

**CLÁUDIA BERNADET SOARES**

**MELANOMA MALIGNO: DIAGNÓSTICO CLÍNICO X  
HISTOPATOLÓGICO NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de  
Santa Catarina, para a conclusão no Curso de  
Graduação em Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**

**CLÁUDIA BERNADET SOARES**

**MELANOMA MALIGNO: DIAGNÓSTICO CLÍNICO X  
HISTOPATOLÓGICO NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de  
Santa Catarina, para a conclusão no Curso de  
Graduação em Medicina.**

**Coordenador do Curso: Dr. Edson J. Cardoso**

**Orientador: Dr. Jorge José de Souza Filho**

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**

Soares Cláudia Bernadet. *Melanoma Maligno: Diagnóstico Clínico X Histopatológico nas Especialidades Médicas*. Florianópolis, 1998.

30p.

Trabalho de conclusão no Curso de Graduação em Medicina - Universidade Federal de Santa Catarina.

1.Melanoma 2.Diagnóstico Clínico 3.Especialidades Médicas

## **AGRADECIMENTOS**

Aos funcionários do Serviço de Anatomia Patológica, em especial à residente de patologia Daniela, pela colaboração durante a realização do projeto de pesquisa e coleta dos dados.

Aos funcionários do SAME, que com muita paciência e presteza selecionaram os prontuários solicitados.

Ao Dr. Charles Nedel por sua preciosa amizade, idéias e auxílio no desenvolvimento deste estudo.

Ao meu orientador, Dr. Jorge José de Souza Filho, pela dedicação e sabedoria indispensáveis à realização deste trabalho.

Aos meus verdadeiros amigos, e estes sabem quem o são, pelo companheirismo durante todos estes anos.

Aos meus pais, por todo amor e dedicação a mim dispensados, por acreditarem no meu sonho e proporcionarem a oportunidade de chegar até aqui.

Ao meu irmão, sempre um exemplo a ser seguido.

Ao meu namorado por compreender minha ausência.

A Deus por ter colocado todas estas pessoas em meu caminho.

**Muito Obrigada**

# ÍNDICE

1. Introdução.....	01
2. Objetivos.....	06
3. Métodos.....	07
4. Resultados.....	09
5. Discussão.....	16
6. Conclusão.....	24
7. Referências.....	25
Resumo.....	28
Summay.....	30

# 1. INTRODUÇÃO

O melanoma maligno foi descrito pela primeira vez por Hipócrates no século V a. C. tendo sido encontrado em muitas múmias pré-colombianas da mesma época<sup>(1)</sup>.

Esta neoplasia é proveniente do tecido neuroectodérmico decorrente da proliferação sem controle dos melanoblastos<sup>(1)</sup>. É um tumor de extrema malignidade e de evolução quase imprevisível, tendo em vista a possibilidade de regressão espontânea<sup>(1)</sup>.

O melanoma maligno possui um grande potencial de morbimortalidade, sendo a neoplasia responsável por cerca de 74% das mortes por câncer de pele nos Estados Unidos<sup>(2, 3)</sup>. Atualmente sua incidência está aumentando consideravelmente sendo o segundo tumor que mais cresce em frequência<sup>(1, 2, 4, 5, 6, 7)</sup>. O aumento da incidência pode ser atribuída a uma maior detecção resultante de um melhor rastreamento da população<sup>(5, 8)</sup>.

O hábito de exposição ao sol culturalmente valorizado pelas civilizações ocidentais modernas, aliado à diminuição da camada de ozônio da atmosfera, tem contribuído de modo significativo para o aumento da sua incidência<sup>(8)</sup>.

O melanoma maligno tem seu pico de incidência entre a terceira e Sexta décadas de vida, acometendo indivíduos jovens em idade produtiva<sup>(1, 3, 7, 9)</sup>. É mais freqüente em pessoas de origem caucasiana, sendo rara sua ocorrência na raça negra<sup>(1, 3)</sup>.

A evidência de que pessoas de pele clara têm maior pré-disposição para o desenvolvimento deste tipo de câncer é fortalecida ao se verificar que os

coeficientes de ocorrência, em populações de raça negra e amarela, são inferiores aos de raça branca<sup>(10)</sup>.

Há no país populações de maior risco para o câncer de pele, em geral, representadas pelos descendentes de europeus. Nas regiões sudeste e sul, onde foi mais intensa a concentração de imigrantes da Europa Central, existem comunidades que, por razões geográficas, sociais e culturais sofreram pouca ou nenhuma miscigenação racial. Conseqüentemente, estas comunidades expressam risco importante, por suas características raciais, para o desenvolvimento de câncer de pele<sup>(10)</sup>.

Embora sua etiologia não seja completamente conhecida, sabe-se que há vários fatores que podem estar envolvidos, como pré-disposição genética, expressão de oncogenes, alterações imunológicas, exposição a luz ultravioleta e outros carcinógenos<sup>(3)</sup>.

O papel da radiação solar no aparecimento do melanoma ainda não é totalmente conhecida<sup>(10, 11)</sup>. Existem, porém, muitas evidências de que o aumento da incidência de melanoma nos últimos 50 anos teve relação com o aumento de exposição aos raios solares<sup>(6, 10, 12, 13)</sup>.

A hipótese de que o melanoma esteja relacionado a exposições solares intermitentes intensas já foi descrita por muitos autores<sup>(6, 10)</sup>. No entanto, Elwood e col. em seu trabalho mostrou que as características individuais de pigmentação e a reação da pele ao sol estão mais associados ao risco de ter melanoma do que os relatos prévios de queimaduras solares e bronzamentos<sup>(10)</sup>.

Estudo italiano mostrou que trabalhar em ambientes externos e ter história prévia de queimaduras solares estão positivamente relacionados com o risco de desenvolver melanoma em áreas anatômicas do corpo expostas ao sol e negativamente em áreas protegidas<sup>(10)</sup>.

Rhodes e col. afirmam que os fatores de risco mais importantes na etiologia do melanoma, em ordem decrescente, seriam: 1º ) presença de nevo transformado ou em transformação; 2º ) idade adulta; 3º ) existência de lesões pigmentares irregulares (inclusive nevo displásico e lentigo maligno); 4º ) existência de um nevo congênito; 5º ) ser da raça caucasiana; 6º ) história de melanoma cutâneo prévio; 7º ) relato de melanoma cutâneo na família; 8º ) imunodepressão; 9º ) sensibilidade ao sol e 10º ) exposição solar excessiva<sup>(10)</sup>.

A importância do exame histopatológico no diagnóstico de melanoma é evidente, pois este exame nos fornece dados concernentes ao tipo de melanoma, níveis de Clark e espessura de Breslow, que são essenciais para a determinação da extensão cirúrgica e prognóstico<sup>(14)</sup>.

O diagnóstico de melanoma requer conhecimento clínico de uma lesão suspeita, biópsia e exame histopatológico<sup>(15)</sup>. Ele pode ser feito primordialmente, pela observação de uma lesão com história de alterações do tamanho, cor, relevo, consistência, presença de satelioses e de sintomas subjetivos numa prévia lesão melanocítica<sup>(14)</sup>.

Atualmente, o único tratamento considerado curativo é a excisão cirúrgica no estágio inicial do desenvolvimento, antes da invasão da derme pelo tumor<sup>(6, 9)</sup>. Em contraste, o diagnóstico e tratamento em estágios tardios têm resultados desanimadores<sup>(5, 6)</sup>.

Embora importante, não é fácil o reconhecimento clínico do tumor nos estágios iniciais, particularmente pelos médicos não afeitos às lesões dermatológicas que entram no diagnóstico diferencial com melanoma. Entre essas incluem-se algumas lesões consideradas como precursoras de melanoma (lentigo maligno, nevo melanocítico congênito e nevo displásico) e outras lesões



dermatológicas pigmentadas mais comuns (nevo intradérmico e ceratose seborréica)<sup>(9)</sup>.

Muitos estudos têm mostrado diferenças no acerto diagnóstico entre médicos treinados a reconhecer lesões cutâneas, como os dermatologistas, e outros médicos não afeitos a estas lesões<sup>(16, 17)</sup>.

A detecção precoce do melanoma é um método promissor de prevenção secundária, pois um grau de sobrevida de cinco anos é alto para tumores com Breslow menor que 1,51 mm (>90%) comparado com Breslow maior que 4,0 mm (< 50%)<sup>(11)</sup>.

O aumento da incidência e índice de mortalidade por melanoma em muitos países vem sendo alvo de preocupação das autoridades de saúde, e muitos programas de educação pública e profissional para a prevenção e diagnóstico precoce de melanoma têm sido realizados nos últimos anos<sup>(6, 18)</sup>.

Estas campanhas têm sido acompanhadas de um aumento do número de pacientes que se apresentam aos médicos com lesões pigmentadas a serem examinadas e possivelmente excisadas<sup>(18)</sup>.

O prognóstico desta neoplasia depende de vários fatores, sendo os principais: espessura da lesão primária, presença de lesões satélites e de metástases sistêmicas, envolvimento de linfonodos e localização, sendo a cabeça e o tronco os locais de pior prognóstico<sup>(12)</sup>.

Tratando-se de uma neoplasia potencialmente curável quando diagnosticada em estágios iniciais, destaca-se a importância de seu reconhecimento clínico por parte dos profissionais médicos.

Em estudo epidemiológico realizado nesta instituição por um aluno do curso de graduação em medicina<sup>(20)</sup> observou-se que grande parte dos melanomas daquela amostra foram diagnosticados e tratados em estágios avançados de evolução com Espessura de Breslow maior que 1,5mm e Níveis III e IV de Clark (49,5%). Este fato despertou o interesse do autor em observar a

habilidade dos profissionais médicos das mais diversas especialidades em diagnosticar clinicamente o melanoma maligno cutâneo.

## 2. OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivos:

# Observar quais as especialidades médicas encontradas como solicitantes de biópsia de lesões melanocíticas com suspeita clínica de melanoma.

# Observar quais as lesões propostas pelos profissionais como diagnóstico diferencial de melanoma maligno.

# Observar a habilidade dos médicos em diagnosticar clinicamente o melanoma maligno cutâneo.

### 3. MÉTODOS

Estudo observacional do tipo transversal retrospectivo clínico. Foram revisados os pedidos de anatomopatológico enviados ao serviço de patologia e livros de registro de laudos de histopatologia do Serviço de Anatomia Patológica de pacientes atendidos no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, no período de 1988 a 1997.

As biópsias foram realizadas pelo Serviço de Cirurgia Ambulatorial das seguintes maneiras: os pacientes atendidos pelo serviço de dermatologia foram biopsiados pelos próprios dermatologistas; aqueles atendidos pelas demais especialidades foram encaminhados à cirurgia ambulatorial, sendo as biópsias realizadas por doutorandos ou residentes de cirurgia orientados por um cirurgião chefe. Alguns pacientes foram atendidos diretamente pelo Serviço de Cirurgia Ambulatorial sem encaminhamento prévio.

Todos os pedidos de biópsia foram enviados ao Serviço de Anatomia Patológica que analisou as lâminas e emitiu seus respectivos laudos histológicos.

O acesso ao livro de registro de laudos e às solicitações de biópsia foi permitido pelo chefe do Serviço de Anatomia Patológica mediante envio do projeto de pesquisa.

Dos 23.584 pedidos de biópsia revisados, foram selecionados 351 casos com hipótese clínica de melanoma maligno cutâneo. Relacionados a estes casos foram coletados dados referentes ao especialista requisitante, hipóteses clínicas que faziam diagnóstico diferencial com melanoma e diagnóstico histopatológico final.

Através do livro de registro de laudos emitido pelo Serviço de Anatomia Patológica, foram selecionados 81 casos com diagnóstico final de melanoma maligno cutâneo. Relacionados a estes casos foram coletados dados referentes às hipóteses diagnósticas pré-operatórias e especialidade do médico requisitante de biópsia.

Foram incluídos neste estudo os casos confirmados e os casos com suspeita clínica de melanoma cutâneo primário.

Foram excluídos deste estudo os casos com diagnóstico prévio de melanoma, o que poderia influenciar na suspeita clínica, além dos casos de melanoma de origem não cutânea.

As especialidades encontradas como solicitantes de biópsia foram divididas em dermatologistas, cirurgiões gerais e cirurgiões especializados que incluem cirurgiões de cabeça e pescoço, cirurgiões plásticos e oncologistas.

O registro e análise dos dados coletados foi feito no programa EPI-INFO versão 6.0 a.

Para avaliar a habilidade dos médicos em diagnosticar clinicamente o melanoma maligno, compararam-se as hipóteses diagnósticas pré-operatórias e os diagnósticos histopatológicos finais.

## 4. RESULTADOS

No período estudado, dos 23.584 pedidos de biópsia analisados pelo Serviço de Anatomia Patológica, 351 (1,5%) apresentavam hipótese diagnóstica de melanoma maligno cutâneo. Entre estes, 107 (30,5%) apresentavam-se como primeira hipótese clínica e 62 (17,6%) tratavam-se de hipótese clínica única.

As especialidades encontradas como solicitantes de biópsia com suspeita de melanoma foram na sua maioria cirurgiões gerais (54,9%) e dermatologistas (39,1%) (Tabela I). Os 21 cirurgiões especializados encontrados corresponderam a 12 cirurgiões plásticos, 8 cirurgiões de cabeça e pescoço e 1 oncologista.

Tabela I: Frequência das especialidades solicitantes de biópsia dos casos com hipótese clínica de melanoma.

Especialidade	N.º	%
Cirurgia Geral	193	54,9
Dermatologia	137	39,1
Cirurgia Especializada	21	6,0
Total	351	100

Associadas ao melanoma maligno outras hipóteses clínicas foram encontradas, sendo nevo o mais freqüente (Quadro 1).

Quadro 1: Frequência de diagnósticos diferenciais com melanoma apresentados pelos médicos solicitantes de biópsia dos casos com suspeita clínica de melanoma.

Hipótese Clínica	No.
Nevo	94
Carcinoma Basocelular	75
Nevo Melanocítico	30
Ceratose Seborréica	28
Nevo Azul	26
Carcinoma Espinocelular	25
Melanoma Amelanótico	24

Entre os 351 casos com hipótese de melanoma maligno, a suspeita clínica estava correta em 63 casos (17,9%) (Figura 1). Os demais 288 casos (82,1%) apresentavam outros diagnósticos no laudo histopatológico.

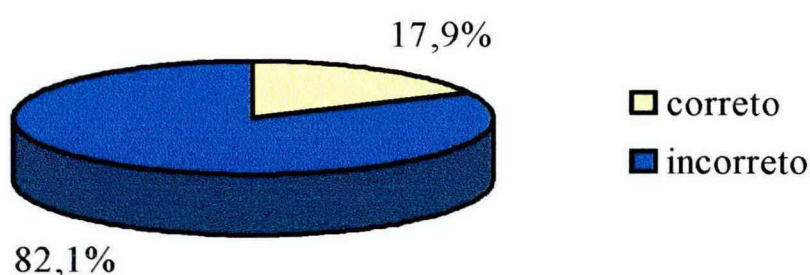


Figura 1: Índice de acerto diagnóstico segundo suspeita clínica de Melanoma Maligno.

Considerados todos os pedidos de biópsia com hipótese de melanoma maligno, pode-se observar que 16,8% (n = 137) dos dermatologistas e 17,6% (n = 193) dos cirurgiões gerais tiveram suas suspeitas clínicas de melanoma maligno confirmadas pela histopatologia. Dentre os cirurgiões especializados, 28,5% (n = 21) tiveram confirmação diagnóstica em suas suspeitas de melanoma.

Analisando os 107 casos em que o melanoma foi encontrado como primeira hipótese diagnóstica, observamos que 13 (52%) dos dermatologistas, 22 (31,4%) dos cirurgiões gerais e 5 (41,6%) dos cirurgiões especializados tiveram sua hipótese diagnóstica confirmada pelo exame histopatológico (Figura 2).

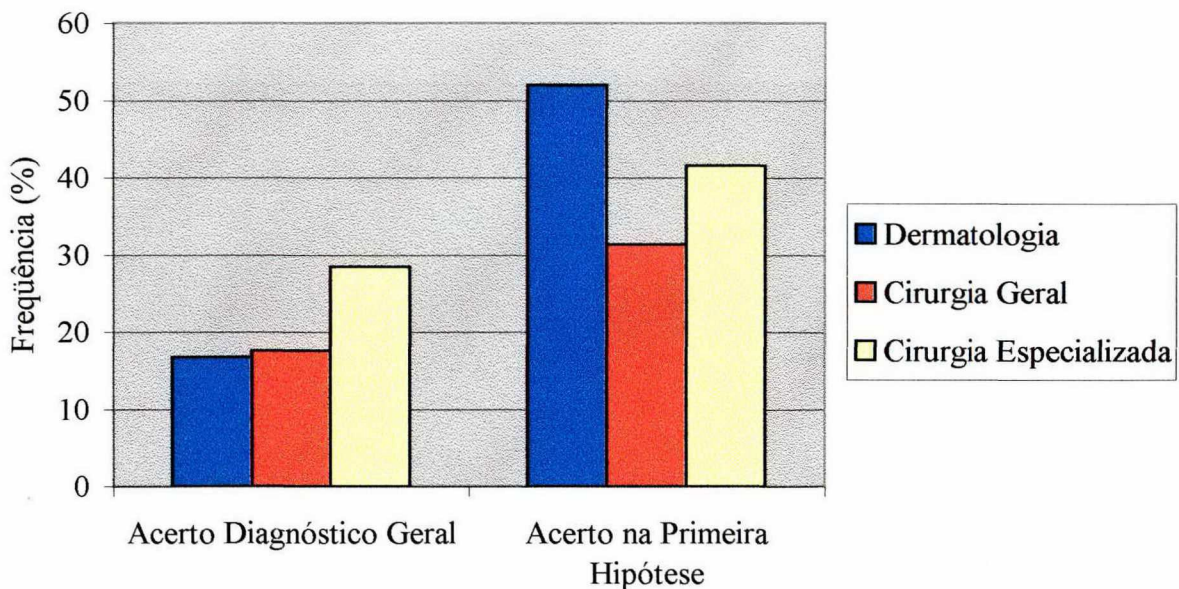


Figura 2: Distribuição dos casos com suspeita clínica de melanoma segundo acerto diagnóstico geral e na primeira hipótese diagnóstica de acordo com a especialidade requisitante.

No livro de registros da Anatomia Patológica foram encontrados 81 casos de melanoma maligno cutâneo confirmados pelo exame histopatológico. Os médicos especialistas que fizeram a maior parte dos pedidos de biópsia dos casos com diagnóstico de melanoma foram os cirurgiões gerais com 59,3 % (n =



81) (Tabela II). Os 7 cirurgiões especializados correspondem a 4 cirurgiões de cabeça e pescoço e 3 cirurgiões plásticos.

Tabela II: Distribuição dos casos de melanoma confirmados pela histopatologia segundo especialidade requisitante de biópsia.

Especialidade	N.º	%
Cirurgia Geral	48	59,3
Dermatologia	26	32,1
Cirurgia Especializada	7	8,6
Total	81	100

Observou-se que 29,6% (n = 81) dos casos com diagnóstico histopatológico de melanoma não possuíam suspeita clínica de melanoma maligno na requisição de biópsia (Figura 3).

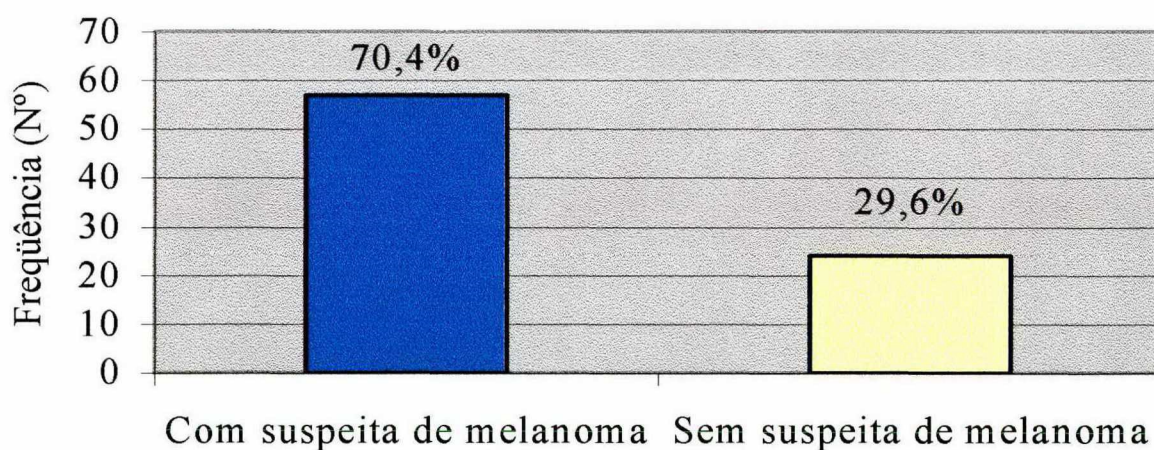


Figura 3: Distribuição dos casos com diagnóstico histopatológico de melanoma segundo presença de suspeita clínica de melanoma.

Podemos observar dos 24 casos de melanoma em que não houve suspeita clínica desta patologia, 18 (75%) foram conduzidos por cirurgiões gerais (Figura 4).

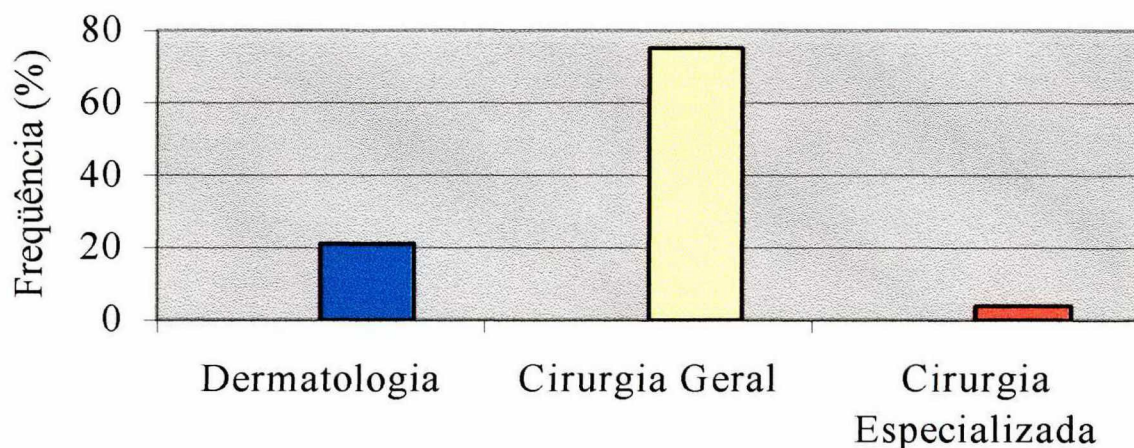


Figura 4: Distribuição dos casos com diagnóstico final de melanoma sem suspeita clínica deste tumor segundo especialidade requisitante.

Quanto às hipóteses clínicas apresentadas pelos especialistas nos casos com diagnóstico histopatológico de melanoma podemos encontrar o nevo como principal lesão citada como diagnóstico diferencial desta neoplasia (Quadro 2).

Quadro 2: Frequência dos diagnósticos diferenciais apresentados pelos médicos requisitantes de biópsia dos casos com diagnóstico histopatológico de melanoma.

Hipótese clínica	N.º
Nevo	16
Lentigo Maligno	8
Nevo Melanocítico	5
Lentigo Solar	4
Ceratose Seborréica	4
Nevo Pigmentado	4

Quando separamos as hipóteses diagnosticas de acordo com o especialista requisitante observamos que entre os dermatologistas o lentigo maligno e o lentigo solar foram as principais lesões que entraram como diagnóstico diferencial de melanoma. Já entre os cirurgiões gerais, grande número de pedidos continham o nevo, sem maiores especificações, como diagnóstico diferencial (Quadro 3).

Quadro 3: Distribuição dos diagnósticos diferenciais contidos nos pedidos de biópsia dos casos de melanoma segundo especialidade do médico requisitante de biópsia.

Hipótese Clínica	Dermatologia	Cirurgia Geral	Cirurgia Especializada
Lentigo Maligno	8	0	0
Lentigo Solar	4	0	0
Nevo	1	14	1
Nevo Melanocítico	0	3	1
Nevo Pigmentado	0	4	0
Ceratose Seborréica	3	1	0

Entre os casos com diagnóstico histopatológico de melanoma cutâneo, houve acerto diagnóstico clínico por parte dos especialistas em 79% (n = 81).

Os dermatologistas apresentaram um índice de acerto clínico de 88,4% (n = 26) dos casos com diagnóstico histopatológico de melanoma, sendo que houve 50% de acerto quando o melanoma encontrava-se como primeira hipótese diagnóstica. Os cirurgiões gerais acertaram o diagnóstico clínico de melanoma em 72,9% (n = 48) dos casos, com acerto na primeira hipótese semelhante aos dermatologistas (50%). Os cirurgiões especializados tiveram índice de acerto de 85,7% (n = 7), com 71,4% de acerto na primeira hipótese. Dentre os cirurgiões

especializados, os cirurgiões de cabeça e pescoço apresentaram 100% (n = 4) de acerto diagnóstico na primeira hipótese (Figura 5).

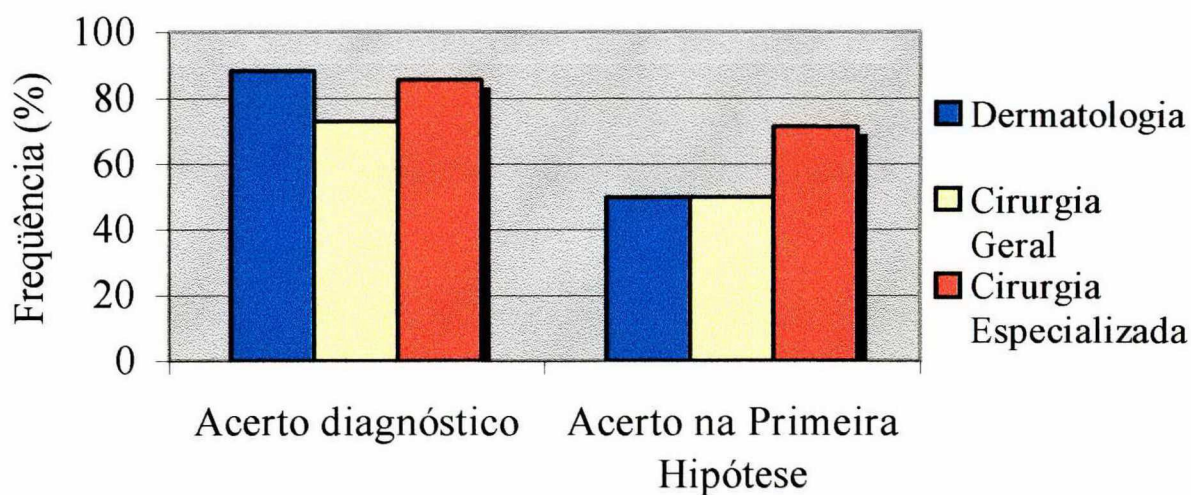


Figura 5: Distribuição dos casos com diagnóstico histopatológico de melanoma segundo acerto diagnóstico clínico geral e na primeira hipótese diagnóstica de acordo com a especialidade requisitante.

## 5. DISCUSSÃO

O método utilizado neste estudo para avaliação da habilidade dos médicos em diagnosticar clinicamente o melanoma maligno, foi semelhante ao encontrado em outros trabalhos que correlacionaram as hipóteses clínicas pré-operatórias com os diagnósticos histopatológicos finais<sup>(9, 18)</sup>. Em estudo retrospectivo realizado por E. C. Gonçalves, as lâminas foram revisadas por mais de um patologista para confirmação do diagnóstico e estadiamento das lesões segundo Clark<sup>(9)</sup>. Stephenson em seu estudo utilizou um questionário com o meio de avaliar os médicos participantes<sup>(21)</sup>. Nos demais estudos observados a avaliação dos profissionais consistiu da observação de slides coloridos de lesões dermatológicas comuns, incluindo melanoma maligno, e o reconhecimento clínico destas lesões por parte dos participantes. Em todos os estudos observados apenas a primeira hipótese clínica foi considerada<sup>(9, 16, 18, 21)</sup>.

Em nosso estudo grande parte dos profissionais que foram procurados pela população para avaliação de lesões melanocíticas, independente de sua especialidade, apresentaram a preocupação de incluir o melanoma maligno como diagnóstico diferencial de lesões melanocíticas; visto que apenas 17,9% dos casos em que o melanoma foi incluído como uma das hipóteses diagnósticas, realmente tratava-se de melanoma.

Nos casos em que houve uma forte suspeita clínica, representados por aqueles em que o melanoma apresentava-se como primeira hipótese, houve um acerto diagnóstico superior por parte dos dermatologistas (52%) quando comparados aos cirurgiões especializados (41,6%) e cirurgiões gerais (31,4%).

Embora os cirurgiões gerais tenham apresentado um índice de confirmação diagnóstica de melanoma na primeira hipótese menor que os demais profissionais, este índice foi maior que o encontrado em outros trabalhos em que o nível de acerto diagnóstico dos profissionais gerais foi de aproximadamente 25%<sup>(9, 28)</sup>.

Dentre os casos com diagnóstico histopatológico de melanoma maligno, o desempenho diagnóstico clínico apresentado pelos profissionais de um modo geral foi alto, com aproximadamente 80% de acerto por parte dos médicos sem distinção de especialidade. Quando analisadas as especialidades, os dermatologistas (88,4%) e cirurgiões especializados (85,7%) apresentavam nível de acerto diagnóstico maior comparado aos cirurgiões gerais (72,9%).

Se observados apenas os casos de melanoma cuja suspeita clínica encontrava-se na primeira hipótese diagnóstica, houve maior acerto por parte dos cirurgiões especializados (71,4%) em especial pelos cirurgiões de cabeça e pescoço (100%), com acerto semelhante entre os dermatologistas e cirurgiões gerais (50%).

Os cirurgiões gerais, apesar de apresentarem um índice de acerto diagnóstico clínico superior ao encontrado em outros estudos e nível de acerto semelhante aos dermatologistas quando comparadas as primeiras hipóteses clínicas, apresentam grande número de situações em que não houve suspeita clínica de melanoma em lesões que mais tarde foram confirmadas histologicamente como tal.

Isto mostra que os dermatologistas e cirurgiões especializados (cirurgia plástica, cirurgia de cabeça e pescoço e oncologia) apresentaram maior habilidade de reconhecer clinicamente o melanoma maligno, por apresentarem formação voltada ao reconhecimento clínico desta lesão, bem como de lesões que fazem diagnóstico diferencial com esta neoplasia. Por outro lado, comparado aos outros estudos, em que diapositivos foram utilizados para

avaliação diagnóstica, o índice de acerto diagnóstico apresentado pelos dermatologistas, quando considerada a primeira hipótese, foi menor (50%) visto que nestes estudos foi encontrado um nível de acerto que variou de 63 a 90%<sup>(16)</sup>. Entretanto, em estudo realizado por Lindelöf e Hedblad observou-se que a exatidão no diagnóstico clínico entre os dermatologistas aumenta com o nível de experiência clínica, ou seja, médicos com menos de um ano de experiência em dermatologia foram capazes de identificar o melanoma em 31% dos casos em contraste com 63% daqueles com mais de 10 anos de experiência.

As demais hipóteses clínicas apresentadas pelos especialistas em dermatologia em seus pedidos de biópsia, são todas lesões que fazem diagnóstico diferencial com esta neoplasia, mostrando que grande parte destes profissionais apresentam conhecimento clínico destas lesões.

Há de se evidenciar o grande número de casos que continham como diagnóstico diferencial com melanoma apenas nevo, sem especificação de tipo. Estes casos foram conduzidos preferencialmente por cirurgiões gerais que talvez tenham utilizado a palavra nevo apenas como indicativo de lesão melanocítica benigna, sem a observação de que são muitos os tipos de nevo, sendo alguns simples lesões benignas e outros precursores de lesões de lesões malignas como o melanoma, tendo assim maior importância no diagnóstico diferencial.

Uma análise dos diagnósticos diferenciais apresentados pelos cirurgiões especializados não foi possível em nosso estudo, pois apenas dois destes profissionais apresentaram outras hipóteses além do melanoma maligno.

Muitos estudos têm mostrado diferenças de acerto diagnóstico entre os médicos treinados a reconhecer lesões cutâneas, como dermatologistas, e outros médicos não afeitos a estas lesões<sup>(16,17)</sup>. A habilidade no reconhecimento destas lesões requer treinamento visual específico que pode e deve ser aprendido não só por médicos dermatologistas, mas também pelos profissionais das demais especialidades<sup>(9, 18)</sup>.

Para o diagnóstico clínico de melanoma maligno é importante o reconhecimento clínico da lesão. Para tanto é imprescindível a realização de um exame completo da pele do paciente, principalmente naqueles que possuem fatores de risco aumentado para desenvolvimento de melanoma, com objetivo de diagnosticar lesões ainda em fase inicial de desenvolvimento, cuja possibilidade de cura é alta<sup>(22)</sup>.

Um importante aspecto clínico a ser observado pelo examinador são alterações sugestivas de malignidade como: Assimetria de forma; Bordas irregulares; Cor mosqueada (variação nas tonalidades de cores, indo do marrom, bronze, vermelho, branco, cinza, azul e preto); Diâmetro maior que 6 mm e Elevação (podendo apresentar-se como uma discreta distorção da superfície)<sup>(5)</sup>.

O melanoma maligno tem sido classicamente dividido em subtipos:

# Melanoma Extensivo Superficial: Clinicamente apresenta-se como pápula achatada evoluindo para placa, de cor variando do marrom escuro e cinza azulado de bordas irregulares

# Melanoma Nodular: Apresenta-se como lesão elevada ou polipóide, cuja pigmentação pode ser uniforme, frequentemente mostrando ulceração quando avançado.

# Melanoma Lentigo Maligno: Lesão plana com áreas papulares focais e nódulos de cor em tons marrom e preto, além de áreas cinzas e azuis com bordos irregulares, geralmente em áreas expostas ao sol.

# Melanoma Lentiginoso Acral: Pode apresentar-se em área palmo-plantar como lesão macular na fase de crescimento radial, e como lesão nodular quando em crescimento vertical, de coloração preto marrom e azul, podendo apresentar áreas despigmentadas e bordos irregulares. Pode também apresentar-se como mácula subungueal que surge na matriz estendendo-se por todo o leito ungueal<sup>(5, 23)</sup>.



Certos procedimentos podem auxiliar a avaliação clínica de lesões suspeitas.

A dermatoscopia é um método diagnóstico não invasivo que permite a avaliação e diferenciação das lesões pigmentadas cutâneas. É realizada com aparelho ótico com aumento variável de 6 a 400x. Um feixe luminoso é emitido geralmente por uma lâmpada halógena, incidindo na superfície cutânea em um ângulo de 20°. Desta forma, é possível a visualização das estruturas pigmentadas da junção dermo-epidérmica e da derme papilar, bem como seus padrões arquiteturais.

A análise dos padrões de imagens observados com o emprego desta técnica, possibilita proceder de forma segura na diferenciação entre as lesões pigmentadas cutâneas melanocíticas e as não melanocíticas. A análise das cores permitirá determinar o nível cutâneo em que se encontra o pigmento melânico. O espectro de cor variará do preto ao azul, tendo o marrom escuro, o marrom claro e o cinza como tons intermediários. Quanto mais superficial estiver o pigmento mais enegrecido o observaremos. Nas lesões que apresentam componente vascular observaremos tons que variam do vermelho rubi ao marrom purpúreo.

Padrões e achados dermatoscópicos das principais lesões pigmentadas cutâneas:

# Nevo melanocítico juncional: Rede pigmentar regular, proeminente no centro e delgada na periferia. Condensação do pigmento (pontos pretos) ou despigmentação no centro da lesão.

# Nevo melanocítico intradérmico: Padrão globular. Glóbulos de tonalidade marrom escuro ao acinzentado, isolados ou agrupados (aspecto em cacho de uva).

# Nevo displásico: Rede pigmentar irregular, áreas com a trama pigmentar proeminente com formação de estrias. Interrupção abrupta da rede pigmentar.

Áreas de despigmentação central e/ou periférica. Glóbulos marrons isolados, bizarros, localizados fora dos limites da lesão (satelirose).

# Melanoma: Rede pigmentar irregular, proeminente, formação de estrias com distribuição radial. Pseudópodes. Interrupção periférica abrupta da pigmentação. Pontos pretos, áreas cinza-azuladas, despigmentações e áreas pseudo-cicatriciais.

Obs: chama a atenção no melanoma a riqueza de achados dermatoscópicos.

# Nevo azul: Pigmentação homogênea de tonalidade cinza-azulada.

# Ceratose seborréica: Ausência de rede pigmentar. Presença de pseudo-cistos córneos e pseudo-dilatações foliculares.

# Carcinoma basocelular pigmentado: Ausência de rede pigmentar. Presença de telangiectasias e de formações lobulares acinzentadas.

# Angioma, Angioma trombosado, Angioqueratoma: Ausência de rede pigmentar. Presença de formações lacunares preenchidas por pigmentação variando do vermelho rubi ao marrom purpúreo.

# Coleção sanguinolenta: Ausência de rede pigmentar. Pigmentação marron-purpúrea homogênea.

# Nevo de Spitz e Nevo de células fusiformes: Aspecto "em alvo" e "em coroa" (área de hiperpigmentação ou despigmentação central, e halo periférico formado por glóbulos ou estrias radiais)<sup>(22,24, 25, 26)</sup>.

Estudos mostraram que a dermatoscopia não melhora o diagnóstico clínico daquelas lesões evidentes, porém seu valor é extremamente significativo em lesões pequenas, e naquelas com dificuldade diagnóstica apesar da experiência do examinador<sup>(27)</sup>.

A dermatoscopia tem aumentado a probabilidade do diagnóstico de melanomas ainda pequenos que não seriam diagnosticados num exame comum. Além disso tem ajudado a diminuir um grande número de biópsias

desnecessárias em pacientes com lesões não melanocíticas ou lesões pigmentadas benignas que poderiam levar a suspeita de melanoma<sup>(27)</sup>.

A toda lesão suspeita está indicada a realização de biópsia. É fundamental que a amostra de pele seja retirada até o tecido celular subcutâneo, já que a espessura vertical do tumor é o valor preditivo mais importante para o prognóstico, tratamento e seguimento do melanoma<sup>(29)</sup>.

Apesar da melhora na sobrevida, a taxa de mortalidade por melanoma continua apresentando aumento, mesmo que não tão rapidamente.

Para a redução da morbidade e da mortalidade por melanoma, empenho deveria ser empregado visando a redução dos riscos para desenvolvimento de melanoma e o diagnóstico em fases iniciais de desenvolvimento do tumor<sup>(5)</sup>. Para tanto, a educação pública é a melhor maneira de se alcançar a prevenção de melanoma<sup>(5)</sup>.

Os programas educacionais para a diminuição da morbimortalidade causada pelo melanoma envolvem dois aspectos distintos.

Um enfoque, de resultados a longo prazo, que é a prevenção primária do tumor, levando em conta todos os possíveis fatores de risco. Incluem medidas educacionais em relação à exposição solar, formas de proteção ao sol, mudança no comportamento, nos hábitos, mudanças políticas e legislativas.

O outro enfoque, este com resultados a prazo menor, diz respeito ao diagnóstico precoce, incluindo orientação à médicos para identificar pessoas de maior risco, orientação no exame físico completo e cuidadoso de toda a pele, no ABCD clínico e nos exames auxiliares (dermatoscopia, biópsia).

Programas de educação pública em muitos países recomendam que a população geral realize um auto-exame da pele regularmente e que estas estejam atentas em relação às mudanças clínicas de lesões pré-existentes. Ao mesmo tempo programas de educação profissional para médicos tem descrito aspectos de lesões cutâneas pigmentadas que poderiam sugerir malignidade, além da

necessidade de excisão das lesões com estas características para avaliação histopatológica<sup>(18)</sup>.

O diagnóstico diferencial com melanoma mais comumente mencionado em programas de educação profissional são lesões melanocíticas como lentigos e nevos melanocíticos, incluindo nevo melanocítico adquirido e nevo melanocítico displásico. Entretanto, na prática, o diagnóstico diferencial frequentemente inclui ceratose seborréica, particularmente em indivíduos mais velhos. Em algumas campanhas a ceratose seborréica é a lesão mais comum com a qual os adultos se apresentarão aos médicos<sup>(18)</sup>.

O mais importante fator isolado de recorrência e prognóstico de melanoma é a profundidade de invasão da lesão. Outros fatores prognósticos incluem ulceração, regressão, nível de invasão de Clark, localização anatômica e fase de crescimento radial ou vertical da lesão. Destes o mais significativo é a ulceração<sup>(5)</sup>.

Melanoma *in situ* é um diagnóstico específico de lesões com aspectos histológicos semelhantes aos descritos para melanoma, mas confinados a epiderme e epitélio anexial. O melanoma *in situ* é uma lesão que pode ser tratada efetivamente com cirurgia conservadora, e quando a lesão é removida na sua totalidade não influencia na sobrevida do indivíduo<sup>(5)</sup>.

Nos últimos 20 anos a proporção de tumores removidos em estágios iniciais tem sido maior, principalmente em países onde há programas educacionais dirigidos à profissionais da área médica e à população em geral. Nestes países a taxa de sobrevida em 5 anos partiu de 40% em 1940 à próximo de 90% atualmente.

## 6. CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos neste trabalho podemos concluir que:

# Os cirurgiões gerais e dermatologistas são os profissionais médicos mais encontrados como solicitantes de biópsia dos casos com suspeita clínica de melanoma.

# Os especialistas em dermatologia apresentam pleno conhecimento das lesões que entram no diagnóstico diferencial com melanoma maligno, em contraste com os cirurgiões gerais que não demonstram conhecimento tão apurado no que diz respeito a estas lesões.

# Observa-se uma grande preocupação entre os profissionais médicos em incluir o melanoma maligno como hipótese diagnóstica de lesões melanocíticas. Existe uma habilidade maior por parte dos dermatologistas e cirurgiões especializados em diagnosticar clinicamente o melanoma maligno cutâneo.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Dick OW, Santos MLR, Santos FAR, Frischenbruder JA, Costa PG, Rocha VHB. Melanoma Maligno: Idade X estadiamento clínico. Estudo Retrospectivo de 61 casos. *An Bras Dermatol* 1989; 64(3):151-3.
2. Lucas EA, Deps PD, Lima JGB, Toribio R, Gomes CC. Melanoma Maligno: estudo causuístico retrospectivo de 1982 a 1992, no Hospital Universitário da UFES. *Arq Bras Med* 1994; 68(2):67-70.
3. VenegasLPF, Flores C, Blacher GG, Daudt AW, Cerski CTS. Melanoma maligno cutâneo no Rio Grande do Sul: estudo de 101 casos. *Rev Med Bras* 1992; 38(3):122-6.
4. Eberhard P. Malignant melanoma. *Arch Dermatol* 1990; 126:540-1.
5. NIH Consensus Development Panel on Early Melanoma. Diagnosis and Treatment of Early Melanoma. [Consensus Conference]. *Jama* 1992; 268:1314-9.
6. Azevedo G, Mendonça S, Garrido R. Câncer de pele no Brasil: uma abordagem epidemiológica. *Med Cut ILA* 1994; 22:375-9.
7. Ferreira CMM, Macieira JMP, Coelho JMCO. Análise imunohistopatológica, clínica e evolutiva dos melanomas. *An Bras Dermatol* 1997; 72(2):117-26.
8. Castro LGM, Toyama CL, Gomes AP, Freire MA, Britto TF. Câncer de pele em clínica particular em São Paulo –SP. *An Bras Dermatol* 1996;71(6):471-6.
9. Gonçalves EC, Santos MAR, Gobbi H. Melanoma cutâneo: diagnóstico clínico X histopatológico. *Rev Assoc Med Bras* 1992; 38(4):201-3.

10. Azevedo G, Mendonça S. risco crescente de melanoma de pele no Brasil. *Rev Saúde Publ* 1992; 26(4):290-4.
11. Mélia J. Early Detection of Cutaneous Malignant Melanoma in Britain. *Int J Epidemiol* 1995; 24(1):39-44.
12. Nasser N. Epidemiologia do melanoma maligno em Blumenau – SC. *An Bras Dermatol* 1993; 68(1):17-20.
13. Newton JN, Redburn J. Incidence of melanoma in four English countries, 1989-92. *BMJ* 1995, 310(6978):502-3.
14. Puppin Jr D, Cavegn BM. Biópsias em melanoma maligno. *An Bras Dermatol* 1993; 68(3):141-3.
15. Metcaff JS. Melanoma: Criteria for Histological Diagnosis and Its Reporting. *Semin Oncol* 1996; 23(6):688-92.
16. Ramsay DL, Fox AB. The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses. *Arch Dermatol* 1991; 117:620-2.
17. Cassileth BR, Clark WH, Lusk EJ. How well do physicians recognize melanoma and other problems? *J Am Acad Dermatol* 1986; 14:555-60.
18. Marks R, Jolley D, McCormack C, Dorevitch AP. Who removes pigmented skin lesions? *J Am Acad Dermatol* 1997; 36(5):721-6.
19. Skender – Kalneas TM, Dallas R, Heenan PJ. Benign melanocytic lesion: Risk markers or precursors of cutaneous melanoma? *J Am Acad Dermatol* 1995;33(6):1000-7.
20. Nedel CA. Avaliação Clínico-Epidemiológica da Incidência de Melanoma Maligno Cutâneo no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. *An 53º Cong Bras Dermatol* 1998; 288.
21. Stephenson A, From L, Cohen A, Tipping J. Family physicians knowledge of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37(6):953-7.
22. Kopf AW, Salopek TG, Slade J, Maghoob AA, Bart RS. Detection of Skin Cancer. *Cancer* 1995; 75(2):684-90.

23. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Polano MK, Suurmond D, Wolff K. Atlas em Cores e Sinopse de Dermatologia Clínica – Doenças Comuns e Graves. 2 ed. Rio de Janeiro: Interlivros; 1992.
24. Kenet RO, Kang S, Kenet BJ, Fitzpatrick TB, Soleer AJ, Banirill RL. Clinical diagnosis of pigmented lesions using digital epiluminescence microscopy; groudignn protocol an atlas. Arch Dermatol 1993; 129:157-74.
25. Akasu R, Sugiyama H, Araki M, Ohtake N, Furue M, Tamaki K. Dermatoscopic and videomicroscopic features of melanomcytic nevi. Am J Dermatopathol 1996; 18:10-7.
26. Binder M, Schwaz M, Winkler A, Steiner A, Kaider A, Wolff K, et al. Epiluminescence microscopy. A useful tool for the diagnosis of pigmented skin lesions for formally trained dermatologists. Arch Dermatol 1995; 131:286-91.
27. WolffK, Binder M, Pehamberger H. Epilumunescence microscopy: a new aproach to the early detection of melanoma. Adv Dermatol 1994; 9:45-56.
28. Lindelöf B, Hedblad MA. Accuracy in clinical diagnosis ang pattern of malignant melanoma at a dermatological clinic. J Dermatol 1994; 21(7):461-4.
29. Johonson TM. Current Terapy for Cutaneous Melanoma. J Am Acad Dermatol 1995; 32:689-707.



## RESUMO

Em estudo prévio realizado nesta instituição, observou-se que grande parte dos casos de melanoma foram diagnosticados em estágios avançados de evolução, cujo prognóstico é pouco favorável. O objetivo deste trabalho é observar a habilidade dos profissionais médicos em diagnosticar clinicamente o melanoma maligno, bem como observar os diagnósticos diferenciais apresentados e as especialidades médicas encontradas como solicitantes de biópsia. Foram selecionados 351 casos com suspeita clínica de melanoma maligno e seus laudos histopatológicos, além de 81 casos de melanoma confirmados pela histopatologia e suas hipóteses clínicas. Os cirurgiões gerais foram os especialistas mais comumente encontrados como solicitantes de biópsia. Os especialistas em dermatologia apresentaram pleno conhecimento das lesões que entram no diagnóstico diferencial com melanoma maligno, em contraste com os cirurgiões gerais que não demonstram conhecimento tão apurado no que diz respeito a estas lesões. Observa-se uma grande preocupação entre os profissionais médicos em incluir o melanoma maligno como hipótese diagnóstica de lesões melanocíticas. Dentre os casos com suspeita clínica de melanoma, o acerto diagnóstico foi maior entre os cirurgiões especializados (28,5%). Nos casos cujo melanoma encontrava-se como primeira hipótese houve maior acerto entre os dermatologistas (52%). Analisados os casos de melanoma confirmados pela histopatologia, houve maior acerto diagnóstico entre os dermatologistas (88,4%), já naqueles com melanoma como primeira hipótese houve maior acerto entre os cirurgiões especializados (71,4%). Existe uma

habilidade maior por parte dos dermatologistas e cirurgiões especializados em diagnosticar clinicamente o melanoma maligno cutâneo.

## SUMMARY

In a previous study performed in this institution, it was observed that a large number of melanoma cases were diagnosed on advanced levels of development in which the prognosis was less favorable.

The aim of the project is to observe the ability of professional physicians in clinically diagnosing the malignant melanoma, as well as looking at differential diagnoses and medical specialities of those requesting biopsies.

A total of 351 cases with clinical suspicion of malignant melanoma were selected and their histopathologic reports, in addition to 81 cases of melanoma confirmed by histopathology and clinical hypotheses. General surgeons were the practitioners who most frequently requested a biopsy. Dermatology specialists show complete knowledge about lesions that appear in the differential diagnosis with malignant melanoma in contrast to general surgeons that show little knowledge concerning those lesions.

There is a deep concern among practitioners in including the malignant melanoma as a diagnostic hypothesis of melanocytic lesions.

Of all the cases where melanoma was clinically suspected the correct diagnosis was made in a proportion among specialized surgeons (28,5%). In cases in which melanoma was found as the first hypothesis, dermatologists had the highest percentage of correct diagnosis (52%). When melanoma cases confirmed by histopathology were analyzed, dermatologists also had the highest rate of accuracy (88,4%), but for those with melanoma as the first hypothesis specialized surgeons were the most correct (71,4%).

Dermatologists and specialized surgeons show great ability in diagnosing cutaneous malignant melanoma.

**TCC  
UFSC  
CC  
0201**

**N.Cham. TCC UFSC CC 0201**  
**Autor: Soares, Cláudia Be**  
**Título: Melanoma maligno : Diagnóstico**



972805751

Ac. 253023

**Ex.1**

Ex.1 UFSC BSCCSM