

Melanoma Maligno: Níveis de Clark X Estadiamento

Estudo retrospectivo de 87 casos.

Malignant Melanoma: Clark's Levels X Staging

Retrospective study of 87 cases

OSWALDO WOLFF DICK, MARIA DE LOURDES ROCHA DOS SANTOS, FRANCISCO DE ASSIS ROCHA DOS SANTOS, JORGE ALBERTO FRISCHENBRUDER, PALOMA GUAZELLI COSTA

Unitermos: Melanoma Maligno; Neoplasias Malignas de Pele.

Key Words: Malignant Melanoma; Skin Neoplasms.

RESUMO – Os autores realizaram um estudo epidemiológico de 87 casos de Melanoma Maligno tratados no Hospital Santa Rita (Porto Alegre, RS), de janeiro de 1974 a dezembro de 1986 e correlacionaram níveis de Clark com o estadiamento pós-cirúrgico dos pacientes. O Nível IV de Clark foi o mais frequente com 31%. Houve predomínio do estágio I com 80,4% do total. Não foi observado nenhum caso no Nível I de Clark.

Introdução

Melanoma Maligno desde a Antiguidade é considerado uma neoplasia de extrema malignidade. Ele foi descrito pela primeira vez por Hipócrates, no século V a.C.; (2). O termo melanoma foi sugerido por Carswell em 1838, em um relato sobre as características malignas deste tumor (13).

Esta patologia é decorrente da proliferação sem controle das células precursoras dos melanócitos, os melanoblastos (1, 2, 3, 11, 17, 24). Sua evolução é imprevisível, pois tanto pode regredir espontaneamente, quanto levar à morte por sua rápida progressão (2). É responsável por 2/3 das mortes causadas por tumores de pele (1, 3, 6, 13, 15, 23, 24). A incidência desta patologia está aumentando consideravelmente e, atualmente, é o 2º tumor que mais cresce em frequência (1, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 22).

O local do mundo com maior índice relativo de casos de Melanoma Maligno é Queensland, Austrália, com 1,7 casos por 10.000 habitantes (21).

Sua incidência é igual entre homens e mulheres, em ambos os sexos, temos, mundialmente, segundo alguns autores, predomínio do tronco e, segundo outros, predomínio dos membros inferiores. (2, 9).

O tronco é o sítio de predileção no homem, enquanto na mulher a localização mais frequente é o membro inferior (5, 21).

Ocorre raramente em crianças, começa a crescer após os 10 anos e tem o seu ápice dos 40 aos 70 anos, mais especificamente dos 50 aos 59 anos (3, 5).

Esta neoplasia é mais frequente na raça caucasiana sendo rara entre negros e amarelos (5, 6, 8, 9, 11, 14, 20). Quando indivíduos de pele preta adquirem esta doença exibem uma incomum propensão a desenvolverem lesões nas regiões menos pigmentadas do corpo, tais como: superfície palmar e plantar e membrana mucosa da boca, reto e vagina (5, 6, 7, 8, 13, 23).

Sua etiologia é desconhecida, todavia, vários fatores contribuem para seu surgimento, como: predisposição genética, exposição à luz solar, traumatismos físicos repetidos em nevos preexistentes, alterações hormonais, viroses e deficiências imunológicas (1, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 22).

Material e Métodos

Os autores fizeram um estudo retrospectivo de 87 casos de Melanoma Maligno com confirmação anatomo-patológica, tratados no Hospital Santa Rita, no período de janeiro de 1974 a dezembro de 1986. Os dados obtidos compreendem Níveis de Clark e Estadiamento, os quais foram cruzados.

O estadiamento foi realizado com base na classificação TNM (UICC 78), sendo o T pós-cirúrgico, e o N e M, clínicos. Os pacientes foram submetidos à exérese ampla do tumor primário e o esvaziamento ganglionar regional só aconteceu quando houve suspeita clínica, através da palpação de gânglios. Os exames complementares para avaliação de metástase à distância, consistiram em: Rx de campos pulmonares, Hemograma, Fosfatase Alcalina, PFR, PFH. Na presença de sintomas

Trabalho realizado no Hospital Santa Rita.
Porto Alegre, RS, Brasil

Endereço para Separatas: Paloma Guazelli Costa
Rua Carlos Huber, 777, Porto Alegre, RS, 91.330

sistêmicos localizados, outros exames foram requeridos, como Cintilografias, Ecografias, Tomografias e Biópsias.

Resultados

1. Níveis de Clark

Foram observados 27 casos de Melanoma Maligno no Nível IV de Clark, perfazendo 31,0% do número total de casos.

Níveis de Clark

Clark	nº casos	%
I	0	—
II	17	19,6
III	23	26,4
IV	27	31,0
V	20	23,0
Total	87	100

2. Estadiamento Pós-Cirúrgico (UICC/78)

Quanto ao estadiamento, 80,4% dos tumores foram detectados no Estádio I (a, b).

Estadiamento Pós-cirúrgico

Estádio	nº casos	%
EI a	33	37,9
EI b	37	42,5
EII	14	16,1
EIII	0	—
EIV	03	3,5
Total	87	100

3. Ao cruzar as variáveis Níveis de Clark X Estadiamento Pós-Cirúrgicos, obtivemos os seguintes resultados:

a) Clark I

Não foi observado nenhum caso no Nível I de Clark.

b) Clark II

94.1% dos casos de Nível II de Clark foram diagnosticados no Estádio Ia.

Níveis de Clark

x

Estadiamento Pós-cirúrgico

Estádio	nº casos	%
EI a	16	94,1
EI b	0	—
EII	01	5,9
EIII	0	—
EIV	0	—
Total	17	100

Clark II

c) Clark III

No Nível III de Clark, 73,9% dos casos foram diagnosticados no Estádio Ia.

Níveis de Clark

x

Estadiamento Pós-cirúrgico

Estádio	nº casos	%
EI a	17	73,9
EI b	0	—
EII	05	21,7
EIII	0	—
EIV	01	4,4
Total	23	100

Clark III

Clark IV.

Nível IV de Clark, 85,2% dos casos foram detectados no Estádio Ib.

Níveis de Clark
x
Estadiamento Pós-cirúrgico

Estádio	nº casos	%
E I a	0	—
E I b	23	85,2
E II	04	14,8
E III	0	—
E IV	0	—
Total	27	100

Clark IV**e) Clark V**

70% dos casos no Nível V de Clark foram diagnosticados no Estádio Ib.

Níveis de Clark
x
Estadiamento Pós-cirúrgico

Estádio	nº casos	%
E I a	0	—
E I b	14	70,0
E II	04	20,0
E III	0	—
E IV	02	10,0
Total	20	100

Clark V**Discussão**

Recentes estudos demonstram que a espessura ou o nível de invasão do tumor primário nos tecidos circunjacentes são os fatores histológicos prognósticos mais importantes com relação ao Melanoma Maligno, e que existe uma relação inversa entre espessura e tempo de sobrevida. Os dois métodos usados para calcular isso são:

1. Breslow: Neste sistema a espessura do tumor é medida a partir da camada granulosa da epiderme até a célula tungral mais profunda através de um micrômetro ocular, em mm.

2. Clark: Se relaciona com os níveis de infiltração tumoral:

— Nível I - Tumor confinado à epiderme. É considerado uma lesão benigna sem capacidade de disseminação metastática, pois a epiderme não contém vasos sanguíneos ou linfáticos. O tratamento consiste na simples excisão cirúrgica.

— Nível II - Tumor invadindo camada papilar alta. Devido à presença de vasos sanguíneos e linfáticos na derme, a capacidade de formar metástases aumenta progressivamente, de acordo com a penetração. Este nível indica mínima invasão cutânea. Apenas 2-5% comprometem linfonodos regionais, o que não justifica uma dissecação ganglionar eletiva. A ressecção da lesão deve ser mais ampla que no nível anterior.

— Nível III - Tumor invadindo derme papilar baixa. 20% metastatizam para os linfonodos regionais. A indicação de dissecação ganglionar regional é controversa.

— Nível IV - Tumor invadindo derme reticular. 40% dos tumores se disseminam para linfonodos regionais, estando indicada a ressecção ampla da lesão juntamente com esvaziamento ganglionar regional.

— Nível V - Tumor invadindo tecido subcutâneo. 70% metastatizam para linfonodos regionais e a conduta é a mesma utilizada para o Nível IV.

A avaliação do T (tumor primário) pós-cirúrgico é a combinação da técnica de Clark e Breslow.

pT in situ = Clark I

pT₁ = Clark II ou tumor até 0,75 mm de espessura

pT₂ = Clark III ou tumor até 1,5mm de espessura

pT₃ = Clark IV ou tumor até 3,0mm de espessura

pT₄ = Clark V ou tumor maior que 3,0m de espessura

No Hospital Santa Rita, de janeiro de 1974 a dezembro de 1986, não houve nenhum caso no Nível I de Clark. O maior n.º de casos foi encontrado no Nível IV de Clark, perfazendo 31% do total. O estágio I predominou com 80,4%.

Apenas 5,9% dos pacientes com Clark II, apresentavam clinicamente comprometimento ganglionar regional. Este resultado corresponde aos achados cirúrgicos ganglionares relatados na literatura. Não houve Estádio III ou Estádio IV.

Com Clark III, 21,7% são Estádio II e 4,4% Estádio IV. Os demais são Estádio I. Novamente, há uma correspondência com os achados cirúrgicos ganglionares na literatura.

No Nível IV de Clark, 14,8% dos tumores são Estádio II. Os demais são Estádio I, surpreendendo-nos já que esperávamos uma piora do estágio e sobrevida. Não há explicação para este achado.

Clark V contribui com estádios um pouco mais avançados. 20% são Estádio II, 10% Estádio IV e os demais Estádio I. Estes resultados clínicos diferem dos cirúrgicos encontrados na literatura. Baseado nisso, cerca de 40% dos pacientes estadiados como I, poderiam ter seu estadiamento alterado se tivessem se submetido a um esvaziamento ganglionar regional no momento do diagnóstico (envolvimento ganglionar pós-cirúrgico).

Conclusão

Nível de Clark é um dos fatores de maior importância na avaliação prognóstica do paciente com Melanoma. Quanto maior a invasão tumoral primária em profundidade, maior a sua disseminação. Não houve nenhum caso Clark I. Os demais níveis foram associados com predomínio de Estádio I, mas com uma queda progressiva a medida que o tumor se tornava mais invasivo, com exceção de Clark IV.

Summary

The authors made a epidemiologic study of 87 cases of Malignant Melanoma treated at Santa Rita Hospital (Porto Alegre, RS), from January 1974 to December 1986 and correlated Clark's Levels with Surgical Staging of the patients. Clark's Level IV was the most frequent with 31%. Stage I predominated with 80,4%. It was not observed any case in Clark's Level I.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, Y.G. et EFROM, G. Cutaneous Malignant Melanoma. Current views on pathogenesis, diagnosis, and surgical managements, Surgery, 93(4): 481-94, 1983.
- ARIEL, I.M. Theories Regarding the Etiology of Malignant Melanoma. In: ARIEL, I.M. Malignant Melanoma, New York, Appleton - Century - Crofts, 2: 9-32, 1981.
- ARIEL, I.M. Antiquity Incidence and Epidemiology of Moles and Malignant Melanoma. In: ARIEL, I.M. Malignant Melanoma, New York, Appleton - Century - Crofts, 2:33-46, 1981.
- BRUMINI, R. Câncer no Brasil: dados histopatológicos, Rio de Janeiro, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Ministério da Saúde, p. 279-346, 1982.
- CASCIATO, D.A. et LOWITZ, B.B. Skin Cancers. In: CASCIATO, D. A. Et LOWITZ, B.B. Manual of Bedside Oncology, 4º, Boston, Toronto, Little, Brown and Company, 15: 309-21, 1986.
- CROMBIE, I.K. Racial Differences in Melanoma Incidence. Br. J. Cancer, 40(2): 186-93, 1979.
- DAVIES, J.N. Cancer of Itegumentary Tissues in Uganda Africans. The basis for prevention. J Nat Cancer Ist, 41: 31-51, 1968.
- DAVIES, N.C. Melanoma: Issues of importance to the clinician. Brit J Hosp Med, 33(3): 166-70, 1985.
- DUBIN, N., MOSESON, M. and PASTERNAK, B.S. Epidemiology of Malignant Melanoma: Pigmentary traits, Ultraviolet Radiation, and the Identification of High Risk Populations. Rec Res Can Research, 102: 56-75, 1986.
- ELWOOD, J.M. Relationship of Melanoma and other skin tumor mortality to latitude and ultraviolet radiations in US and Canada. Int I Epidemiol, 3: 325-52, 1974.
- GREEN, A. Melanoma of the Skin: some epidemiological aspects. Aust Fam Physicians, 11(1): 7-12, 1982.
- GREEN, A. Sun exposure and risk of Melanoma. Aust I Derm, 3 (25): 99-102, 1984.
- GUTTERMAN, J.V. Et SCHER, H. Melanoma. In: Holland, J.F. Et FREI III E. Cancer Medicine, 2º Philadelphia, LEA & FEBINGER, 2109-40, 1982.
- HOLAN, C.D.J., ARMSTRONG, B.K., HEENAN, P.J., BLACKWELL, J. B., CUMMING, F.J., ENGLISH, D.R., HOLLAND, S., KELSALL, G. R.H., MATZ, L.R., ROUSE, I.L., SINGH, A., TENSELDAM, R. E.J., WATT, J.D. and XU, Z. The Causes of Malignant Melanoma: Results from the West Australian Lions Melanoma Research Project. Rec Res in Can Research, 102: 18-37, 1986.
- JENSEN, O.M. Et BOLANDER, A.M. Trends in Malignant Melanoma of the Skin. World Health Stat, 33: 2-26, 1980.
- KLEPP, O. Et. MAGNUS, K. Some Environmental and Bodily Characteristics of Melanoma Patients. A case-control study. Int J Cancer, 23: 482-86, 1979.
- LEJEUNE, F.J. Epidemiology and Etiology of Malignant Melanoma. Biomed Pharmacother, 40: 91-9, 1986.
- LITTLE, J.H. The Changing Epidemiology of Malignant Melanoma in Queensland. Med J Aust, 1: 66-9, 1980.
- MACKIE, R.M. The role of sunlight in the aetiology of cutaneous Malignant Melanoma. Clin Exp Dermatol, 6: 407-10, 1981.
- MAGNUS, K. Incidence of Malignant Melanoma of the Skin in Five Nordic Countries. Significance of Solar Radiation. Int J Cancer, 20: 446-85, 1977.
- MASTRANGELO, M.J. Cutaneous Melanoma. In: DE VITA Jr., V.T., Cancer: Principles and Practice of Oncology, Philadelphia, Toronto, J.B. Lippincott, Company, 1124-70, 1982.
- OSTERLIND, A. and JENSEN, O.M. Trends in incidence of Malignant Melanoma of the Skin in Denmark 1943-1982. Rec Res Can Research, 102: 8-17, 1986.
- REINGEN, D.S., McCARLY, K.M., COX, E., SEIGLER, H.F. Malignant Melanoma in Black American and White American Populations. A Comparative Review. JAMA, 248(15): 1856-1859, 1982.
- SEIGLER, H.F. Investigative in the Diagnosis and Treatment of Melanoma, Invest Radiol, 21(7): 596-600, 1986.