

Análise epidemiológica dos diagnósticos de melanoma no ambulatório de dermatologia

Epidemiological analysis of melanoma diagnostics in the dermatology ambulatory

Resumo

Introdução

O diagnóstico de melanoma cutâneo tem como padrão-ouro a análise histológica. Características clínicas das lesões e achados dermatoscópicos aumentam a sensibilidade e especificidade diagnóstica. O estadiamento do melanoma direciona o prognóstico e tratamento.

Objetivos

Avaliar o perfil epidemiológico dos diagnósticos de melanoma, pautados pela histopatologia, em lesões biopsiadas no serviço de Dermatologia das Faculdades BWS.

Materiais / Sujeitos e Métodos

Estudo retrospectivo analítico e epidemiológico com revisão dos casos atendidos no serviço de Dermatologia, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2020, através de levantamento de dados clínicos, topográficos, dermatoscópicos e histológicos.

Resultados

Dados de 42 lesões suspeitas confirmadas para melanoma foram avaliados no período. Os achados mostraram ausência de predileção por gênero, idade estimada entre 50-60 anos além de localização preferencial em tronco e membros.

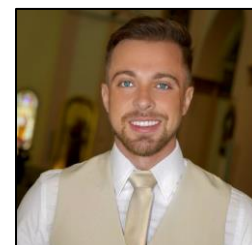
Conclusões

Diante da magnitude da evolução de um melanoma e seus consequentes efeitos deletérios, se em estágio avançado, deixar de fazer um diagnóstico precoce pode ser fatal para o paciente. Os resultados do estudo mostram semelhanças com os dados epidemiológicos na literatura nacional e internacional do melanoma.

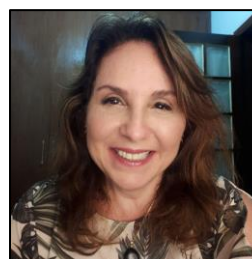
Abstract

The gold standard diagnosis of cutaneous melanoma is based on histological analysis. Clinical features of the lesions and dermoscopic findings increase sensitivity and diagnostic specificity. Staging melanoma drives prognosis and treatment. The present study search to evaluate the epidemiological profile of melanoma diagnoses, based on histopathology, at the Dermatology service of the Faculdades BWS. It was possible through a retrospective analytical and epidemiological study with review of cases seen at the Dermatology service, from January 2018 to December 2020, by collecting clinical, topographic, dermoscopic and histological data. Data from 42 suspected lesions confirmed for melanoma were evaluated in the period. The findings showed no gender predilection, estimated age between 50-60 years, as well as preferential location in the trunk and limbs. Given the magnitude of the evolution of a melanoma and its consequent deleterious effects, if in an advanced stage, failing to make an early diagnosis can be fatal for the patient. The results of the study show similarities with the epidemiological data in the national and international melanoma literature.

Autor/Orientadora



Dr. José Eduardo Chicarelli Martin
Pós-graduando em Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil



Dra. Seomara Passos Catalano
Coordenadora da Pós-graduação
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Melanoma. Pele. Diagnóstico precoce.

Keywords

Melanoma. Skin. Early diagnosis.

INTRODUÇÃO

O melanoma é uma neoplasia maligna potencialmente fatal, com alta probabilidade de desenvolvimento metastático. Embora a grande maioria dos pacientes tenha doença localizada no momento do diagnóstico e sejam tratados por excisão cirúrgica tumoral primário, muitos pacientes desenvolvem metástases ⁽¹⁾. Tendo em vista o prognóstico desfavorável em caso de doença localmente avançada, o diagnóstico precoce é função do dermatologista, dado o impacto fortemente positivo no prognóstico do paciente.

A incidência do melanoma maligno aumentou em todo o mundo, caracterizando um importante problema socioeconômico. Anteriormente tido como uma neoplasia rara há um século atrás, o risco médio de melanoma ao longo da vida agora atinge, em média, 1 em 50 indivíduos de muitas populações ocidentais, sendo um câncer altamente frequente nas populações de pele clara ⁽²⁾.

Atualmente, considera-se o melanoma como uma doença multifatorial decorrente da interação entre suscetibilidade genética e fatores ambientais. Como fatores de risco ambientais, tem-se: exposição aos raios ultravioletas – devido ao efeito genotóxico, e histórico de queimaduras solares na infância. Já os fatores constitucionais do hospedeiro incluem múltiplos nevos melanocíticos, nevos displásicos e também os atípicos, com sinais (popularmente caracterizados como “pintas”) em transformação na idade acima dos 35 anos, história pessoal ou familiar de melanoma, características fenotípicas pessoais (fatores mais comumente encontrados: cabelos ruivos, pele e olhos claros, efélides múltiplas e sensibilidade ao sol associada à incapacidade de bronzear-se) e, por último, suscetibilidade genética (como na ocorrência de síndromes de câncer familiar – retinoblastoma familiar, síndrome de Li-Fraumeni e síndrome de Lynch tipo II) ⁽³⁾.

Para o diagnóstico de melanoma cutâneo, o exame padrão-ouro é através da análise histológica, porém os aspectos clínicos das lesões melanocíticas e seus respectivos achados dermatoscópicos contribuem para a assertividade da hipótese clínica. Visando melhor compreensão pela população em geral, divulga-se a regra do ABCDE (A – assimetria; B – bordas irregulares; C – cores diversas; D – diâmetro maior

que 6 mm; E – evolução, que inclui crescimento rápido, prurido, ulceração e sangramento). Quanto maior a positividade destes sinais nos achados, maior a probabilidade de estar diante de uma lesão característica de melanoma^(4, 5, 6).

Para um aumento da acurácia do exame clínico, pode-se obter o auxílio da dermatoscopia, que permite o diagnóstico diferencial entre uma lesão melanocítica de uma não melanocítica, através de uma análise microscópica da lesão suspeita. Os padrões dermatoscópicos visam estratificar a categoria de risco das lesões melanocíticas, porém definitivo mesmo será o diagnóstico histológico. A partir da elevação de risco para malignidades, surge a indicação de exérese, principalmente de lesões que são inicialmente atípicas e dos melanomas in situ. Estudos prévios já demonstraram que a dermatoscopia aumenta a sensibilidade e a especificidade do diagnóstico de melanoma em 35% quando comparada ao diagnóstico clínico propriamente estabelecido^(7, 8, 9). Importante lembrar, ainda, que a dermatoscopia é uma ferramenta fundamental na contribuição para um diagnóstico cada vez mais precoce de melanoma. Como exemplo, temos 40% dos melanomas diagnosticados como in situ, na Suécia, atualmente, em contraste com o valor encontrado em 20% em 1996⁽⁵⁾.

A dermatoscopia, sob a ótica da avaliação epidemiológica, mostra que a sensibilidade traduz-se da capacidade do método na detecção do melanoma na população. Já a especificidade traduz-se como a capacidade de se encontrar lesões benignas na mesma população. A probabilidade de o indivíduo ser realmente acometido pelo diagnóstico de melanoma, caracteriza-se como o valor preditivo positivo na vigência de uma dermatoscopia com alterações^(4, 9).

O estadiamento dos pacientes com melanoma deve ser realizado conforme protocolo da American Joint Commission on Cancer (AJCC). Este sistema estratifica os pacientes em quatro grupos prognósticos. Estádios I e II, considerada doença clinicamente localizada, incluindo pacientes com melanomas primários e lesões satélites, sem evidência de metástases. O estágio III, doença no linfonodo, inclui pacientes com metástases para linfonodos regionais ou em trânsito. O estágio IV refere-se aos pacientes com doença metastática à distância^(10, 11, 12).

O tratamento do melanoma é multidisciplinar. A terapêutica correta deve seguir uma sistematização: diagnóstico clínico, biópsia e estadiamento. Só depois o tratamento deverá ser realizado ^(12, 13).

OBJETIVOS

Avaliar o perfil epidemiológico das lesões melanocíticas diagnosticadas como melanoma que foram biopsiadas no serviço de Dermatologia das Faculdades BWS.

MÉTODOS

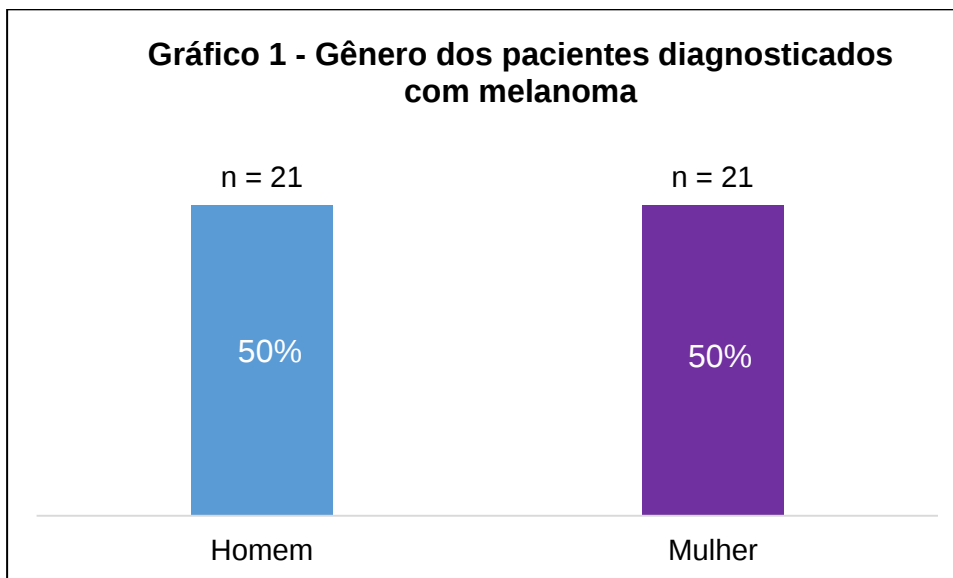
Estudo realizado no Serviço de Dermatologia das Faculdades BWS, em São Paulo, Brasil, de janeiro de 2018 a dezembro de 2019, onde foram avaliados prontuários de 42 lesões suspeitas de melanoma. Trata-se de um estudo epidemiológico analítico retrospectivo com análise de informações contidas nos prontuários dos pacientes e respectiva análise do banco de dados da Patologia Dermatológica responsável pela Instituição. As informações coletadas foram as características das lesões melanocíticas suspeitas, através da descrição clínica, dermatoscópica e seus resultados histológicos correspondentes.

A pesquisa dispensou aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades BWS – uma vez que os nomes e demais dados dos pacientes não foram acessados. Foram analisados dados como gênero, idade e localização de lesões melanocíticas diagnosticadas como melanoma no serviço de Dermatologia da BWS, durante os anos de 2018 a 2020. A descrição clínica e a dermatoscopia foram os critérios utilizados para se optar pela biópsia.

A avaliação dos resultados foi realizada a partir da correlação com os laudos histológicos. As lesões foram registradas em banco de dados com as seguintes informações: hipótese diagnóstica, idade, sexo e topografia da lesão.

RESULTADOS

Foram analisadas 42 lesões diagnosticadas como melanoma, sendo exatamente 21 homens (50%) e 21 mulheres (50%) (Gráfico 1), com faixa etária de maior frequência entre 60 e 70 anos (Tabela 1).



Fonte: Original do autor.

Tabela 1 – Idade do diagnóstico de melanoma	
Idade	Frequência
20 a 30 anos	7,15%
31 a 40 anos	4,8%
41 a 50 anos	11,9%
51 a 60 anos	11,9%
61 a 70 anos	52,3%
71 a 80 anos	7,15%
Mais de 80 anos	4,8%

Fonte: Original do autor.

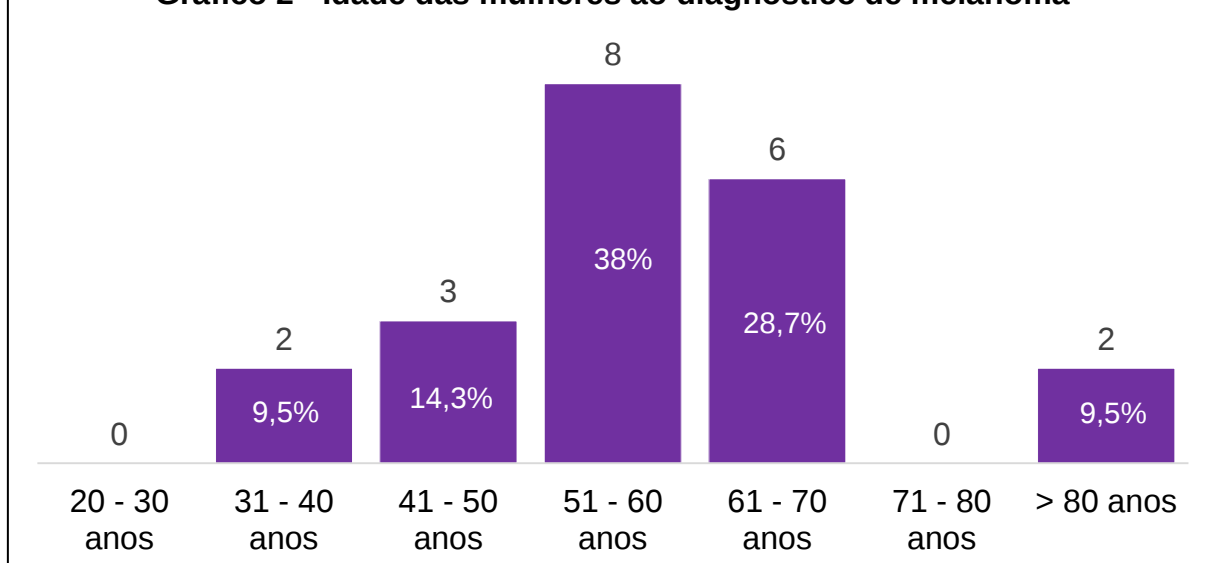
A localização corporal com mais lesões biopsiadas e confirmadas para melanoma foi o tronco (tórax/dorso – 45,3%), seguida pelos membros superiores (19%) e inferiores (14,3%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Localização das lesões diagnosticadas como melanoma

Local	Frequência
Cabeça	9,5%
Região cervical	2,4%
Tronco	45,3%
Membros superiores	19%
Membros inferiores	14,3%
Regiões acrais	9,5%

Fonte: Original do autor.

Analisando os dados e isolando-se os gêneros, observamos que, no sexo feminino, a faixa etária de maior frequência ao diagnóstico de melanoma foi a de 51 a 60 anos (Gráfico 2). Já a localização preferencial na população feminina avaliada teve maior frequência tanto no tronco quanto nos membros inferiores (28,5% cada) (Tabela 3).

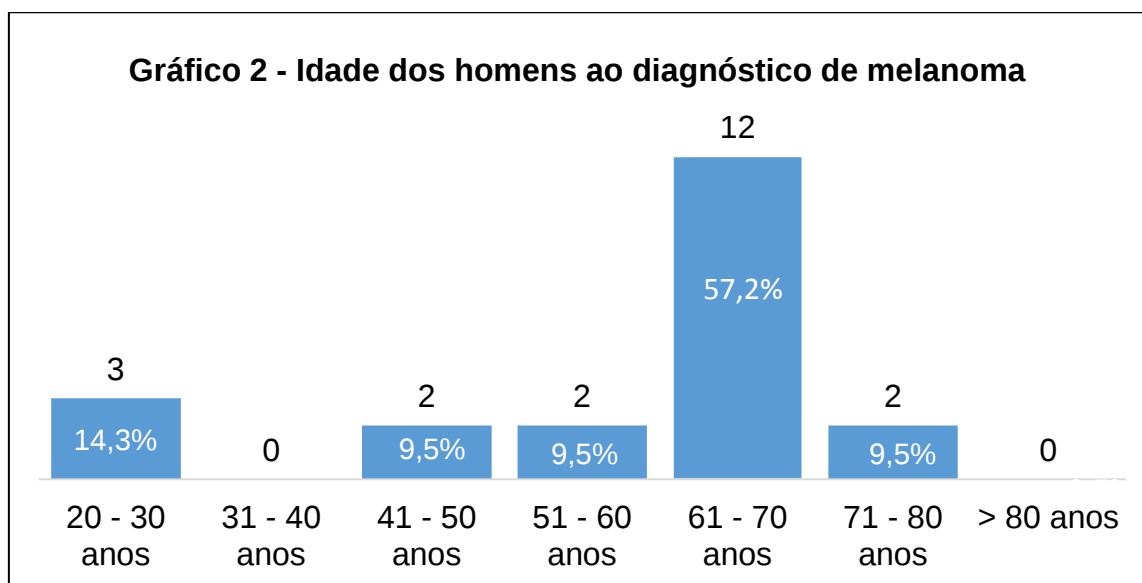
Gráfico 2 - Idade das mulheres ao diagnóstico de melanoma

Fonte: Original do autor.

Tabela 3 – Localização do melanoma ao diagnóstico nas mulheres	
Localização	Frequência
Cabeça	9,5%
Região cervical	0%
Tronco	28,5%
Membros superiores	24%
Membros inferiores	28,5%
Regiões acrais	9,5%

Fonte: Original do autor.

No que diz respeito à população masculina avaliada, a faixa etária de maior frequência ao diagnóstico de melanoma foi a de 61 a 70 anos (Gráfico 3). Enquanto isso, a localização preferencial foi expressivamente encontrada no tronco (62%) (Tabela 4).



Fonte: Original do autor.

Tabela 4 – Localização do melanoma ao diagnóstico nos homens	
Localização	Frequência
Cabeça	9,5%
Região cervical	4,7%
Tronco	62%
Membros superiores	14,3%
Membros inferiores	0%
Regiões acrais	9,5%

Fonte: Original do autor.

DISCUSSÃO

O melanoma cutâneo apresenta significativa relevância entre os tumores malignos de pele. Apesar de sua baixa incidência, representando cerca de 3-4% dos tumores cutâneos malignos, é o de maior mortalidade. Nos últimos 50 anos, a incidência de melanomas cutâneos tem aumentado progressivamente em todo o mundo, o que aumenta a preocupação para a ocorrência de seu diagnóstico precoce, papel do dermatologista ^(14, 15, 16).

A casuística brasileira publicada até o momento mostra predomínio do melanoma cutâneo primário no sexo feminino, idade acima dos 40 anos, localização em tronco e membros e tipo histológico extensivo superficial e nodular (Tabela 5).

Tabela 5 – Casuística brasileira do perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com melanoma cutâneo

Autor/Ano	Nº de casos	Sexo (%)	Idade em anos (%)	Localização (%)	Tipo histológico (%)
Batistti, 2008	81	F (55,6)	51,3 (-)	T (32)	MES (53,5)
Borges, 2007	229	F (56,8)	51,73 (-)	T (33,5)	MES (61,6)
Weber, 2007	396	F (56,0)	54,9 (-)	T (-)	MÊS (-) -
Ranchou, 2006	290	M (50,4)	54 (-)	MI (25,9) C/P (25,9)	MN (61,1)
Rocha, 2006	90	F (54,4)	56,5 (-)	T (24,4)	MES (30,7)
Fernandes, 2005	65	F (50,7)	40-69 (64,7)	T (35,3)	MES (55,5)
Godoy, 2004	20	F (80,0)	50-60 (40)	MI (30) D (30)	MN (45)
Pinheiro, 2003	32	F (78,0)	61-80 (43,7)	MI/MS (50)	MES (61,1)
Bakos, 2002	103	F (66,9)	52,8 (-)	T (25,2)	MN (19,1)
Lapa, 2002	115	F (64,0)	40-59 (43,5)	Axial (61)	MES (41,1)
Maia, 2002	190	F (58,9)	55,9 (-)	-	MN (41,9)
Gon, 2001	303	F (54,6)	56,4 (-)	T (32,01)	-
Criado, 1999	22	F (69,9)	60-69 (23,4)	MI (32,8)	-
Castro, 1996	20	M (65,0)	45,1 (-)	T (50)	-
Bakos, 1991	153	F (60,3)	60-70 (23)	-	MES (51,6)

Fonte: Adaptado de Konrad et al. (17)

Legenda: F – feminino; M – masculino; T – tronco; MI – membro inferior; MS – membro superior; C/P – cabeça e pescoço; D – dorso; MES – melanoma extensivo superficial; MN – melanoma nodular.

De acordo com os critérios clínicos e dermatoscópicos estabelecidos, verificou-se a positividade para melanoma em 42 pacientes no período entre janeiro de 2018 a dezembro de 2020. Não houve predomínio de gênero para relação com o melanoma, uma vez que o acometimento foi de exatamente 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino.

Na amostra do presente estudo, encontrou-se apenas três casos de melanoma cutâneo em pessoas na faixa etária de 20-30 anos, confirmando a raridade de sua ocorrência na infância e na adolescência, como observado na literatura e em outros estudos. Ainda com relação à idade ao diagnóstico, tanto o presente estudo quanto outros mostram que a média ocorre na sexta década de vida ^(3, 11, 17), com idade média estimada em 58,09 anos.

A localização predominante ocorre no tronco e nos membros superiores/inferiores, confirmando dados da frequência dos sítios primários dos melanomas, conforme a literatura ^(17, 18, 19).

Na análise de dados isolando-se os gêneros, observamos que, no sexo feminino, a faixa etária de maior frequência ao diagnóstico de melanoma foi a de 51 a 60 anos, com 66% quando se amplia a faixa etária para 51 a 70 anos. Já no sexo masculino, a faixa etária de maior frequência ao diagnóstico de melanoma foi a de 61 a 70 anos. Ambos os dados vão ao encontro da literatura atual ^(18, 19, 20). Quanto à localização preferencial, na população feminina avaliada observou-se maior frequência tanto no tronco quanto nos membros inferiores (28,5% cada), enquanto que, nos homens, a localização preferencial foi expressivamente encontrada no tronco (62%). De qualquer forma, o tronco e os membros superiores e inferiores caracterizam-se como os locais de maior frequência para diagnóstico primário do melanoma cutâneo na literatura científica atual.

CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo envolvendo 42 lesões de risco clínico e dermatoscópico corroborados com hipótese diagnóstica de melanoma, na histopatologia, verificou-se que seguimentos dermatoscópicos rigorosos e formação de escalas de risco podem ser alternativas para otimizar o critério de exérese e indicação de biópsia. Diante da magnitude da evolução de um melanoma e seus consequentes efeitos deletérios, se em estágio avançado, deixar de fazer um diagnóstico precoce pode ser fatal para o paciente. Os resultados apresentados neste estudo mostram semelhanças com os de estudos nacionais e internacionais quanto aos aspectos epidemiológicos do melanoma, corroborando as frequências tidas como referência até o presente momento.

REFERÊNCIAS

1. Tsao H, et al. Early detection of melanoma: reviewing the ABCDEs. *J Am Acad Dermatol*. [Internet]. 2015 Apr. [citado 2021 jan. 28];72(4):717-23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25698455/> - doi: 10.1016/j.jaad.2015.01.025
2. Rastrelli M, Tropea S, Rossi CR, Alaibac M. Melanoma: Epidemiology, Risk Factors, Pathogenesis, Diagnosis and Classification. In Vivo. [Internet]. 2014 Nov.-Dec. [citado 2021 jan. 28];28(6):1005-1012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25398793/>
3. Saccaro L, Zárate C, Lopes RA, Pessanha ACAF. Histological profile of melanocytic lesions excised in a Dermatology service, based on clinical and dermoscopic criteria. *Surg Cosmet Dermatol*. [Internet]. 2019 abr.-jun. [citado 2021 jan. 28];11(2):126-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20191121307>
4. Antonio JR, Soubhia RMC, D'Avila SCGP, Caldas AC, Trídico LA, Alves FT. Correlation between dermoscopic and histopathological diagnoses of atypical nevi in a dermatology outpatient clinic of the Medical School of São José do Rio Preto, SP. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 2013 [citado 2021 jan. 28];88(2):199-203. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/101734/Correlacao-entre-os-diagnosticos-dermatoscopico-e-histopatologico-de-nevos-atipicos-no-ambulatorio-de-dermatologia-da-Faculdade-de-Medicina-de-Sao-Jose-do-Rio-Preto-->
5. Rosendahl C, Cameron A, McColl I, Wilkinson D. Dermatoscopy in routine practice - 'chaos and clues'. *Aust Fam Physician*. [Internet]. 2012 Jul. [citado 2021 jan. 28];41(7):482-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22762066/>
6. Ahnlide I, Bjelerupp M, Nilsson F, Nielsen K. Validity of ABCD rule of dermoscopy in clinical practice. *Acta Derm Venereol*. [Internet]. 2016 [citado 2021 jan. 28];96(3):367-72. Disponível: <http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-2239>
7. Kawamura T. Interpretação de um teste sob a visão epidemiológica: eficiência de um teste. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2002 out. [citado 2021 jan. 28];79(4):437-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2002001300015>
8. Carrera C, Marchetti MA, Dusza SW, Argenziano G, Braun RP, Halpern AC, et al. Validity and reliability of dermoscopic criteria used to differentiate Nevi from Melanoma. *JAMA Dermatol*. [Internet]. 2016 Jul. [citado 2021 jan. 28];152(7):798-806. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2513691/> - DOI: 10.1001/jamadermatol.2016.0624
9. Ahnlide I, Bjelerupp M. Accuracy of clinical skin tumour diagnosis in a dermatological setting. *Acta Derm Venereol*. [Internet]. 2013 [citado 2021 jan. 28];93(3):305-8. Disponível em: <https://doi.org/10.2340/00015555-1560>
10. Rastrelli M, Tropea S, Rossi CR, Alaibac M. Melanoma: Epidemiology, Risk Factors, Pathogenesis, Diagnosis and Classification. In Vivo. [Internet]. 2014 Nov.-Dec. [citado 2021 jan. 28];28(6):1005-1012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25398793>

- 11.** Bretas GO, et al. Epidemiology and analysis of survival of patients with known and unknown primary melanoma site. *Rev Med Minas Gerais*. [Internet]. 2013 [citado 2021 jan. 28];23(Supl 3):S28-S33. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1423>
- 12.** Weide B, Faller C, Elsässer M, Büttner P, Pflugfelder A, Leiter U, et al. Melanoma patients with unknown primary site or nodal recurrence after initial diagnosis have a favourable survival compared to those with synchronous lymph node metastasis and primary tumour. *PLoS One*. [Internet]. 2013 Jun. [citado 2021 jan. 28];25(6):e66953. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23825594/> - DOI: 10.1371/journal.pone.0066953
- 13.** Kamposioras K, Pentheroudakis G, Pectasides D, Pavlidis N. Malignant melanoma of unknown primary site. To make the long story short. A systematic review of the literature. *Crit Rev Oncol Hematol*. [Internet]. 2011 May [citado 2021 jan. 28];78:112-26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20570171/> - DOI: 10.1016/j.critrevonc.2010.04.007
- 14.** Saccaro L, Zárate C, Lopes RA, Pessanha ACAF. Histological profile of melanocytic lesions excised in a Dermatology service, based on clinical and dermoscopic criteria. *Surg Cosmet Dermatol*. [Internet]. 2018 abr.-jun. [citado 2021 jan. 28];11(2):126-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20191121307>
- 15.** Chang AE, Karnell LH, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma: a summary of 84,836 cases from the past decade. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. *Cancer*. [Internet]. 1998 Oct. [citado 2021 jan. 28];83:1664-78. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9781962/> - DOI: 10.1002/(sici)1097-0142(19981015)83:8<1664::aid-cnrcr23>3.0.co;2-g
- 16.** Oumeish OY. Epidemiology of Primary Cutaneous Malignant Melanoma in Jordan. *Int J Dermatol*. [Internet]. 1997 Feb. [citado 2021 jan. 28];36:113-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9109007/> - DOI: 10.1046/j.1365-4362.1997.00071.x
- 17.** Konrad P, Fabris MR, Melao S, Blanco LFO. Histopathological and epidemiological profile of cases of primary cutaneous melanoma diagnosed in Criciúma-SC between 2005 and 2007. *An. Bras. Dermatol*. [Internet]. 2001 maio.-jun. [citado 2021 jan. 28];86(3):457-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000300006>
- 18.** Criado PR, Vasconcellos C, Sittart JAS, Valente NYS, Moura BPS, Barbosa GL, et al. Melanoma maligno cutâneo primário: estudo retrospectivo de 1963 a 1997 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. [Internet]. 1999 abri.-jun. [citado 2021 jan. 28];45(2):157-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-4230199900020001>
- 19.** Bakos L. Melanomas malignos e etnia. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 1991 [citado 2021 jan. 28];66(6):299-302. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/921/Melanomas-malignos-e-etnia>
- 20.** Battisti R. Melanoma primário cutâneo: cinco anos de seguimento. [monografia] [Internet]. [Florianópolis(SC)]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008 [citado 2021 jan. 28]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/119436>