

Melanoma: fatores de risco, diagnóstico e preventivo

Gabriela Tayrine Pereira Caetano¹ (PG)*, Camila Rodrigues da Silva² (PG), Glaucie Mendes de Souza³ (PG), Lucas Henrique Ferreira Sampaio⁴ (PQ), Isabela Jubé Wastowski⁵ (PQ).

¹⁻⁴⁻⁵ Universidade Estadual de Goiás gabriela.caetano21@gmail.com

²⁻³ Universidade Federal de Goiás

Resumo: A neoplasia de pele melanoma é originada nos melanócitos, célula que sintetiza o pigmento melanina. Este pigmento confere a tonalidade da pele e protege o DNA de danos. O melanoma cutâneo apresenta diversas maneiras de se manifestar e são classificados de acordo com suas características clínicas e patológicas podendo ser do tipo, superficial extensivo, nodular, lentiginoso acral e lentigo maligno. Os indivíduos caucasianos, tidos como de pele clara, são os que apresentam maiores chances de desenvolverem melanoma, sendo esta característica um dos fatores de risco, outros fatores muito importantes dessa neoplasia são, exposição à radiação ultravioleta (UV) e presença de nevos. Algumas medidas de prevenção como proteção solar, seguido de conscientização para investigação de qualquer mudança na pele e/ou nevos, contribuem para o não desenvolvimento do melanoma. Para um prognóstico satisfatório para o paciente é imprescindível o diagnóstico precoce seguido de tratamento adequado e acompanhamento especializado no combate contra o melanoma.

Palavras-chave: Câncer de pele. Melanócitos. Nevos.

Introdução

O câncer de pele é uma neoplasia maligna que corresponde cerca de 30% dos registros de tumores malignos no Brasil. São classificados de acordo com suas características, como não melanoma e melanoma. O tipo não melanoma apresenta índice elevado de incidência com baixa mortalidade, cuja estimativa para o ano de 2016 foram de 175.760 mil novos casos de acordo com o (INCA, 2016). O câncer de pele tipo melanoma equivale apenas 3% do total de registros de câncer de pele no país (CASTILHO et al., 2010; DONIZETI et al., 2015; INCA, 2016; MENDONÇA, 1992). A incidência mundial de melanoma teve aumento progressivo nos últimos 50 anos, apesar de sua baixa incidência é o câncer de pele com maior índice de mortalidade, com isso evidencia a importância de um diagnóstico precoce (MELAO et al., 2011).

A manifestação mais comum do melanoma é na pele, entretanto pode ocorrer em mucosas e nos olhos (STEGLICH, 2015). O melanoma cutâneo (MC) tem origem nos melanócitos, estes situam-se na junção dermoepidérmica da pele e sintetiza o pigmento melanina. Este pigmento determina a cor da pele, olhos e cabelos, além de proteger o material genético das células (ALVES JÚNIOR, 2012). Sendo assim indivíduos de fototipo I e II são mais suscetíveis a desenvolver o tumor quando

comparados à indivíduos de fototipo III, IV e V, conforme a Tabela 1 (MARIA et al., 2008).

Tabela 1. Classificação dos fototipos de pele proposta por Fitzpatrick

FOTOTIPO	SENSIBILIDADE AO SOL	CARACTERÍSTICA
I	Sempre queima, nunca bronzeia	Muito sensível
II	Sempre queima, às vezes bronzeia	Sensível
III	Queima moderadamente, bronzeia moderadamente	Normal
IV	Queima moderadamente bronzeia sempre	Normal
V	Raramente se queima, sempre bronzeia	Pouco sensível
VI	Nunca queima, totalmente pigmentada	Insensível

Essa revisão teve intuito de esclarecer sobre manifestações clínicas, fatores de risco, diagnóstico precoce e prevenção.

Material e Métodos

O presente estudo é uma revisão bibliográfica de caráter descritivo em que as buscas foram realizadas nas bases de dados digitais, PubMed e *Web of Science*. Ao encerrar as pesquisas nas bases, referencias duplicadas foram excluídas. Não houve restrição cronológica e optou-se pela busca por termos skin câncer, melanoma, melanoma malignant, melanoma risk factors, melanoma diagnostic.

Resultados e Discussão

O melanoma cutâneo é classificado considerando-se características clínicas e patológicas do padrão de crescimento. Há dois planos de crescimento do tumor: Crescimento Radial ou Horizontal, quando a proliferação melanocítica restringe-se à epiderme podendo chegar a derme papilar como pequenos ninhos e o Crescimento Vertical que se caracteriza pela invasão de ninhos ou nódulos melanocíticos na derme e pode atingir os tecidos profundos (COSTA, 2008; KIBBI; KLUGER; CHOI, 2016).

O Melanoma extensivo superficial (MES) é o mais frequente equivale 70% dos casos. A lesão costuma ser irregular em formato, heterocromática e plana. Porém com o passar de meses e anos a lesão de MES pode evoluir para nódulos elevados e até sangrar. Em mulheres, a região inferior do corpo é mais acometida enquanto que nos homens a região é o dorso (COSTA, 2008; FERNANDES; CALMON, 2005).

O melanoma nodular (MN) corresponde de 15 a 30% dos casos e atinge indivíduos a partir da quinta década de vida. As lesões são de característica papulosa, com elevação e coloração castanha, negra ou azulada. A ulceração e o sangramento são frequentes nesse tipo de lesão. Os locais com manifestação mais comuns são o tronco, a cabeça e o pescoço (COSTA, 2008; DIMATOS et al., 2009; MELAO et al., 2011).

Melanoma lentiginoso acral (MLA) é a forma menos frequente e tem manifestação predominante em indivíduos não-caucasianos (35-60%). Aparecem em regiões palmares, plantares e ungueal (COSTA, 2008; DIMATOS et al., 2009; MELAO et al., 2011).

O tipo lentigo maligno (MLM) está associado ao exposição solar contínua e idade avançada. Acomete indivíduos da sexta década de vida em diante. As lesões surgem em regiões de fotoexposição crônica e apresenta-se como mácula acastanhada ou enegrecida, ainda assim pode ser apresentado sem pigmentação que são os melanomas amelanóticos (COSTA, 2008; DIMATOS et al., 2009; FERNANDES; CALMON, 2005).

O melanoma cutâneo (MC) pode se desenvolver a partir de um nevo existente, adquirido ou de um nevo novo, surgido a partir da pele sadia (STEGLICH, 2015). Alguns fatores de risco estão bem estabelecidos e incluem fatores ambientais (como exposição a radiação ultravioleta - UV), do hospedeiro, história pessoal e/ou familiar, presença de múltiplos nevos, nevos atípicos, xeroderma pigmentoso e imunossupressão (ALVES JÚNIOR, 2012; CASTILHO et al., 2010; COSTA, 2008; JUCHEM et al., 1998; MARIA et al., 2008; MATHEUS; VERRI, 2015; MELAO et al., 2011; MENDES, 2014; STEGLICH, 2015).

A abordagem será no fator ambiental, a radiação solar um fator intrínseco aos indivíduos, que são os nevos. A radiação solar é composta por radiação de variados comprimentos de onda, estas que em nosso corpo sobretudo a pele provoca alterações celulares (BURNETT; WANG, 2011).

A radiação UV é dividida conforme seu espectro, UVC (290 a 100 nm), UVB (320 a 290 nm) e UVA (320 a 400 nm). Apenas as duas últimas UVs atingem a atmosfera terrestre. Outra fonte de radiação são as câmaras de bronzamento artificial, que em seu interior possuem lâmpadas que emitem radiação UVA e UVB. Tanto a radiação UV solar quanto a artificial são fatores responsáveis por provocar bronzamento da pele, queimaduras solares, alteração imunológicas, ceratoses actínicas, carcinomas e melanoma (MACKIE; HAUSCHILD; EGGERMONT, 2009; MARIA et al., 2008; MOTA, 2006). A Organização Mundial de Saúde (OMS) listou equipamentos que emitem radiação ultravioleta para com finalidade de bronzamento artificial como práticas e produtos carcinogênicos para seres humanos. E 2009, a Anvisa proibiu, em todo território brasileiro, câmaras de bronzamento com finalidade estética (ANVISA, 2010).

Nevos são lesões melanocíticas benignas, conhecidas popularmente como “pintas”. São caracterizadas como manchas marrons ou enegrecidas, podendo ser achatadas ou elevadas, ovaladas ou arredondadas, regulares e bem delimitadas (REZZE; LEON, 2010). Outro tipo de lesão conhecida são os nevos displásicos ou atípicos. Estes são maiores em tamanho, comparado aos nevos comuns (normais), apresentam irregularidade em formato e coloração, tem maior prevalência em indivíduos jovens, com predileção em áreas de exposição a radiação UV, como o tronco. A presença de nevos atípicos equivale a uma possibilidade seis vezes maior de desenvolver melanoma cutâneo do que indivíduos com ausência de lesão atípica (GANDINI et al., 2005; HUSSEIN, 2005).

Os nevos podem estar presentes desde o nascimento, contudo, a grande maioria dos nevos são adquiridos ao longo dos anos, com surgimento provocado principalmente pela exposição UV (ROH et al., 2015). Uma meta-análise recente com 29 manuscritos, totalizando 850 pacientes, verificou que 28% dos casos de melanoma cutâneos primários derivaram-se de nevo já existente. Sendo assim a presença de nevos melanocíticos é considerada preditiva para o desenvolvimento do melanoma, atentando as variáveis individuais como tamanho, número, tipo histológico e região anatômica do nevo (SOBER et al., 2014; VELAZQUEZ; BREWER, 2013). Outro fator predisponente é a síndrome de nevos displásicos, caracterizada por múltiplos nevos atípicos. Quando o indivíduo tem distribuídos pelo corpo mais de 100 nevos normais e nevos atípicos, como sendo que um ou mais nevos ultrapasse 8 mm, são classificados como pacientes com síndrome de nevos

atípicos. Estes indivíduos apresentam alto risco de desenvolver melanoma. O número e o tipo de nevos são fatores de risco importantes para o melanoma, no entanto o papel dos nevos como precursores do melanoma ou como indicadores de risco de melanoma não está bem estabelecido (BERWICK et al., 2016).

Considerando os fatores de riscos e a gravidade da doença, um diagnóstico precoce e correto aumenta a sobrevida dos pacientes e também a possibilidade de cura. No momento, o método que é utilizado pelos profissionais é a inspeção visual com recursos de imagens, como o exame de dermatoscopia, afim de evitar biópsias desnecessárias (FINK; HAENSSLE, 2016). O diagnóstico do melanoma cutâneo é feito pela observação de qualquer lesão que teve alteração na cor, tamanho ou formato. O critério ABCDE avalia, a assimetria, regularidade da borda, da cor, do diâmetro e da evolução daquela lesão. Caso a lesão se encaixe nos critérios, após a verificação com dermatoscopia, a lesão pode ser biopsiada por recomendação do profissional para uma confirmação diagnóstica acertada. A excisão da lesão é recomendada pelo profissional da saúde de acordo com a localização da lesão a fim de prolongar a sobrevida do paciente (DIMATOS et al., 2009; NASER, 2011).

O prognóstico do paciente é determinado por parâmetros clínicos individuais, como idade, sexo, local e diâmetro da lesão e parâmetros histológicos, subtipo, nível de invasão de Clark, espessura de Breslow, índice de mitose, fase de crescimento, ulceração, infiltração linfocitária, invasão neural e regressão tumoral (COSTA, 2008; MACKIE; HAUSCHILD; EGGERMONT, 2009). O parâmetro de espessura tumoral é o mais atribuído para prever o risco de desenvolvimento de metástase em melanoma cutâneo, mas há dificuldade de determinar com exatidão em melanomas finos, pois também podem evoluir para metástase (COSTA, 2008). Um prognóstico está relacionado diretamente com medidas de prevenção. Essas medidas preventivas estão agrupadas em três níveis de prevenção, primário, secundário e terciário. A medida primária refere-se a prevenção da enfermidade como, uso de proteção contra os raios UV (protetor/bloqueador solar, óculos, chapéu, guarda-sol, bonés), a prevenção secundária consiste no diagnóstico precoce através percepção de alterações em lesões pré-existentes ao surgimento novas lesões, o acompanhamento adequado e especializado de lesões inoperáveis e terapêuticas alternativas fazem parte da medida terciária como medida de prevenção da doença (CEONI, 2009; LORO; PANDOLFO, 2011).

Considerações Finais

O melanoma cutâneo se manifesta em diversos aspectos clínicos-patológicos e localização. Pode ser detectado em diferentes estágios de evolução clínica. Considerando o alto índice de mortalidade, qualquer lesão suspeita deve ser investigada por um profissional capacitado para acompanhamento e direcionamento de tratamento desse paciente. Em razão da agressividade da doença, o desenvolvimento dessa revisão disponibiliza de informações acerca do melanoma cutâneo, que poderão auxiliar em um possível diagnóstico precoce, intervenção e acompanhamento adequados, favorecendo melhor prognóstico do paciente.

Agradecimentos

Os alunos bolsistas agradecem a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pelas bolsas concedidas.

Referências

ALVES JÚNIOR, J. J. **MELANOMA CUTÂNEO: ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA DE 369 PACIENTES TRATADOS EM INSTITUIÇÃO ESPECIALIZADA EM ONCOLOGIA NO ESTADO DO CEARÁ.** [s.l.] Universidade Estadual do Ceará - UECE, 2012.

BERWICK, M. et al. **Melanoma Epidemiology and Prevention.** Melanoma ed. Switzerland: [s.n.]. v. 167

BURNETT, M. E.; WANG, S. Q. Current sunscreen controversies : a critical review. n. 6, p. 58–67, 2011.

CASTILHO, I. G. et al. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários Photoexposure and risk factors for skin cancer: an evaluation of behaviors and knowledge among university students. **An Bras Dermatol**, v. 85, n. 212, p. 173–8, 2010.

CEONI, F. C. Radiação ultravioleta e suas implicações na saúde humana no contexto da divulgação científica. 2009.

COSTA, H. O. DA. **Melanomas extensivo-superficiais regressivos e não-regressivos finos: análise da densidade microvascular utilizando-se os marcadores D2-40 e CD31.** [s.l.] Universidade de São Paulo, 2008.

DIMATOS, D. C. et al. Melanoma Cutâneo No Brasil Skin Melanoma in Brazil. **Medicina**, v. 38, 2009.

DONIZETI, J. et al. As múltiplas faces do melanoma cutâneo primário: série de casos. v. 20, n. 14, p. 95–99, 2015.

FERNANDES, N. C.; CALMON, R. Cutaneous melanoma: a prospective study of 42 cases. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 86, n. 6, p. 1233–5, 2005.

FINK, C.; HAENSSLE, H. A. Non-invasive tools for the diagnosis of cutaneous melanoma. **Skin Research and Technology**, n. 1, p. 1–11, 2016.

GANDINI, S. et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I . Common and atypical naevi. v. 41, p. 28–44, 2005.

HUSSEIN, M. R. Melanocytic dysplastic naevi occupy the middle ground between benign melanocytic naevi and cutaneous malignant melanomas: emerging clues. **Journal of Clinical Pathology**, v. 58, n. 5, p. 453–456, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2016 – Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acessado em 2016 (4 mar).

JUCHEM, P. P. et al. Riscos a Saude da Radia (jao Ultravioleta. p. 47–60, 1998.

KIBBI, N.; KLUGER, H.; CHOI, J. N. Melanoma: Clinical Presentations. v. 167, p. 107–129, 2016.

LORO, L. S.; PANDOLFO, G. Melanoma : Perfil Epidemiológico De Cinco Anos Em Um Hospital De Curitiba-Pr. v. 2, n. 2, p. 57–61, 2011.

MACKIE, R. M.; HAUSCHILD, A.; EGGERMONT, A. M. M. Epidemiology of invasive cutaneous melanoma. **Annals of Oncology**, v. 20, n. SUPPL. 4, p. 1–7, 2009.

MARIA, A. N. A. et al. FATORES PROGNÓSTICOS DE MELANOMA CUTÂNEO EM UM. 2008.

MATHEUS, L. G. D. M.; VERRI, B. H. DE M. A. Aspectos epidemiológicos do melanoma cutâneo. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v. 3, p. 10.24, 2015.

MELAO, S. et al. Perfil epidemiológico e histopatológico dos casos de melanoma cutâneo primário diagnosticados em Criciúma melanoma diagnosed in Criciúma-SC between 2005 and 2007. v. 86, n. 3, p. 457–461, 2011.

MENDES, L. G. Q. Melanoma no Brasil : Tendência Temporal de Mortalidade com Modelagem idade-período-coorte ,. p. 1–134, 2014.

MENDONÇA, G. A. Risco crescente de melanoma de pele no Brasil. **Revista de Saude Publica**, v. 26, n. 4, p. 290–294, 1992.

MOTA, J. P. CLASSIFICAÇÃO DE FOTOTIPOS DE PELE: ANÁLISE FOTOACÚSTICA versus ANÁLISE CLÍNICA Classificação de fototipos de pele: Análise fotoacústica versus análise clínica. 2006.

NASER, N. Melanoma cutâneo - estudo epidemiológico de 30 anos em cidade do sul do Brasil, de 1980-2009. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 5, p. 932–941, 2011.

REZZE, G. G.; LEON, A. Nevo displásico (nevo atípico) *. v. 85, n. 6, p. 863–871, 2010.

ROH, M. R. et al. Genetics of Melanocytic Nevi. In: **Pigment Cell & Melanoma Research**. [s.l: s.n.]. v. 28p. 3047–3054.

SOBER, A. J. et al. Outcome of patients with de novo versus nevus-associated melanoma. **Journal of American Dermatology**, v. 72, n. 1, p. 54–58, 2014.

STEGLICH, R. B. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS DO MELANOMA CUTÂNEO PRIMÁRIO EM RESIDENTES DE JOINVILLE-SC , 2003-2014. **dissertação**, p. 136, 2015.

VELAZQUEZ, A. I.; BREWER, J. D. The epidemiology of melanoma in young adults. **Expert Review of Dermatology**, v. 8, n. 6, p. 707–716, 2013.