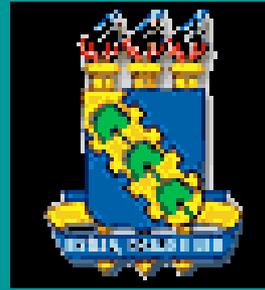




# **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**



## **MELANOMA EM CABEÇA E PESCOÇO**

**UBIRANEI O. SILVA**

## ➤ **INTRODUÇÃO**

- ✓ **Incidência melanoma cutâneo: 10% a 25%**
- ✓ **Comportamento biológico diferente**
- ✓ **Pode ocorrer em qualquer idade**
- ✓ **Distribuição anatômica**
  - **Face: 31%**
  - **Pescoço: 30%**
  - **Couro cabeludo: 27%**
  - **Orelha: 8%**
  - **Região nasal: 3%.**

➤ **FATORES DE RISCO**

- ✓ **Pele clara**
- ✓ **Presença de nevus**
- ✓ **Olhos claros, indivíduos sardentos, cabelos claros**
- ✓ **Inabilidade para bronzear**
- ✓ **História genética**

## ➤ SUBTIPOS DE MELANOMA

<b>TIPO</b>	<b>INCIDÊNCIA</b>
<b>Plano superficial</b>	<b>75%</b>
<b>Nodular</b>	<b>15%</b>
<b>Dermoplásico e Neurotrópico</b>	<b>raro</b>
<b>Lentigo maligno</b>	<b>10%</b>
<b>Acral lentiginoso</b>	<b>2% - 8%</b>
<b>Mucosa</b>	<b>2%</b>

## ➤ **SUBTIPOS DE MELANOMA**

### ✓ **Plano superficial**

- **mais comum**
- **freqüentemente associado a nevus**
- **crescimento radial prolongado**
- **ocorre em pacientes mais jovens 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> décadas de vida**
- **elevada taxa de cura quando em fase inicial**

## ➤ **SUBTIPOS DE MELANOMA**

### ✓ **Nodular**

- **2º mais comum**
- **invasivo desde o início**
- **crescimento vertical rápido para dentro da derme invadindo a reticular**
- **pior prognóstico**

## ➤ **SUBTIPOS DE MELANOMA**

### ✓ **Dermoplásico e Neurotrópico**

- **população dérmica de células espinhosas**
- **ninhos hipercromáticos**
- **alta taxa de recorrência, agressividade e potencial metastático**

## ➤ **SUBTIPOS DE MELANOMA**

### ✓ **Lentigo maligno**

- **fase radial prolongada**
- **hiperplasia melanocítica difusa na epiderme (padrão lentiginoso)**
- **crescimento vertical multifocal**
- **melhor prognóstico**

## ➤ **SUBTIPOS DE MELANOMA**

- ✓ **Outros subtipos mais raros**
  - **Amelanótico**
  - **Melanoma com desvio mínimo**
  - **Pedunculado**
  - **Nevo azul maligno**

➤ **PATOLOGIA**

**Informações  
Essenciais**

**Diagnóstico  
Espessura (Breslow)  
Margens**

**Informações  
Adicionais**

**Subtipo  
Nível (Clark)  
Ulceração, Regressão, Lesão precursora  
Satelitose, Invasão angiolinfática  
(presente ou ausente)  
Atividade mitótica  
Resposta do hospedeiro (infiltrado  
linfocitário)**

## ➤ **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

### ✓ **Anamnese**

Tabela 99.2 Sinais Sugestivos de Transformação Maligna dos Nevos	
Alterações na cor	Especialmente para vermelho, branco ou azulado; escurecimento súbito, espalhamento da cor do nevos para a pele periférica
Alteração em tamanho	Aumento rápido
Alterações na superfície	Erosões, sangramento, aparecimento de nódulos
Alteração na consistência	Friabilidade
Alteração na sintomatologia	Prurido, dor etc.
Alteração na forma	Especialmente elevação rápida de uma mancha prévia
Alteração da pele vizinha	Sinais de inflamação com vermelhidão ou edema ou aparecimento de pigmentação satélite

## ➤ **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

### ✓ **Regra do ABCDE**

- **A – assimetria**
- **B – bordas irregulares**
- **C – coloração não uniforme**
- **D – diâmetro acima de 6 mm**
- **E – espessura**

## ➤ DIAGNÓSTICO CLÍNICO

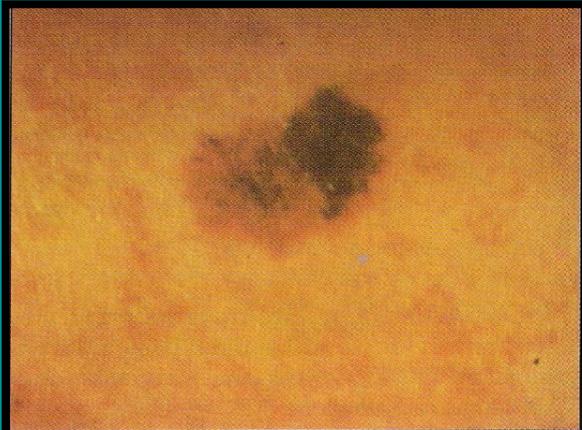


Fig. 99.19 — A = *assimetria* (regra do ABC).



Fig. 99.20 — B = *bordas irregulares* (regra do ABC).



Fig. 99.21 — C = *coloração não uniforme* (regra do ABC).

## ➤ **ESTADIAMENTO CLÍNICO**

- ✓ **Exame físico**
- ✓ **Radiografia de tórax**
- ✓ **Fosfatase alcalina e desidrogenase láctica**
- ✓ **Tomografia computadorizada**
- ✓ **Ressonância Nuclear magnética**
- ✓ **Mapeamento ósseo**

➤ **ESTADIAMENTO**

✓ **Wallace Clark**

✓ **Alexander Breslow (1975)**

✓ **TNM**

## ➤ ESTADIAMENTO

### ✓ Wallace Clark

Tabela 99.3 Níveis de Invasão de Clark	
Nível I	Melanoma <i>in situ</i> ou intra-epidérmico
Nível II	Penetração tumoral na derme papilar
Nível III	Penetração tumoral até a interface entre a derme papilar e a reticular
Nível IV	Penetração tumoral na derme reticular
Nível V	Penetração tumoral no tecido celular subcutâneo

## ➤ ESTADIAMENTO

✓ **Alexander Breslow (1975)**

<b>Espessura</b>	<b>Sobrevida em 5 anos</b>
<b>&lt; 0.76mm</b>	<b>97%</b>
<b>0.76-1.50mm</b>	<b>92%</b>
<b>1.51-2.50mm</b>	<b>76%</b>
<b>2.51-4.0mm</b>	<b>62%</b>
<b>4.1-8mm</b>	<b>52%</b>
<b>&gt; 8mm</b>	<b>32%</b>

## ➤ ESTADIAMENTO

### ✓ TNM

Tabela 99.4  
Estadiamento do Melanoma Cutâneo — AJCC, 1997

Tumor Primário — pT (classificação histopatológica)

pTX Tumor primário não pode ser avaliado

pT0 Tumor primário não foi evidenciado

pTis Melanoma *in situ* (hiperplasia melanocítica atípica, displasia melanocítica severa) lesão não invasiva (nível Clark I)

pT1 Tumor de 0,75mm ou menos em espessura e invade derme papilar (Clark II)

pT2 Tumor com mais de 0,75mm, não mais do que 1,5mm em espessura e/ou atinge a interface entre a derme papilar e reticular (Clark III)

pT3 Tumor com mais de 1,5mm, não mais do que 4mm em espessura e/ou invade a derme reticular (Clark IV)

pT3a Tumor com mais de 1,5mm e não mais do que 3mm em espessura

pT3b Tumor com mais de 3mm e não mais do que 4mm em espessura

pT4 Tumor com mais de 4mm em espessura e/ou invade o subcutâneo (Clark V) e/ou lesão satélite até 2cm do tumor primário

pT4a Tumor com mais do que 4mm de espessura e/ou invade o subcutâneo

pT4b Lesão satélite até 2cm do tumor primário

Nota: no caso de discrepância entre a espessura e o nível de invasão, a categoria pT é baseada no pior achado.

## ➤ ESTADIAMENTO

### ✓ TNM

#### Linfonodo (N)

- Nx Linfonodo regional não pode ser avaliado
- N0 Linfonodo regional sem metástase
- N1 Metástase com 3cm ou menos na maior dimensão em qualquer linfonodo regional
- N2 Metástase com mais de 3cm na maior dimensão em qualquer linfonodo regional e/ou metástases em trânsito
  - N2a Metástase com mais do que 3cm na maior dimensão em qualquer linfonodo regional
  - N2b Metástase em trânsito
  - N2c Ambos (N2a e N2b)

Nota: metástase em trânsito é o envolvimento de pele ou subcutâneo a partir de 2cm da lesão primária mas não além da cadeia linfonodal regional.

#### Metástases distantes (M):

- Mx Metástases distantes não podem ser avaliadas
- M0 Sem metástase(s) distante(s)
- M1 Metástases distantes
  - M1a Metástase na pele ou no tecido subcutâneo ou linfonodo além dos regionais
  - M1b Metástase(s) visceral(is)

## ➤ ESTADIAMENTO

### ✓ TNM

Estádio clínico			
EC 0	pTis	N 0	M 0
EC I	pT1	N 0	M 0
	pT2	N 0	M 0
EC II	pT3	N 0	M 0
EC III	pT4	N 0	M 0
	qualquer pT	N 1	M 0
EC IV	qualquer pT	N 2	M 0
	qualquer pT	qualquer N	M 1

AJCC. Cancer Staging Manual. 5<sup>th</sup> ed., Lippincott, Philadelphia, 153-158, 1997.

## ➤ **TERAPÊUTICA**

✓ **É eminentemente cirúrgico. Devendo-se levar em consideração:**

- **Fatores prognósticos que influenciam a decisão sobre margens**
- **Margens de excisão recomendadas**
- **Reparações**
- **Necessidade de esvaziamento cervical**

## ➤ TERAPÊUTICA

✓ **Fatores prognósticos que influenciam a decisão sobre margens**

- **ulceração e espessura da lesão primária**
- **localização anatômica**
- **idade > 65 anos, sexo masculino**
- **Tipo lentigo maligno**

## ➤ TERAPÊUTICA

### ✓ Margens de excisão recomendadas

**Melanoma**

**margem**

*in situ*

**0,5cm a 1cm**

**< ou = 1mm**

**mínima de 1cm**

**1.1mm a 4mm**

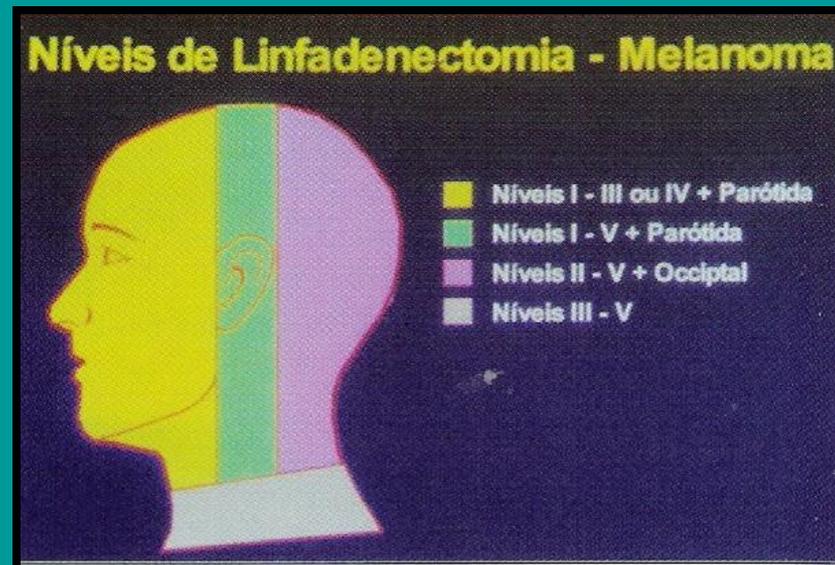
**2cm**

**> 4mm**

**mínima de 2cm**

## ➤ TERAPÊUTICA

- ✓ **Reparações**
- ✓ **Necessidade de esvaziamento cervical:  
Linfadenectomia terapêutica e eletiva**



## ➤ **TERAPÊUTICA**

- ✓ **Indicações de esvaziamento eletivo**
  - **melanomas 0.75 a 1.5mm em áreas de alto risco, ulcerado ou nodular**
  - **melanoma de 1.5 a 4mm em algum sítio previsível de drenagem linfática**
  - **melanomas > 4mm para controle local e regional**
  - **qualquer melanoma > 0.75mm com paciente de difícil segmento**

## ➤ **RADIOTERAPIA**

- ✓ **Auxilia o controle loco-regional após linfadenectomia terapêutica**
- ✓ **Cirurgia é a modalidade de tratamento primário**
- ✓ **Efeito paliativo em alguns locais de metástase de melanoma**
- ✓ **Melanomas são considerados radiorresistentes**

## ➤ **QUIMIOTERAPIA**

- ✓ **Restrita pela necessidade de efetividade**
  - **Darcabazine: mais efetiva 20% dos casos**
- ✓ **Uso em pacientes é limitado**
- ✓ **Significativa toxicidade e morbidade com efeito questionável**

## ➤ **IMUNOTERAPIA**

- ✓ **Fortes evidências no controle de lesões após ressecção**
- ✓ **Imunoterapia apropriada ainda é experimental**

# **BIBLIOGRAFIA**

- **Matthew A, et al. Head and Neck Melanoma. Cancer control.October 2005,Vol.12,Nº 4**
- **Sánchez,EJ. Melanom of the Head and Neck.www.wramc.amedd.army**
- **Carvalho de,MB. Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolringologia.Vol 2, p. 1264 – 79.**
- **Loree TR, Spiro RH. Cutaneous melanoma of the head and neck. Am J Surg. 1989;158:388-391.**