

MELANOMA

- ☉ Tumor maligno com origem nos melanocitos – células da camada basal da epiderme. Depois que eles migram pra camada basal, a origem é na crista neural. Podemos ter melanoma em outros sítios como na coróide, pq temos melanocitos no globo ocular.
- ☉ 4 a 5% das neoplasias malignas da pele e tem comportamento bem agressivo pela alta chance de metástase. Predomínio nos adultos jovens de 20-50 anos de idade.
- ☉ Cerca de 75% originam-se de pele normal (melanoma de novo) e 25% originam-se de nevo pré-existente.
- ☉ A sobrevida esta muito relacionada ao estagio da doença e depende da profundidade da lesão na pele (índice de Breslow) – é o mais forte fator prognostico do melanoma. Quanto maior o breslow, pior o prognostico do paciente. Existem outros fatores envolvidos no prognostico, mas esse é o principal.
- ☉ Bom prognostico e alta possibilidade de cura – tem que ser feito o diagnostico precoce.
- ☉ INCA 2012 – estimativa de novos casos 6230 sendo mais homens.
- ☉ Maiores taxas na região sul, baixa incidência e alta letalidade. Nos últimos anos temos tido melhora na sobrevida, pq existem mais programas, focando a importância da proteção solar, etc.
- ☉ A mortalidade vinha aumentando ate 1995, mas vem estabilizado pelo diagnostico mais precoce.
- ☉ O objetivo é o dx precoce e tratamento adequado. A incidência tem aumentado, mas queremos diminuir a mortalidade.

- ☉ FATORES DE RISCO
- ☉ Historia familiar, Historia pessoal, Cabelos claros, Olhos claros, fototipos I e II, exposição solar (queimadura solar), pele actinica, síndrome do nevo atípico, múltiplos nevos (mais de 50 nevos), nevo atípico, nevo congênito, efelides na infancia, bronzamento artificial, imunossupressão.
- ☉ Principais fatores de risco – historia familiar quando tem mais ou igual a 3 familiares de primeiro grau afetados – risco aumenta em 35-70x.
- ☉ Múltiplos nevos benignos (mais de 100) – aumenta o risco em 6.3x
- ☉ Múltiplos nevos atípicos – aumenta a chance 11x (aspecto em ovo frito – centro mais escuro e periferia mais clara)
- ☉ Melanoma prévio – aumenta o risco 8,5x

- ☉ DIAGNOSTICO
- ☉ Clinico e dermatoscopia. Microscopia confocal muito recente, não é ainda muito usado.
- ☉ Dx clinico é feito a olho nu e a acuracia é de 65 a 80% dependendo da experiência do examinador.
- ☉ Outros métodos – dermatoscopia, microscopia confocal, histopatologia (padrão ouro).

☉ SINTOMAS

- ☉ Mudança do aspecto da lesão pré existente – cresceu, sangrando, mudou de cor, escureceu.
- ☉ Aparecimento de lesão pigmentada irregular – lesão nova.

☉ SINAIS

- ☉ Aumento do diâmetro ou espessura da lesão, mudança de cor ou variação no padrão de pigmentação, prurido, sangramento, ulceração.

☉ LOCALIZAÇÃO

- ☉ Pele, couro cabeludo, região palmo-plantar e subungueal, mucosas.
- ☉ Variação de acordo com sexo e raça:
 - Homens brancos – tronco, dorso superior
 - Mulheres brancas – pernas e tronco
 - Negros e asiáticos – região palmo-plantar, unhas e mucosas.

☉ ABCD

- ☉ Assimetria, bordos irregulares, 2 ou mais cores, diâmetro maior ou igual a 6mm.
- ☉ EFG (para lesões nodulares)
- ☉ Elevadas, firmes (endurecidas), Growing (estão crescendo).
- ☉ Papula pigmentada, lesão suspeita- fotografar e seguir em 3 meses, se modificou vamos retirar (isso da lesão plana). Mas a lesao elevada não podemos acompanhar, pq o melanoma nodular é o mais agressivo. Então toda papula suspeita temos que retirar pq aumenta muito rapidamente. E se esperarmos esses 3 meses, podemos mudar o prognostico do paciente.
- ☉ ***Toda lesão elevada, papulosa, nodular suspeita – temos que retirar!!!***
- ☉ Assimetria – fazemos um eixo no maior perpendicular e no outro tbm.
- ☉ Cores diferentes – castanho, vermelho, azul, preto.

☉ DIAGNOSTICO

- ☉ Com o dermatoscopia aumentamos a acuracia em 85 a 93% para dermatologistas experientes.
- ☉ Outro recurso importante e muito utilizado – mapeamento corporal com dermatoscopia digital – armazenamos as imagens, fazemos dermatoscopia e seguimos o paciente ao longo do tempo.
- ☉ Mapeamento – fotografa lesão por lesão.

☉ DERMATOSCOPIA

- ☉ Lente com aumento de 10 a 20x, analisamos cores e estruturas, diferenciando lesões pigmentadas benignas e malignas, acuracia aumenta em 10 a 20%. Diminuímos em 33% as biopsias desnecessárias. Diminuímos a chance de exereses de lesões benignas.

☉ SUBTIPOS

- ☉ Melanoma Extensivo superficial
- ☉ Melanoma Nodular

- ☉ Melanoma Acral lentiginoso
- ☉ Melanoma Lentigo maligno – geralmente em face, muito difícil de diferenciar de ceratose actínica pigmentada, ceratose seborreica, lentigo solar.

☉ EXTENSIVO SUPERFICIAL

- ☉ Mais comum, representando 70% dos casos. Pode vir de um nevo pré-existente comum ou atípico (25%) ou lesão de novo (75%).
- ☉ Evolução é de 1 a 5 anos, mais frequente em perna de mulheres e dorso dos homens.
- ☉ Idade de 30 a 60 anos e clinicamente é uma macula pigmentada irregular que cresce progressivamente e muda de aspecto ao longo do tempo.
- ☉ Nódulos, sangramento ou ulceração – significa que o breslow é maior, então já pode ter um crescimento vertical – prognóstico pior, e queremos diagnosticar antes.
- ☉ **Nevo atípico** – a diferença pro nevo comum é que ele tem irregularidades, atípias, inicialmente pode ser difícil de diferenciar de melanoma superficial. **Não é maligno**, mas é marcador de risco para melanoma. A presença de 1 nevo displásico aumenta a chance do indivíduo de desenvolver melanoma. É fator de risco para melanoma.
- ☉ Começa crescendo radialmente e depois aprofunda.
- ☉ O melanoma nodular não cresce radialmente, só tem crescimento vertical.
- ☉ É melhor fazermos o diagnóstico na fase de crescimento radial e não vertical.

☉ NODULAR

- ☉ 2º tipo mais comum, 15 a 30%. O mais comum é o de novo, tem evolução muito mais rápida do que o extensivo superficial, geralmente tronco, cabeça e pescoco, 5ª e 6ª década, mais nos homens.
- ☉ Nódulo ou papula enegrecida, azulada ou amelanótica, já começa nodular, não tem fase previa de crescimento radial.
- ☉ Sempre que possível fazer biópsia excisional.

☉ ACRAL LENTIGINOSO

- ☉ Mais frequente em negros, asiáticos 35 a 60%, acometendo brancos em 2%
- ☉ Não há predileção por sexo, evolução de meses a vários anos, média de 2,5 anos. Diagnóstico mais tardio, pq são áreas que não vemos muito – palmo-plantar, extremidades digitais, mucosas, semi-mucosas.
- ☉ 7ª década de vida. Macula negra ou acastanhada, superfície hiperqueratósica, ulceração.
- ☉ Quando subungueal – acomete mais o polegar e hálux, cor negra ou marrom proximal, sinal de Hutchinson, 15% amelanóticos.
- ☉ Melanoniquia – facilita a suspeita de melanoma – acomete uma unha só, na onicomicose mais de uma unha é acometida, melanoma é mais irregular.
- ☉ O normal da pele é ter pigmentação de sulco e não de crista. Se tiver pigmentação de crista é suspeita de melanoma.
- ☉ 2 melanomas ao mesmo tempo = sincrônico.

☉ LENTIGO MALIGNO

- ☉ 4 A 15% dos casos, mais frequente em face –nariz e malar, pode ter em outros locais tbm.
- ☉ Evolução bem longa, lenta, 5 a 15 anos, mais em idosos com fotoenvelhecimento.
- ☉ Planas e pigmentadas, geralmente de bom prognostico.
- ☉ ***A diferença entre lentigo maligno e lentigo maligno melanoma – lentigo maligno é in situ e quando é lentigo maligno melanoma já é invasivo.***

☉ CONDUTA

- ☉ Na suspeita clinica vamos fazer biopsia.
- ☉ Procurar estrutura romboidal e obliteração de folículo – melhor local para fazer biopsia quando a lesão é muito grande. São áreas que sugerem melanoma.
- ☉ Biopsia sempre que possível excisional. Vamos sempre encaminhar o fragmento para anatomopatológico e ai sim vamos ver o prognostico.
- ☉ Principal fator prognostico é o Breslow.
- ☉ Ulceração e índice mitótico tbm entram no estadiamento e metástase linfonodal.
- ☉ Melhor prognostico → diagnostico precoce, pacientes jovens, sexo feminino e lesões em extremidades.

☉ ESTADIAMENTO

- ☉ 2009 AJCC – estudo prospectivo, multicêntrico com 38.918 pacientes.
- ☉ **Estádios I e II** – melanoma localizado, sem metástase sistêmica ou regional.
- ☉ **Estádio III** – metástases regionais (linfonodais e ou satelitose ou metástase em transito)
- ☉ **Estádio IV** – metástases à distancia.
- ☉ Saber I e II sem mx, III com linfonodo acometido, IV mx a distancia.

☉ Tis – melanoma in situ

- ☉ T1 – menor ou igual a 1mm
 - a: sem ulceração e 0 mitoses
 - b: com ulceração ou maior ou igual a 1 mitose
- ☉ T2 – 1,01 a 2mm
 - a: sem ulceração
 - b: com ulceração
- ☉ T3 – 2,01 a 4mm
 - a: sem ulceração
 - b: com ulceração
- ☉ T4 – maior de 4mm
 - a: sem ulceração
 - b: com ulceração

- ⊗ **A espessura é o valor do Breslow. Menor de 1mm é melanoma fino e maior de 1 mm é melanoma espesso.**
- ⊗ Para melanoma fino, tbm entra como fator de risco, a mitose, os melanomas grossos, só entram ulceração.
- ⊗ Breslow – fator prognostico mais importante nos melanomas localizados. Ele que vai nortear a estratificação de T.

- ⊗ **MELANOMA IN SITU**
- ⊗ Melanocitos atípicos confinados à epiderme, não há comprometimento da MB basal. Pode ter disseminação pagetoide pela epiderme, com MB intacta.

- ⊗ **INDICE DE BRESLOW**
- ⊗ Menor de 1mm – melanoma fino. Para prognostico, tbm entra numero de mitoses.
- ⊗ Maior de 1mm – melanoma espesso. Para prognostico só entra ulceração.
- ⊗ Determina espessura tumoral, dimensão vertical a partir do ponto mais profundo de invasão ao topo da camada granulosa ou à célula mais superficial em caso de ulceração (ocular micrométrica).

- ⊗ **ULCERAÇÃO**
- ⊗ Segundo fator prognostico mais importante nos melanomas localizados. Melanomas maiores de 1mm – maior risco de metástase pq já são melanomas espessos. Define os subtipos a e b de T.

- ⊗ **NUMERO DE MITOSES POR MM2**
- ⊗ Fator preditivo de sobrevida apenas nos melanomas finos, depois do Breslow e ulceração é o principal fator prognostico, define os subtipos a e b de T1.

- ⊗ **NIVEL DE CLARK**
- ⊗ Não esta sendo mais usado atualmente.
- ⊗ **Nível I – crescimento intra-epidêmico**
- ⊗ **Nível II – invasão da derme papilar**
- ⊗ **Nível III – invasão do limite derme papilar e reticular**
- ⊗ **Nível IV – invasão da derme reticular**
- ⊗ **Nível V – invasão do TCS.**
- ⊗ Não será mais utilizado para categorização T, a menos que não haja dados sobre mitoses. O impacto estatístico menor que Breslow, ulceração e mitoses.

- ⊗ Tx – tumor não classificável ou primário desconhecido. Ex paciente que fez bx de intestino e veio melanoma e não conhecemos o sitio primário.
- ⊗ Múltiplos melanomas primários – classificação de T segundo a lesão primaria de pior prognostico.

- Ⓜ MELANOMA COM SITIO PRIMARIO DESCONHECIDO
- Ⓜ Doença metastática sem evidencia de acometimento cutâneo primário. Incidência de 1 a 15%. Pode ser uma lesão que algum dermatologista tirou e não mandou para análise. E depois o paciente aparece com metástase. Qualquer lesão retirada, deve ser mandada para AP.
- Ⓜ Satelitose – metástase com distancia menor de 2cm da lesão primaria.
- Ⓜ Melanoma primário cutâneo, com aparência clinica de lesão benigna.
- Ⓜ O melanoma pode ter existido e regrediu. Um dos achados dermatoscopicos é a cicatriz, área branca e peppering.

- Ⓜ N – LINFONODOS
- Ⓜ N1 – 1 linfonodo acometido
 - a: micrometastases (LNS)
 - b macrometastases
- Ⓜ N2 – 2 a 3 linfonodos acometidos
 - a: micrometastases (LNS)
 - b: macrometastases
 - c: satelitose ou metástase em transito sem linfonodos acometidos
- Ⓜ N3 – 4 ou mais linfonodos acometidos ou metástases em transito ou satelitose com linfonodos metastáticos.
- Ⓜ O numero de linfonodos acometidos que define o estágio III.

- Ⓜ **Micrometastases x macrometastase**
- Ⓜ **Micrometastase** – apenas pela patologia, linfonodo sentinela acometido. Apenas pela patologia, inclusive IHQ.
- Ⓜ **Macrometastase** – palpamos o linfonodo ou já há extravasamento extracapsular. Doença palpada clinicamente. Clinicamente ou patologia com extensa infiltração extra-capsular.

- Ⓜ **SATELITOSE** – nódulos azulados, endurecidos, próximos do tumor primário. Se tiver ate 2cm da cicatriz é satelitose, se tiver alem dos 2cm é **metástase em transito**.
- Ⓜ Quando tem satelitose ou metástase em transito já é N2c.
- Ⓜ Meta linfonodal + intralinfatica = pior prognostico N3.
- Ⓜ **Perfusão** isolada de membros – usada quando há metástase em transito.
- Ⓜ **Infusão** tbm é usada.
- Ⓜ Quanto maior o numero de linfonodos acometidos, pior o prognostico.

- Ⓜ METASTASES
- Ⓜ M1a – pele distante, SC ou metástases linfonodais. DHL normal.
- Ⓜ M1b – metástase pulmonares, DHL normal
- Ⓜ M1c – todas outras vísceras com DHL normal, ou qualquer metástase a distancia com DHL elevado.
- Ⓜ (saber que na metástase sistêmica, DHL entra como fator prognostico)

- Ⓜ Estagio IV – doença avançada – o **local mais frequente de metástase é pele, subcutâneo e linfonodo, depois pulmão** e depois cérebro, osso, intestino, fígado (mais ou menos no mesmo patamar).
- Ⓜ Melhor prognóstico para metástases cutâneas, subcutâneo ou linfonodo, do que pulmão do que cérebro.
- Ⓜ Pele, TCS, linfonodos 62%, pulmão 53%, outras metástases viscerais 33%.
- Ⓜ TRATAMENTO
- Ⓜ Identificar lesão primária, biopsia, estadiamento, ampliação de margens, linfonodo sentinela.

- Ⓜ BIOPSIA
- Ⓜ Tipo excisional – sempre que possível.
- Ⓜ Incisional – bisturi, punch, shaving.
- Ⓜ Orientação – longitudinalmente nos membros.
- Ⓜ Margens da biopsia – 1 a 3 mm. Até TCS.
- Ⓜ Não posso fazer margem grande pq se eu tiver que fazer linfonodo sentinela, vai me prejudicar.
- Ⓜ Se a lesão for muito grande, aí vamos fazer incisional, em fuso.
- Ⓜ Se a lesão for em extremidades, sempre que formos remover, temos que remover LONGITUDINAL. Se tirarmos do modo contrário, prejudica a realização do linfonodo sentinela.
- Ⓜ Lesão suspeita – sempre ir até TCS.

- Ⓜ HISTOPATOLOGIA
- Ⓜ Diagnóstico – melanoma, subtipo – extensivo superficial, lentigo maligno, acral, etc.
- Ⓜ Fase de crescimento – radial ou vertical.
- Ⓜ Breslow – principal fator prognóstico.
- Ⓜ Ulceração – muito importante no prognóstico.
- Ⓜ Clark – não é mais usado.
- Ⓜ Índice mitótico – tbm é fator prognóstico para melanomas finos.
- Ⓜ Invasões – vascular, linfática e perineural.
- Ⓜ Infiltrado inflamatório – intratumoral e peritumoral.
- Ⓜ Áreas de regressão,
- Ⓜ Nódulos satélites
- Ⓜ Margens livres ou comprometidas.

- Ⓜ AMPLIAÇÃO DE MARGENS
- Ⓜ Melanoma in situ – margem de 0,5mm a 1cm (geralmente 0,5cm)
- Ⓜ Melanoma fino (menor de 1mm) – 1cm de margem
- Ⓜ Breslow entre 1 e 2mm – 1cm de margem
- Ⓜ Breslow entre 1 e 4mm – 2cm de margem (pode ser os dois jeitos)
- Ⓜ Breslow maior de 4mm – 2cm de margem
- Ⓜ **Logo a margem de ampliação varia de 0,5 a 2cm.**
- Ⓜ Mohs é usado para CEC e CBC e não para melanoma.

- Ⓢ Nos planos internos nunca usar fios nylon pretos, sempre transparente.
- Ⓢ Evitar reconstruções com retalhos múltiplos, pois as áreas com risco de recidiva podem deixar de possuir sua orientação anatômica.
- Ⓢ Monocryl, PDF – são os mais usados no subcutâneo.
- Ⓢ Não podemos usar fio preto no subcutâneo pq o pontinho azulado nunca vamos saber se é recidiva ou ponto extruindo.

- Ⓢ LINFONODO SENTINELA
- Ⓢ Indicado quando Breslow for maior ou igual a 0,76mm. Hoje em dia esta sendo mudado para 1mm.
- Ⓢ Ou abaixo de 0,76mm com ulceração e ou mitose.
- Ⓢ No AC Camargo, a maioria usa como corte o Breslow de 1mm.
- Ⓢ Linfonodo sentinela negativo, vamos fechar e continuamos acompanhando o paciente. Já se vier positivo, vamos fazer esvaziamento linfonodal.
- Ⓢ O objetivo do linfonodo sentinela é evitar uma linfadenectomia radical e detectar precocemente metástases linfonodais.
- Ⓢ O linfonodo sentinela é o primeiro linfonodo na base linfonodal para qual o melanoma primário drena. Podemos ter mais de um linfonodo sentinela e vamos retirar todos corados para fazer anatomia e pesquisa.
- Ⓢ Vamos fazer a bx excisional, o AP veio melanoma com breslow de 0,8mm com 2 ulceracoes e 2 mitoses por mm2. Então vamos encaminha-lo para linfocintilografia com tecneio –isso é feito um dia antes da cirurgia. No dia da cirurgia vamos injetar azul patente, elevar o membro e esperar uns minutos. Vamos colocar um aparelho PROB e vamos ver onde da o sinal maior. Vamos abrir, retirar o linfonodo azul e mandar para AP, HE, imunohistoquímica.
- Ⓢ A associação de azul patente e cintilografia aumenta a sensibilidade.
- Ⓢ T1a – linfonodo sentinela ausente – sobrevida livre de doença em 5 anos – tratei o doente, ele não tem mais doença e vamos acompanhar – linfonodo negativo 94% e positivo 64%. O linfonodo não mostra sobrevida global, mas sobrevida livre de doença;

- Ⓢ LINFOCINTILOGRAFIA PRE OPERATORIA
- Ⓢ Identificamos o linfonodo sentinela em relação aos demais linfonodos na base linfonodal. Estimamos o número de LNS na base linfonodal que deve ser procurado no intraoperatorio. Isso um dia antes.
- Ⓢ No dia da cirurgia vamos injetar azul patente, massagem, eleva o membro, procura com o PROB e faz incisão sobre o local marcado.

- Ⓢ ESTADIO III
- Ⓢ Podemos utilizar como tratamento – INF.
 - Estádio III – já temos linfonodos acometidos.
 - Estádio IV – metástase a distancia.

ESTADIO IV

- Se há metástase em trânsito – vamos retirá-la e vamos acompanhar o doente.
- Perfusão do membro é uma das opções.
- Radioterapia pode ser usada para metástase única em SNC.
- Tratamento para estágio IV – metástase sistêmica.
- Dacarbazina – DTIC – sobrevida global de 7 a 10% é pouco usada atualmente com novas outras drogas.
- Interleucina 2 em altas doses – aumenta sobrevida global para 10%, mas é muito tóxica e geralmente o paciente não tolera.
- Ipilimumab** (anti CTLA4) – sobrevida global maior de 20% - age no sistema imunológico que vai destruir o tumor, tem efeito mais duradouro, mas demora mais para agir. Efeitos colaterais manejáveis – colite, diarreia, rash cutâneo.
- Vemurafenib** – age em 15 dias e tem efeito menos duradouro. Inibidor do BRAF. Então deve ser usado nos pacientes com mutação de BRAF, senão não fará efeito. 60% dos melanomas tem essa mutação. Ele tem efeito mais rápido e menos duradouro, sobrevida global de 15% nos pacientes com BRAF mutado V600E. Há casos de pacientes que usam esse remédio e desenvolvem melanoma, pq bloqueia uma via e ativa outra. Tem que ser analisado. Tratamento por aproximadamente 2 meses. O efeito dura uns 2 anos e começa a redividir.
- Radioterapia é mais para metástase cerebral localizada.
- Esses medicamentos novos são muito caros e tem que entrar com ação judicial. E eles tem que não responder à dacarbazina. Então dá esse medicamento e já entra com ação.

CONCLUSÕES

- Nossa ação é diagnóstico precoce, clínico, dermatoscopia, microscopia confocal.
- Biópsia excisional sempre que possível.
- Pesquisa de linfonodo sentinela se Breslow maior ou igual a 0,76 ou menor de 0,76 com ulceração e mais ou igual a uma mitose por campo.
- Linfonodo sentinela positivo – linfadenectomia.

MELANOMA E GRAVIDEZ

- A gravidez não exerce efeito desfavorável no prognóstico do melanoma, que continua sendo determinado pela espessura do tumor. Não é indicado aborto. Não há evidências que a interrupção da gestação altere o prognóstico da mãe.
- Evitar a gravidez por 2 anos após a excisão se for melanoma espesso.
- Durante a gravidez os nevos ficam mais escuros, alteram de tamanho e forma, mas não há chance de malignização maior.

MELANOMA INFANTIL

- História natural é a mesma do adulto. Breslow é o fator prognóstico mais importante.
- 0,3 a 0,4% ocorrem na idade pré-puberal.
- 2% dos melanomas ocorrem abaixo dos 20 anos.

- ⊗ Fatores de risco – nevo congênito gigante, nevos atípicos, xeroderma pigmentoso, imunodeficiência e histórico familiar da doença.
- ⊗ Tratamento essencialmente cirúrgico.
- ⊗ ***Microscopia confocal*** – como se fosse biópsia virtual. Tem no AC Camargo e Santa Casa. Vemos o exame em preto e branco e vemos detalhe de célula. Exame complementar, esta entre a dermatoscopia e a histopatologia. Dura 15-20min por lesão, não dá para fazer em tudo. Fazemos o mapeamento, na lesão que não temos certeza, se tem característica de nevo atípico, vamos encaminhar para microscopia confocal. Vemos irregularidade de papila, vamos escanear toda a lesão em plano horizontal. Exame de imagem, não invasivo, preto e branco e vemos detalhe de células. Dermatoscopia vemos estrutura e cor, microscopia confocal vemos célula – chamamos de bx virtual. Não substitui o AP. aumenta ainda mais a acurácia, além da dermatoscopia.

⊗ NEVO DISPLÁSICO

- ⊗ Marcador de risco para melanoma. A prevalência de 2 a 18% da população dos caucasianos, mais em jovens 30-40 anos.
- ⊗ Pode ser chamado de nevo atípico ou displásico.
- ⊗ Assimetria, bordos irregulares, múltiplas cores, diâmetro maior ou igual a 6mm. Tem elevação – aspecto maculo-papuloso com aparência de ovo frito.
- ⊗ Mais comum em indivíduos com múltiplos nevos, sendo que a maioria é comum, mas um ou outro podem ser displásicos.
- ⊗ Tem componente maculoso e papuloso no centro – aparência de ovo frito.
- ⊗ SINDROME DO NEVO DISPLÁSICO
- ⊗ Acima de 100 nevos, 1 ou mais com diâmetro acima de 8mm, 1 ou mais com características clínicas de nevo displásico – aumenta o risco de desenvolver melanoma.
- ⊗ Vamos fazer mapeamento.
- ⊗ A maioria dos 100 nevos é comum. Se ele tiver um ou mais acima de 8mm ou com características clínicas de nevo displásico – ele entra na síndrome do nevo atípico ou displásico.
- ⊗ Vamos marcar lesão por lesão e fazer dermatoscopia em todas as lesões acima de 2 mm.
- ⊗ DERMATOSCOPIA
- ⊗ Rede pigmentar atípica – focal e proeminente. Tem terminação abrupta, pode ter pigmentação difusa irregular ou despigmentação irregular central e ou periférica.
- ⊗ Rede atípica focal, mais proeminente, pode ter áreas de despigmentação.

- ⊗ Geralmente os **glóbulos marrons** são de tamanhos e formatos variados e de distribuição irregular.
- ⊗ **Pontos pretos** são raros, distribuídos regularmente.
- ⊗ Estrias radiadas, pseudopodes e véu azul esbranquiçado – são raros em nevos atípicos, mas comuns nos melanomas.
- ⊗ Ele não vira melanoma, a minoria vira melanoma 25%. Mesma chance de um nevo comum. Paciente com sd do nevo atípico, a chance de desenvolver melanoma de novo é maior do que em quem não tem a síndrome do nevo displásico.
- ⊗ O nevo displásico tem seu pico com 25 a 30 anos – adultos jovens.
- ⊗ Não tem estria, pseudopode, véu azul esbranquiçado. Tem rede mais proeminente, glóbulos assimétricos e área de hipopigmentação.
- ⊗ Pela dermatoscopia pode se parecer muito com melanoma.
- ⊗ Lesão em paciente que não tem nenhum nevo e só tem ela – vamos tirar – sinal do patinho feio.
- ⊗ Se essa lesão estiver em paciente com sd do nevo atípico e outras lesões com dermatoscopia muito semelhante – vamos fazer mapeamento corporal com dermatoscopia digital – retorno em 3 meses. O melanoma vai modificar e o nevo displásico vai continuar sendo acompanhado.
- ⊗ Clinicamente são muito parecidos. Não tem como saber – ou tira ou acompanha. E acompanhar tem que refotografar em 3 meses.
- ⊗ Não vou acompanhar com tem lesão elevada – já vou retirar.
- ⊗ Lesão clínica e dermatoscopicamente suspeita – lesão única no paciente, vamos retirar.
- ⊗ Lesão atípica única e ou com história de mudança, podemos retirar ou reavaliação clínica e dermatoscopia em 2-3 meses (imagens digitais seriadas) – curto prazo.
- ⊗ Síndrome do nevo displásico – mapeamento corporal total + dermatoscopia digital – vamos repetir com 4-6 meses e depois acompanhamento anual.

- ⊗ **MAPEAMENTO CORPORAL TOTAL COM DERMATOSCOPIA DIGITAL**
- ⊗ Detecção precoce do melanoma.
- ⊗ Em pacientes de alto risco – múltiplos nevos, SNA.
- ⊗ Minimizar exérese desnecessária de lesões benignas
- ⊗ Exérese profilática – não recomendada (75% dos casos é melanoma de novo – não adianta retirar um monte de lesão)
- ⊗ Não monitorar lesões atípicas elevadas.
- ⊗ **Mapeamento corporal total** – consiste na foto de toda superfície corpórea em posições padronizadas. No seguimento – sempre comparar a foto macroscópica com o paciente para ver as lesões antigas e outras novas. Fotofinder = nome do aparelho. Macroscopia de toda superfície corpórea, glúteo, couro cabeludo, palmas e plantas.
- ⊗ **Dermatoscopia digital** – vamos incluir todas as lesões melanocíticas acima de 2mm – nevos atípicos ou comuns pq ambos podem evoluir para melanoma.
- ⊗ Vamos puxar as setinhas e vamos marcando um a um.
- ⊗ Pacientes de alto risco – retorno de curto prazo 4-6 meses. Pq a diferença é muito sutil entre melanoma e nevo atípico.

- Ⓢ Longo prazo – melanomas de crescimento lento, vai tendo alterações dermatoscópicas muito lentamente. Transformação de nevos ou melanoma de novo.
 - Ⓢ Lesões benignas permanecem estáveis e as malignas apresentam modificação ao longo do tempo.
 - Ⓢ **Featurelles melanoma** – não parece melanoma. Retiramos pq ele modificou com 3 meses. Mas não tem nenhuma estrutura de melanoma. Só pegamos pq documentamos e perdeu estruturas.
 - Ⓢ **Slow-growing melanoma** – melanoma que não se parece. Tem crescimento muito lento.
 - Ⓢ A lesão pode crescer ou perder estruturas. Pode ter melanoma em nevo de reed tbm.
-
- Ⓢ NEVO DISPLASICO X MELANOOMA INICIAL
 - Ⓢ Diagnosticar sinal do Ugly-Duckling Sign – ouvir o paciente.
 - Ⓢ Historia clinica – alteração do aspecto, fatores de risco.
 - Ⓢ Dermatoscopia digital – seguimento das lesões ao longo do tempo.
 - Ⓢ Com isso conseguimos a redução do numero de lesões excisadas.
 - Ⓢ Geralmente o paciente tem 2 ou 3 grupos de padrão dermatoscopico que vão repetindo, se tiver algum diferente é o patinho feio – e vamos retirar.