

Luiza Rocio Tristão (TRISTÃO, L.R.)<sup>1</sup>; Flavia Roberts Harrigan Morandi (HARRIGAN, F.R.M.)<sup>1</sup>; Leonardo Orletti (ORLETTI, L.)<sup>3</sup>; Lia Volpini Fraga (VOLPINI, L.F.)<sup>1</sup>; Luiza Rodrigues Alves (ALVES, L.R.)<sup>1</sup>; Natália Abrantes Grossi (GROSSI, N.A.)<sup>2</sup>; Ana Luiza Miranda Cardona Machado (MACHADO, A.L.M.C.)<sup>3</sup>. | 1 Acadêmica de Medicina da Faculdade MULTIVIX. Vitória - ES. 2 Residente do Programa de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia. Vitória - ES. 3 Cirurgião Oncológico e Preceptor do Programa de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia. Vitória - ES.

### Introdução

Melanomas do tronco compreendem aproximadamente um terço de todos os melanomas. Ocorrem mais frequentemente em homens, que têm um pior prognóstico do que as mulheres.<sup>1</sup> Os resultados gerais para o tratamento de melanoma maligno do tronco foram relativamente baixos, possivelmente porque muitas vezes atingem um tamanho maior antes de serem notados, por dificuldade em determinar as bacias linfonodais que devem ser ressecadas cirurgicamente, também porque muitas vezes atingem um tamanho maior antes de serem notados.<sup>1</sup> Estudos demonstraram que os linfonodos sentinelas do peitoral estão geralmente localizados na parte inferior da região axilar.<sup>4</sup> A incidência do melanoma cutâneo e as taxas de mortalidade estão crescendo na maioria dos países do mundo<sup>2</sup> e apresentam taxas de sobrevivência inferiores a 10% aos 5 anos e altas taxas recidiva.<sup>3</sup>

### Casuística e Métodos

Estudo observacional, retrospectivo, descritivo, realizado a partir de análise de informações do prontuário de paciente portador de múltiplos melanomas recidivantes em tórax, em acompanhamento no serviço de cirurgia oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia - Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC-AFECC), referência em tratamento oncológico no estado do Espírito Santo.

### Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, 41 anos, diabético, hipertenso, admitido no serviço em 2019, com presença de lesão ulcerada, acometendo extensão areolar total em mamilo direito, de crescimento progressivo há 7 anos, sem alterações axilar e em supra clavicular. Biópsia incisional prévia referia nevo juncional.

Realizada ressecção local de lesão melanocítica nodular em 02/04/2019, com margens livres, breslow 3 mm, sem sinais de doença metastática. Em segundo momento, foi realizada ampliação de margem e exérese de linfonodo sentinela metastático medindo 1,3 mm sem extensão extranodal. Iniciado esquema quimioterápico pós-operatório. Retorna em consulta apresentando recidiva de múltiplas lesões melanocíticas medindo 0,5 cm, em borda medial de ferida operatória, com ressecção em 04/09/2019. Optado por seguimento de linfonodos axilares com US a cada três meses. Em 22/11/2019 realizada nova ressecção de nova recidiva de múltiplas lesões melanocíticas, breslow 4,1 mm, com margens livres, em parede anterior do hemitórax direito, com reconstrução com retalho em grande dorsal e zetaplastia. Seguimento ambulatorial.

Em 03/03/20 retornou ao serviço para nova biópsia de lesão pigmentada em dorso a direita, que evidenciou melanoma maligno, breslow 1,9mm, margens livres. Em 30/04/2020 realizou ressecção de lesão em região peitoral direita, acima de retalho de grande dorsal, e de lesão em região escapular direita. Em histopatológico, evidenciado em ambas as lesões presença de melanoma maligno com margens livres. Realizado tratamento sistêmico entre 01/07/2020 e 23/11/2020. Após Início de progressão clínica à esquerda, foi realizado radioterapia em tórax direito e esquerdo, e, em 04/02/2021, novo esquema quimioterápico. Em consulta de 14/06/2021 foi evidenciada linfonodomegalia na cadeia torácica interna direita dentro dos limites da normalidade, e pequena imagem nodular na fissura menor pulmonar direita. Em 06/12/2021 apresentou 2 pequenas lesões puntiformes hiperpigmentadas na borda súpero medial do enxerto sem alterações clínicas. Em acompanhamento com equipe de oncologia clínica e cirúrgica, realizando radioterapia e quimioterapia adjuvantes.



### Conclusões

Melanomas em tronco apresentam altas taxas de recidivas e pior prognóstico. É fundamental estabelecer o método ideal de tratamento e reconstrução de retalhos locais.

### Contato

Endereço para correspondência: Av. Marechal Campos 1579, CEP: 29.043-260, Santa Cecília - Vitória - ES. Telefone: (27) 27 3334-8000.

E-mail: sac@santarita.org.br; lrociotristao@gmail.com ; analuiza\_cardona@hotmail.com.