

Mara Inês Stefanini Zamae¹; Eduardo Augusto Resende Penido²; Marta Bhering Pereira de Souza²; Michele Silva Lobato¹; Otto Müller Silva Lopes³; Robson Liz Braga Almeida³; Ricardo Mendes Correa³; Ana Paula Drummond Lage²; Milhem Jameledien Morais Kansaon²; Alberto Julius Alves Wainstein²

¹ Instituto Nacional do Câncer
² Ciências Médicas de Minas Gerais
³ Hospital Mater Dei

Introdução

O melanoma é um câncer agressivo e com alto potencial de disseminação precoce, em especial pela via linfática. Embora seja um dos cânceres de pele menos incidentes, por ser mais frequente em jovens, impacta negativamente nos anos produtivos.

A melhor forma de precisar-se o acometimento linfonodal em pacientes com melanoma se faz pela biópsia do linfonodo sentinela (BLS). Vale ressaltar que o acometimento ou não do linfonodo sentinela (LS) auxilia na determinação e na agressividade dos tratamentos propostos, por contribuir com o estadiamento da doença.

De acordo com a classificação histopatológica e o estadiamento da doença, procede-se a ampliação de margens de segurança e/ou biópsia de linfonodo sentinela, até casos de metastasesectomias, tratamento locoregional com perfusão de quimioterapia ou terapia sistêmica.

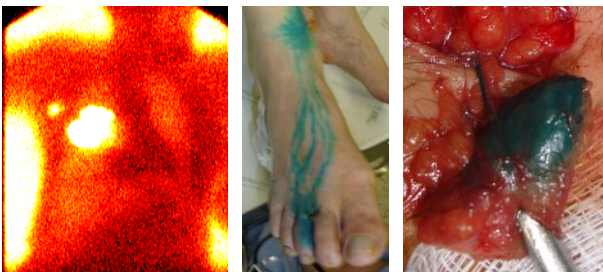
Dessa forma, o presente estudo focou em avaliar os portadores de melanoma submetidos a BLS, correlacionando os dados clínicos, resultados operatórios, achados anatomopatológicos e de seguimento destes pacientes.

Casuística e Métodos

O estudo é do tipo retrospectivo não intervencionista e visa o levantamento de dados de prontuários de pacientes com melanoma que foram submetidos a BLS, em uma mesma equipe de cirurgia oncológica, no período de 2005 a 2014.

A análise estatística descritiva foi realizada por frequências absolutas e relativas para as variáveis de natureza qualitativa e por média \pm desvio-padrão para as de natureza quantitativa. Para a comparação de grupos utilizou-se os testes qui-quadrado, teste exato de Fisher ou teste de Wilcoxon para amostras independentes, quando adequados. A análise foi desenvolvida no software livre R versão 3.1.3 e foi adotado nível de significância de 5%.

O ponto inicial na seleção dos casos foi a presença da linfocintilografia para identificação do LS. Através da imagem do exame, iniciamos o preenchimento de questionário próprio com dados de localização do tumor primário, número de linfonodos sentinelas identificados à linfocintilografia, entre outros. Posteriormente, levantamos os prontuários em nosso arquivo médico para preenchimento do restante da planilha com os dados a serem analisados estatisticamente.



Resultados

Foram selecionados 211 pacientes. Houve predominância do sexo feminino em 53,6% e a idade média foi de 56,1 \pm 17,3 anos. O tronco foi o local mais acometido pelas lesões. O melanoma do tipo extensivo superficial foi o achado histopatológico mais comum, com 62,6%, seguido pelo tipo nodular, com 21,5%. Foi encontrado um Breslow médio de 2,3 \pm 2,5 mm. Constatou-se que as regiões axilares e inguinais foram os locais mais frequentes de ressecção do linfonodo sentinela. Do quarto linfonodo ressecado em diante, as regiões mais observadas foram inguinais e poplíteas. A taxa de metástases positivas do melanoma encontradas foi de 22,74%. A linfadenectomia foi majoritariamente executada para os casos de LS positivo, a qual teve realização mais frequente na região axilar, em 43,2% dos casos. Houve recorrência em 15,4% dos casos. A recorrência foi confirmada por exame anatomopatológico em 93,5% dos casos e ocorreu em até cinco anos em 84,8% dos casos. O tipo mais comum de recorrência foi à distância (48,2%). Ao se relacionar a localização do tumor primário à localização dos linfonodos sentinelas detectados à linfocintilografia, temos: em melanomas primários de cabeça e pescoço observou-se mais LS em cadeias linfonodais cervicais e parotídeas; para os primários de tronco, a maioria dos LS foram encontrados nas cadeias axilares e inguinais; por fim, para os melanomas de membros inferiores e para os primários de mucosa anorretal, observou-se mais LS na região inguinal.

Variáveis	Negativo (N = 163)	Positivo (N = 48)	P-valor
Gênero			1,000
• Masculino	76 (46,6%)	22 (45,8%)	
• Feminino	87 (53,4%)	26 (54,2%)	
Idade			1,000
• \leq 40 anos	34 (23,0%)	10 (24,4%)	
• $>$ 40 anos	114 (77%)	31 (75,6%)	
Localização do primário			0,655
• Cabeça e pescoço, membros superiores, mucosas	54 (34,8%)	11 (27,5%)	
• Tronco	62 (40%)	17 (42,5%)	
• Membros inferiores	39 (25,2%)	12 (30%)	
Breslow (mm)			0,027
• Média \pm DP	2,05 \pm 2,19	2,93 \pm 3,09	
Ocorrência de mitoses			0,403
• Não	36 (25%)	6 (16,7%)	
• Sim	108 (75%)	30 (83,3%)	
Ocorrência de ulceração			0,159
• Não	121 (84,6%)	27 (73%)	
• Sim	22 (15,4%)	10 (27%)	
Recorrência da doença			0,002
• Não	140 (89,2%)	30 (68,2%)	
• Sim	17 (10,8%)	14 (31,8%)	
Óbito			0,086
• Não	99 (95,2%)	23 (85,2%)	
• Sim	5 (4,8%)	4 (14,8%)	
Nº de LS ressecados			0,490
• Até 2	108 (67,9%)	30 (62,5%)	
• 3 ou mais	51 (32,1%)	18 (37,5%)	
Classificação histológica			0,143
• Não nodular	107 (81,1%)	21 (67,7%)	
• Nodular	25 (18,9%)	10 (32,3%)	

Conclusões

A BLS possui um importante papel no tratamento e estadiamento dos pacientes com diagnóstico de melanoma. A nossa experiência com a técnica é positiva, com possibilidade de realização em caráter de hospital dia, baixa morbidade e com grande contribuição para a conduta e prognóstico, definindo a forma com a qual conduziremos o nosso paciente.

Referências Bibliográficas

- Ogden S, Telfer NR. Skin cancer. Vol. 37, Medicine. 2009; 37(6): p. 305–8.
Scolyer RA, Judge MJ, Evans A, Frishberg DP, Prieto VG, Thompson JF, et al. Data set for pathology reporting of cutaneous invasive melanoma: recommendations from the international collaboration on cancer reporting (ICCR). Am J Surg Pathol [Internet]. 2013;37(12):1797–814. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3864181&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
Crowson NA, Magro CM, Sanchez-Carpintero I MMJ. The precursors of malignant melanoma. Recent Results Cancer Res. 2002;160:75–84.
Tucker MA, Fraser MC, Goldstein AM, Struwing JP, King MA, Crawford JT, et al. A natural history of melanomas and dysplastic nevi: An atlas of lesions in melanoma-prone families. Cancer. 2002;94(12):3192–209.