNS em CP foi de 96,7%, a sensibilidade 87,5%, e a especificidade 100%.⁶

Parrett⁷ realizou 365 MLNS em portadores de melanoma de CP e encontrou que LNS positivo associou-se a tumores primários mais espessos, maior índice de recorrência e menor sobrevida global. O valor preditivo negativo do MLNS foi de 94,8%. O melanoma de couro cabeludo apresentou maior frequência de linfonodo sentinela positivo e maior número de falsos negativos.

A experiência do cirurgião no MLNS é vital para o sucesso do procedimento e pode ser responsável pela variabilidade observada nos estudos em CP, e as indicações atuais são: espessura de 1mm ou maior, sem evidência clínica ou radiológica de metástase linfática; lesões menores associadas à ulceração ou a índice mitótico diferente de zero; caso de recidiva da lesão primária e de margem comprometida.

Conclusão

O melanoma de CP pode ter comportamento mais agressivo, principalmente em couro cabeludo. O tratamento segue as diretrizes de melanoma como em outras regiões, incluindo o MLNS, mas particularidades da anatomia da região, como na parótida, faz com que seja desejável a atuação de um especialista.

Bibliografia

1. Shashanka R, Smitha BR. Head and neck melanoma. *ISRN Surg* 2012;2012:948302.
2. Stadelmann WK, McMasters K, Digenis AG, Reintgen DS. Cutaneous melanoma of the head and neck: advances in evaluation and treatment. *Plast Reconstr Surg* 2000 May;105(6):2105-26
3. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology, v. 2. 2013, **Melanoma**. Rockledge PA: NCCN, Inc.; 2012. www.nccn.com Accessed May 13, 2013.
4. Morton DL, Wen DR, Wong JH, Economou JS, Cagle LA, Storm FK, et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. *Ann Surg* 1992;127:392-9.
5. Patel SG, Coit DG, Shaha AR, Brady MS, Boyle JO, Singh B, Shah JP, Kraus DH Sentinel lymph node biopsy for cutaneous head and neck melanomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128(3): 285-91.
6. Steck JH, Amstalden Neto A, Bezerra E, Claro Jr F, Kalaf M, Fraianella L, Ferramola RB, Gomes de Souza A. Efficacy of cervical lymph node mapping for cutaneous melanoma compared with other regions. *Otorinolaringologia e foniatria* 2006;155:62-63.
7. Parrett BM, Kashani-Sabet M, Singer MI, Li R, Thummala S, Fadaki N, Leong SP. Long-term prognosis and significance of the sentinel lymph node in head and neck melanoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 147(4): 699-706.

Por dentro do GBM

Alberto Wainstein



Sempre enfatizamos, o tratamento do melanoma é multidisciplinar e o GBM, na forma dos Cursos Itinerantes, é provavelmente a ferramenta mais importante para unir competências e serviços

na otimização da atenção ao Melanoma. Uma prova de sua importância pode ser mensurada no depoimento no último boletim de nosso colega Érico Pampado. Vou mostrar aqui como viabilizá-los.

Custos – O GBM disponibiliza uma verba inicial de R\$ 2.000, retornável ou não, de acordo com os resultados do curso. Consideramos estes eventos um investimento na divulgação e capacitação de equipes locais integradas e comprometidas com a atenção ao melanoma. Nossa demanda é que o GBM seja divulgado e os participantes incentivados a ingressarem no GBM. Para valorizar o evento, e por experiência, sugerimos que o curso seja cobrado, com inscrições arbitradas pelo organizador, de acordo com a realidade local.

Conteúdo – Os cursos precisam seguir um padrão para cobrir do diagnóstico ao tratamento em seus vários estádios, passando pela prevenção e atualizações. O GBM tem um modelo de aulas e apresen-

tações, sempre atualizado, pronto para estes eventos. Existe flexibilidade para montar as aulas, mantendo o compromisso com o conteúdo preciso e atualizado.

Palestrantes – O objetivo é compor com equipes locais e agregar competências. O GBM pode disponibilizar especialistas para ajudar a montar o curso. O ideal é que tenha dermatologista, cirurgião, patologista e oncologista.

Duração e curso de dermatoscopia – A duração é de cerca de 4 horas, em geral aos sábados pela manhã. Existindo demanda pode ser oferecido um curso de dermatoscopia à tarde.

Por onde começar – Todo curso precisa de um líder local para o sucesso do evento. Acesse o site www.gbm.org.br/gbm/eventos/2015/itinerantes2015.aspx e preencha o formulário online. Com o curso aprovado e data estabelecida ajudamos na formatação e divulgação. Mesmo que existam limitações operacionais e institucionais, acreditem, o melanoma pode romper barreiras. Isso facilita muito a divulgação e participações no curso e também patrocínios e apoios locais.

Ao final, além de uma equipe local treinada, motivada e atualizada é gratificante ver a interação de muitos que se conheciam apenas por nome ou laudos.

Fernando Almeida



Ombudsman é o ouvidor, o procurador e defensor dos interesses de uma comunidade perante a organização que o nomeia. Este papel significa mais do que fiscalizar e receber reclamações. O campo de atuação do ombudsman ganhou amplitude para agir no encaminhamento de iniciativas de interesse do grupo, além de estimular debates e mediar a troca de ideias.

Este novo conceito ajusta-se perfeitamente ao GBM. Fazemos parte de um seleto grupo de médicos que tem se envolvido com desenvoltura em programas de educação médica continuada de excelência, com apresentações em congressos e reuniões científicas de alto nível. Neste quadro, a colaboração do ombudsman é a sua disponibilidade para encaminhar propostas para o envolvimento crescente dos associados, impulsionar a iniciativa de ações capazes de disseminar nossa área de conhecimento para um grupo maior de colegas e também a círculos mais amplos da população, contribuindo para a identificação precoce da doença.

Como fazer? Como mediador solicito aos associados que encaminhem suas questões e propostas que possam contemplar esses desafios para gbm@gbm.org.br. Aguardamos as manifestações de todos.



Bristol-Myers Squibb
Divisão Oncologia

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 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: 11.000 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 /
www.gbm.org.br / Edição: Informedical Publicações Médicas

PHOTOPROT® biolab
12h DE FOTOESTABILIDADE

