

MELANOMA – Dra Michelle

→ **SINTOMAS:** mudança de aspecto de lesão pre existente; aparecimento de lesão pigmentada irregular

→ **SINAIS:** aumento do diâmetro ou espessura da lesão; mudança de cor e ou variação no padrão de pigmentação, prurido, sangramento, ulceração (início de novos sintomas).

→ Localização: pele, couro cabeludo, região palmo-plantar, subungueal e mucosas. Coróide = mando pro oftalmologista, de tendão = mando pro ortopedista oncológico. Esses outros melanomas são muito raros. As vezes identificamos aumento do volume local, com nódulo e na biópsia vem um melanoma. São casos bem raros.

→ Variação de acordo com sexo e raça:

homens brancos – dorso superior

mulheres brancas – pernas e tronco

negros e asiáticos – região palmo-plantar, subungueal e mucosas

→ Regras do ABCD – assimetria, bordos irregulares, 2 ou mais cores, diâmetro maior de 6mm.

→ Melanoma em dorso – crescendo em 2 anos. Lesão assimétrica, bordos irregulares, mais de 3 cores (preto, marrom claro e escuro). Benigna tem até 2 cores. Diâmetro maior de 6mm medido sempre no maior eixo. E – 'é o que o paciente relata.

→ **QUADRO CLÍNICO**

→ **Disseminativo superficial**

□ 70% dos casos, mais em brancos, pode ter lesão pre existente, nevo comum ou atípico e a evolução é de 1 a 5 anos e nas mulheres predomina em perna e homens em dorso alto. Mulher melanoma tem maior predomínio em dorso. Tipo extensivo superficial tem predomínio nas pernas, mas o melanoma em geral na mulher tem predomínio no tronco.

□ Acomete principalmente 30 a 60 anos (para todos os tipos de melanoma). Melanoma em criança é super raro. A idade média de melanoma em casos é de 4 a 6 anos.

□ Macula elevada, várias cores, bordos irregulares e diâmetro maior de 6mm.

□ Essa macula pode ter uma área mais branca do que a pele normal do paciente, que é uma área sugestiva de regressão. É onde identificamos áreas de regressão com maior facilidade.

→ **Melanoma Nodular**

□ 2º tipo mais comum (15 a 30%). Predomina de lesão de novo (não existia e surgiu). Mas também pode surgir de nevo pre existente.

□ Evolução rápida, 1 a 2 anos.

□ Predomínio em tronco, cabeça e pescoço, acomete qualquer idade, com média de 53 anos e se apresenta como nódulo ou papula enegrecida, azulada ou amelanótica, pode ser também polipoide.

□ Rede fragmentada irregular, totalmente espessa. O amelanótico não tem rede, vemos vasos irregulares de distribuição e formato irregulares, glóbulos e pontos de distribuição e formato irregulares e um padrão totalmente inespecífico, ou encontramos

a rede inversa.

- Nodular amelanotico 5% dos casos – diagnostico diferencial com CEC e CBC.
- Granuloma piogenico eu vejo lagos venosos na dermatoscopia e com isso diferencio do melanoma amelanotico. No melanoma tenho vaso em gavinha, vaso puntiforme, retilineo, tenho diversos tipos de vasos diferentes e não forma lago venoso, pode ter area de ulceracao e necrose, mas isso também é presente no granuloma piogenico.
- Angiomixoma não vejo lago venoso, vejo uma mancha rosada, as vezes azulada, mas tenhamais de uma mancha em um mesmo local, são areas rosadas e vao se conectando umas com as outras e com areas azuladas e as vezes arroxeadas no meio.

→ **Acral lentiginoso**

- acomete brancos em 2 a 8% dos casos, negros em 60 a 72% e asiaticos em 29 a 46%.
- evolucao de meses a anos, media de 2.5 anos.
- Acomete principalmente regioao palmo-plantar e subungueal.
- Idade ao redor dos 60 anos.
- Macula negra ou acastanhada – dx diferencial com tinea nigra. A superficie pode ser hiperkeratoticica ou ulcerada.
- O subungueal predomina no polegar e halux. Cor negra ou marrom proximal, sinal de Hutchinson positivo e 15% podem ser amelanoticos. O sinal de Hutchinson pode aparecer em nevo e melanoniquia, não é patognomonic, mas quando tenho melanoma subungueal geralmente este sinal esta presente.
- Sinal de Hutchinson = borramento da pele adjacente a unha – pode ser cuticula ou não.
- Biopsia: vamos abrir um buraco na unha e biopsiar. Podemos ver globulos de vários tamanhos totalmente irregulares, linha grossa e marrom interrompida, linhas finas paralelas que também se interrompem, não são continuas. Isso é tipico de melanoma.
- O problema é uma lesao que temos duvida se é nevo ou melanoma. Nestes a coloracao na dermatoscopia é amarronzada e na melanoniquia é azulada na dermatoscopia. Para tirar a duvida, rebatemos a unha e biopsiamos o leito.
- Quando uma lesao é benigna o pigmento predomina no sulco e poupa a crista. Se a lesao é maligna tenho pigmento na crista e o sulco é poupado ou borrado. Se borra sulco e crista é melanoma.
- A biopsia deve ser feita no leito para não estragarmos a matriz da unha. Se não tiver condicoes, vamos biopsiar a matriz.

→ **Melanoma lentigo maligno**

- 4 a 15% dos casos, acomete mais face, nariz e regioao malar.
- Tem uma evolucao longa de 5 a 15 anos. Eh o melanoma mais relacionado ao sol – areas fotoexpostas.
- Lesoes planas, pigmentadas e irregulares, bom prognostico e quando evolui com nodulos piora o prognostico.
- Areas de coloracao irregular em regioao malar.

- Melanoses grandes com uma area mais pigmentada no meio dela ou excentrica – olhar com dermatoscopio porque pode ser lentigo em fase inicial ou derrame pigmentar pos ATA ou algum outro procedimento estetico.
- Lentigo solar pode evoluir pra maligno.
- Dermatoscopia: há um modelo de progressao do lentigo. Ficar atento na abertura folicular. Quando ela esta intacta em um lentigo solar, e a coloracao do lentigo é marrom uniforme. No melanoma a abertura é totalmente preenchida por um pigmento negro e algumas aberturas o pigmento a invade. O lentigo muitas vezes precisa de atencao em fase inicial.
- Pode ter areas nodulares e com isso o risco de metastase é muito grande.

→ NEVO ATIPICO x MELANOMA

- pinta no dorso:
- olho a rede pigmentar se esta **regular** ou **irregular**.
- No caso acima tem locais com hiperpigmentacao excentrica – isso chama a atencao. Area central sem estrutura ou é ou veio de um nevo composto. Tenho rede pigmentar ao redor de uma area sem estrutura.
- Melanoma tem pseudopodes, estrias.
- Nevo atipico pode ter area pigmentada excentrica, não é exclusivo do melanoma.
- Sindrome do nevo atipico: mais de 100 nevos atipicos.
- Uma lesao hoje e 5 meses atras: há perda de estruturas, comeca a borrar mais. Um apagamento das estruturas pode ser sinal de melanoma.

□ **NEVO ATIPICO**

- Regra do ABCD, sendo um diametro maior de 5mm e E = elevacao de parte da lesao conferindo aspecto maculo-papuloso. No melanoma a letra E é qualquer modificacao da lesao.
- Acomete população jovem 30 a 40 anos, inicio do aparecimento na puberdade, ficam estaveis e desaparecem ao longo da vida. É um marcador de risco para melanoma cutaneo e é um precursor de melanoma assim como os nevos comuns. Ele tem maior probabilidade de desenvolver melanoma de novo, mas não sobre o nevo atipico do que sobre o nevo comum.
- Dx clinico e histopatologico ainda é uma briga.

□ **MELANOMA INICIAL**

- Dificil diagnostico. O paciente não refere alteracao clinica da lesao, ausencia de caracteristicas clinicas (ABCD), ausencia de caracteristicas dermatoscopicas especificas, principal diagnostico diferencial dermatoscopico: nevos atipicos.
- Modelo de progressao tumoral em melanomas:
 - 1) hiperplasia celular. O melanocito passa a ser a celula nevica. A celula nevica advem do melanocito, perde os bracinhos e é chamada de celula nevica.
 - 2) as celulas nevicas se agrupam e quando se agrupam na JDE elas formam o nervo juncional, quando estao na derme formam o nevo intradermico e se tiver as duas caracteristicas formam o nevo composto.
 - 3) se tiver algum estimulo familiar, solar, essas cels se proliferam ainda juntas e

formam o nevo atípico.

4) se continua o estímulo ele faz um crescimento radial.

5) se mantém o estímulo já há um crescimento vertical.

□ O nevo atípico pode involuir e até desaparecer, nem sempre ele vai virar melanoma.

□ O grande problema de dx diferencial é o nevo displásico e o melanoma de crescimento radial porque as características dermatoscópicas são muito próximas. Na prova cai uma foto de uma lesão e a patologia para ajudar.

DERMATOSCOPIA

□ **Nevo atípico:** não tem estrias radiadas, pseudópodes ou veu azul. Globos pretos raros e distribuídos irregularmente. Rede pigmentar irregular, discreta, focalmente proeminente, terminação abrupta ou gradual. Pigmentação difusa com terminação abrupta na periferia, pode ser central e no melanoma nunca é central. A despigmentação é um pouco mais regular do que no melanoma, geralmente mais branca. Globos marrons diferenciam só de formato e tamanho e a distribuição no melanoma é mais irregular do que nevo atípico.

□ **Melanoma:** tem estrias, pseudópodes e veu azul. Globos pretos comuns de tamanho e formatos variados, distribuídos irregularmente na periferia e centro da lesão (porque eu tenho epidermotropismo e a célula pode parar na camada córnea e virar um ponto preto). Rede pigmentar irregular, proeminente, espessa, terminação abrupta na periferia. Pigmentação difusa irregular, heterogênea, terminação abrupta na periferia. Despigmentação irregular, branco rosado no centro e periferia. Globos marrons de distribuição irregular.

□ Um nevo atípico: tenho uma rede pigmentar irregular com áreas de hipopigmentação central irregulares. Sempre que fizermos uma dermatoscopia, a não ser que seja nevo juncional, intradérmico ou composto completamente clássico, pedimos um retorno em 3, 6 meses e depois 1 ano.

□ Temos 8 meses para diagnosticar um melanoma para evitar metástase profunda ou algo grave.

□ Melanoma com crescimento vertical já sei que é melanoma. Quando é lesão duvidosa, tenho um prazo de 8 meses, determinado por vários estudos para diagnosticarmos um melanoma. Mesmo que o paciente seja loiro, história familiar, várias exposições ao sol, queimadura na infância, não altera o prazo.

□ Nevo atípico: hipopigmentação central, pontos e globos marrons de distribuição irregular e uma rede irregular mas não tão irregular.

□ Melanoma: tem veu azul, áreas rosadas, pontos e globos pretos de distribuição totalmente irregular e uma rede proeminente e destruída. Um dx diferencial importante é um CBC pigmentado, porque apesar de ter um resquício de rede, fica difícil de fazer o dx diferencial. Pode ter rede invertida (parece globos claros com um caminho branco entre eles).

□ NEVO ATÍPICO x MELANOMA FINO

□ estudo: A análise de padrões tem uma acurácia de 71% e a regra do ABCD 67%

e a regra dos 7 pontos não usamos porque é muito falha.

□ Quando há presença de vasos, fechamos o diagnóstico de melanoma, quando estamos em dúvida se é nevo atípico. Vaso polimorfo, retilíneo, pontuado. 3 tipos de vaso em uma mesma lesão é melanoma.

□ No nevo atípico a estrutura predominante é a rede pigmentar regular, hiperpigmentação periférica excêntrica.

□ **Trabalho A BELA E A FERA**

□ pode ajudar no diagnóstico.

□ LESAO BELA – tem só rede pigmentar (nevo juncional), rede pigmentar entremeada por área sem estrutura, porém totalmente regular (padrão do nevo congênito); rede pigmentar concêntrica com centro sem estrutura (nevo composto). Rede pigmentar periférica com hiperpigmentação central (nevo juncional), área homogênea hiperpigmentada (nevo intradérmico), rede pigmentar com glóbulo no centro (nevo composto), rede pigmentar com glóbulo na periferia (nevo em crescimento), só glóbulos ou só pontos (nevo intradérmico), multicomponentes simétricos (nevo composto ou congênito).

□ Toda vez que bato olho em uma lesão e ela tiver esses padrões ela é benigna.

□ LESAO FERA – rede regular com hiperpigmentação excêntrica (nevo atípico), colcha de retalhos com hiperpigmentação (nevo atípico), rede pigmentar irregular com blotches excêntricos (nevo atípico), glóbulos desorganizados (nevo atípico ou melanoma), rede pigmentar com glóbulos desorganizados e assimétricos (star burst ou nevo atípico), glóbulo com blotches (nevo atípico ou melanoma), não tenho padrão dermatoscópico específico (melanoma amelanótico ou melanoma), múltiplos componentes desorganizados (melanoma).

□ **MELANOMA**

□ Tem rede atípica, glóbulos e ou pontos irregulares, estrias radiadas ou pseudopodes, borros na periferia e assimétricos (blotches), veu azul esbranquiçado, rede negativa, estruturas de regressão, padrão vascular atípico.

□ Tumor de colisão: nevo atípico + melanoma (2 tipos de lesão).

□ Rede invertida focal é melanoma já se for na lesão inteira é Reed ou Speeds.

□ Mapeamento corporal total - retorno em 3, 6 meses e 1 ano.