

Melanomas primários sincrônicos: aspectos dermatoscópicos

Primary synchronic melanomas: dermoscopic aspects

Daniela Gomes Cunha D'Assumpção¹, Gabriella Campos do Carmo das Chagas², Juliana Chaves Ruiz Guedes¹, Gustavo Costa Verardino³

RESUMO

Melanomas sincrônicos são raros e pouco descritos na literatura. São classificados dessa maneira quando um segundo melanoma é observado no primeiro exame ou até três meses após o primeiro diagnóstico. Descrevemos um inusitado caso e o exame dermatoscópico de um paciente com dois melanomas primários sincrônicos.

A dermatoscopia é uma ferramenta muito útil no diagnóstico precoce dos melanomas. Alguns padrões dermatoscópicos sugestivos de melanomas na face são aberturas anexiais assimétricas pigmentadas, estruturas romboidais e pontos e glóbulos cinza-azulados. Já na região plantar, o padrão dermatoscópico característico de melanoma é o padrão em cristas paralelas que apresenta alta sensibilidade e especificidade na detecção de melanomas acrais.

Palavras-Chave: Melanoma. Neoplasias cutâneas. Diagnóstico. Dermatoscopia.

ABSTRACT

Synchronic melanomas are rare and poorly described in the literature. They are classified in this way when a second melanoma is observed on the first examination or up to three months after the first diagnosis. An unusual case and the dermoscopic examination of a patient with two primary synchronic melanomas is described.

The dermatoscopy is a very useful tool in the early diagnosis of melanomas. Some dermatoscopy patterns suggestive of melanomas on the face are asymmetric pigmented anexiais openings, rhomboidal structures and blue-gray globules and dots. The dermatoscopy characteristic pattern of melanoma in the region of plant is the default in parallel ridges that has high sensitivity and specificity in detecting acrais melanomas.

Keywords: Melanoma. Skin Neoplasms. Diagnosis. Dermoscopy.

1. Título de especialista em dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e pelo MEC - Fellow em Dermatologia Oncológica no Instituto Nacional do Câncer - INCA.
2. Título de especialista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e pelo MEC - Médica dermatologista do Instituto Nacional do Câncer - INCA
3. Mestre em Patologia Tecnologista - Médico patologista do Instituto Nacional do Câncer - INCA

CORRESPONDÊNCIA:
Daniela Gomes Cunha D'Assumpção
Departamento de Dermatologia Oncológica
Instituto Nacional do Câncer - INCA
Praça Cruz Vermelha, 23 / 8º andar, Bairro: Centro.
Rio de Janeiro - RJ / Brasil

Recebido em 07/06/2017
Aprovado em 28/10/2017

Introdução

A incidência mundial de melanoma está aumentando, mesmo que as razões não sejam claras, sabe-se que o reconhecimento precoce com auxílio da dermatoscopia é um fator importante para esse aumento. Apesar de melanomas sincônicos serem raros, a detecção desses melanomas também está em crescimento com auxílio da dermatoscopia.

Relato de Caso

Paciente masculino, na 7ª década de vida, fototipo IV, encaminhado ao serviço de dermatologia do Instituto Nacional do Câncer (INCA) devido a lesão pigmentada suspeita na região plantar esquerda (Figura 1) com resultado de biópsia incisional revelando melanoma acral em fase de crescimento vertical, Breslow: 3,8 mm, Clark: IV e índice mitótico: 0. Relatava aparecimento de mácula marrom plantar com crescimento lento há oito anos. Procurou atendimento somente após surgimento de ulceração.

Durante exame dermatológico no setor de dermatologia oncológica do INCA foi observado lesão enegrecida, medindo 3,0 x 2,5 cm, com área nodular ulcerada no cavum plantar esquerdo (Figura 1).



Figura 1: Foto clínica do melanoma na planta esquerda: mácula enegrecida, medindo 3,0 x 2,5 cm, com área nodular ulcerada.

ra 1). À avaliação cutânea global foram observadas placas hiperocrômicas graxentas na face, sugestivas de ceratoses seborreicas, e uma mácula enegrecida assimétrica na região temporal esquerda, medindo 2,5 x 2,5 cm (Figura 2), notada pelo paciente há 8 anos.



Figura 2: Foto clínica do melanoma na região temporal esquerda (seta vermelha): mácula enegrecida assimétrica, de bordas irregulares, medindo 2,5 x 2,5 cm, próxima à várias ceratoses seborreicas.

À dermatoscopia a lesão acral evidenciava padrão de multicomponentes com cristas paralelas, borrões enegrecidos, ulceração, regressão e área vermelho-leitosa (Figura 3 e 4). A dermatoscopia da lesão temporal mostrava pseudo-rede marrom enegrecida heterogênea, aberturas foliculares assimétricas, estruturas romboidais e véu cinza-azulado (Figuras 5 e 6).

Foi realizado biópsia incisional da lesão facial com exame histopatológico revelando diagnóstico melanoma extensivo superficial "in situ" e revisão de lâmina da lesão acral confirmando os achados do exame anterior (Figura 7 e 8). Paciente foi encaminhado para tratamento cirúrgico das lesões.

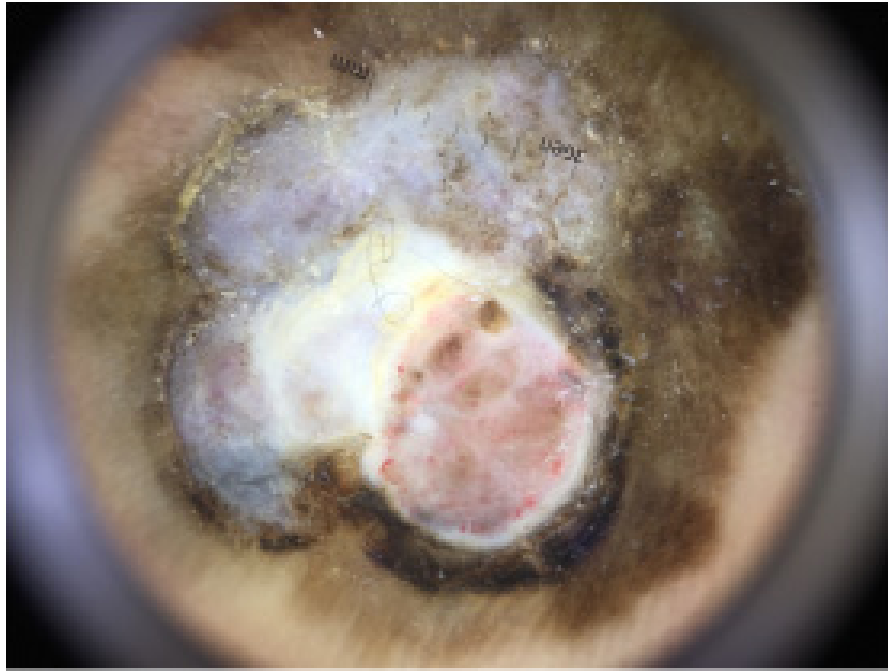


Figura 3: Foto da dermatoscopia do melanoma na planta esquerda com aumento de 10X e luz polarizada. Padrão de multicomponentes com cristas paralelas, borrões enegrecidos, área de ulceração e de regressão.

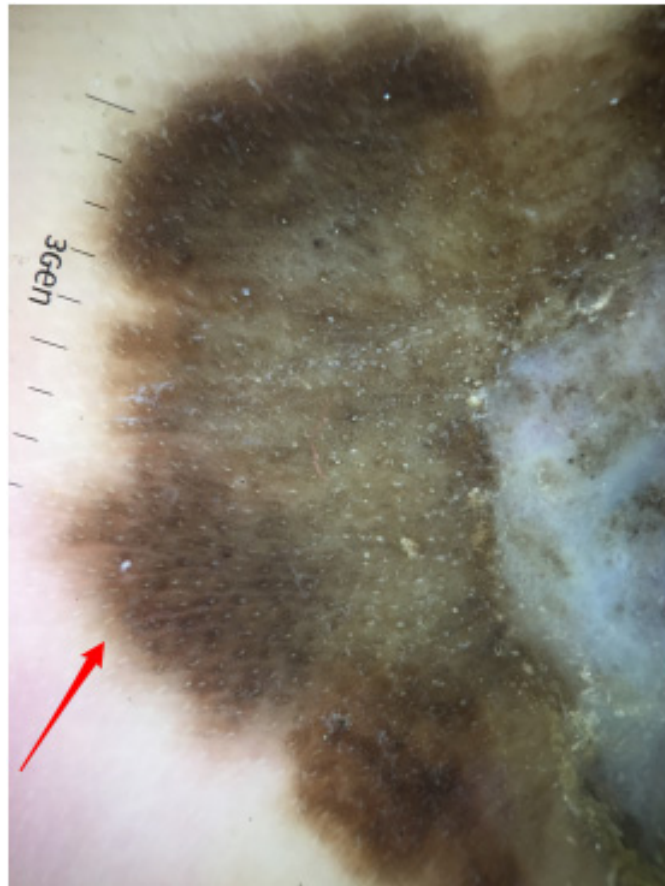


Figura 4: Foto da dermatoscopia do melanoma na planta esquerda com aumento de 50X e luz não polarizada mostrando detalhe da pigmentação em cristas paralelas (seta vermelha).

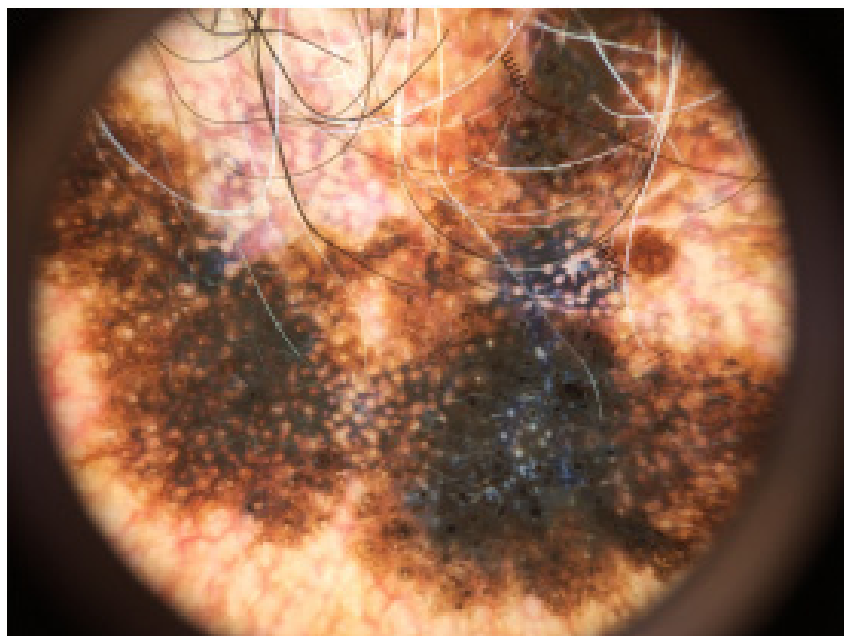


Figura 5: Foto da dermatoscopia do melanoma na região temporal com aumento de 10X e luz polarizada. Presença de pseudorede marrom enegrecida heterogênea, aberturas folicular assimétricas, borrão enegrecido e véu cinza-azulado.

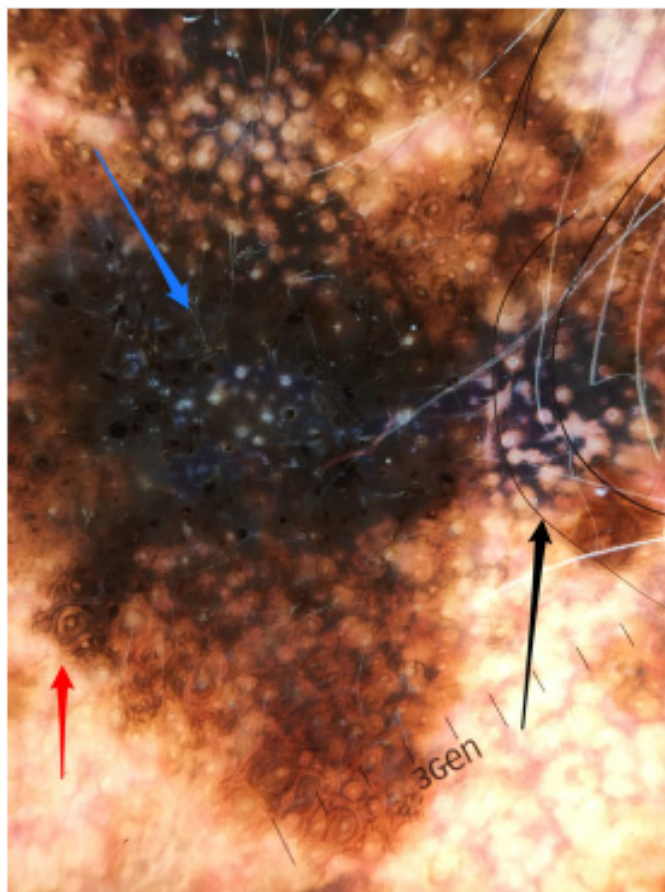


Figura 6: Foto da dermatoscopia do melanoma na região temporal com aumento de 50X e luz polarizada. Detalhe das aberturas folicular assimétricas com alguns borrões obstruindo as aberturas foliculares (seta preta), véu cinza-azulado (seta azul) e círculos dentro de círculos (seta vermelha).

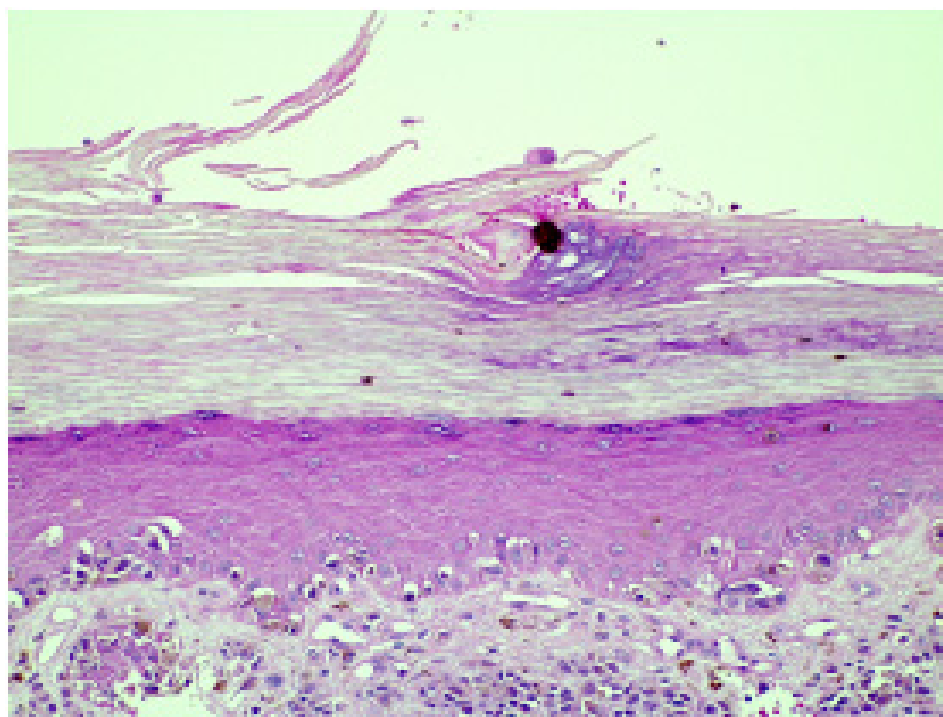


Figura 7: Foto do exame histopatológico da lesão plantar, corado com hematoxilina e eosina e aumento de 200X. Proliferação de melanócitos com acentuadas atipias na epiderme distribuídos como células lado a lado na camada basal, com disseminação pagetóide e comprometimento de anexos. O componente dérmico também exhibe atipias, com células isoladas ou formando ninhos.

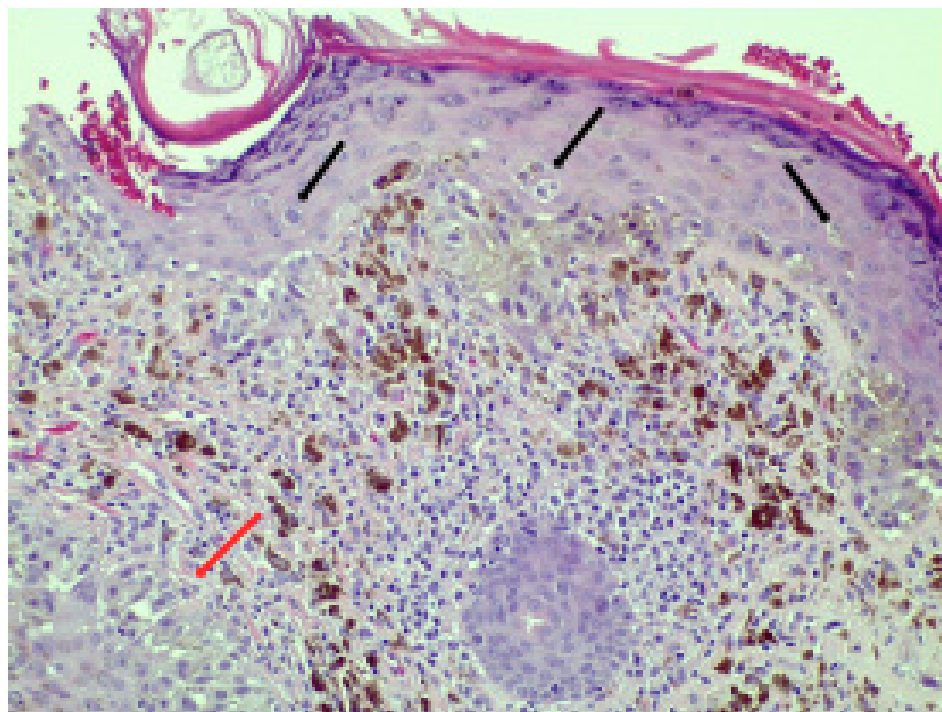


Figura 8: Foto do exame histopatológico da lesão da face, corado com Hematoxilina e eosina e aumento de 200X. Proliferação de melanócitos atípicos na epiderme distribuídos de forma contínua como células lado a lado na camada basal comprometendo a porção suprapapilar e com disseminação pagetóide (setas pretas). Associa-se moderado infiltrado linfóide, numerosos melanófagos e comprometimento do epitélio aneurysmal (seta vermelha).

Discussão

Pacientes com melanoma cutâneo sabidamente apresentam maior risco de desenvolver um segundo melanoma.^{1,2} Conforme a literatura, são considerados sincrônicos quando um segundo melanoma é observado no primeiro exame ou até três meses após o primeiro diagnóstico² e aproximadamente 1,2 a 12,7% dos pacientes com melanoma desenvolverão um ou mais melanomas primários subsequentes.³ Tumores subsequentes geralmente são mais finos e de comportamento menos agressivo,^{1,2,3} provavelmente devido a maior vigilância sobre esses pacientes.^{2,3}

A dermatoscopia das lesões pigmentadas acrais apresentam padrão característico de paralelismo, por ser um sítio anatômico peculiar. Nas lesões benignas os melanócitos encontram-se nos cones interpapilares limitantes. Esta disposição dos melanócitos gera a na dermatoscopia uma imagem em sulcos paralelos. Outro padrão frequente é o em treliça, em que as linhas também se dispõem perpendiculares aos sulcos. Já o padrão fibrilar, geralmente encontrado em locais de maior pressão, as linhas finas estão dispostas aleatoriamente em relação aos sulcos. Glóbulos e pontos podem ser encontrados associados a qualquer um desses padrões.⁴

Em contrapartida, no melanoma acral os melanócitos malignos se encontram nos cones interpapilares intermediários, evidenciando imagens dermatoscópicas com padrão em cristas paralelas. Outro padrão descrito é o padrão de multicomponentes, formado por uma combinação de variadas estruturas e cores à dermatoscopia. A presença de área vermelho-leitosa também é muito característica dessas lesões invasivas.⁵

O diagnóstico diferencial clínico do melanoma facial é difícil, particularmente em estágios iniciais. A dermatoscopia é uma técnica não invasiva eficiente para o diagnóstico das lesões pigmentadas faciais. Como a junção dermo-epidérmica facial é plana, o padrão convencional de rede em “favo de mel” é raramente encontrada. Devido a grande quantidade de folículos pilosos nessa área, forma-se pseudo-rede pigmentada, com a trama centrada no orifício folicular. Essa dermatoscopia está frequentemente presente nas lesões melanocíticas faciais benignas.

Por outro lado, a dermatoscopia das lesões melanocíticas faciais malignas apresenta um modelo de progressão.⁶ Primeiramente há pigmentação irregular das aberturas foliculares, que correspondem na histopatologia a invasão da haste pilosa pelos melanócitos malignos. Posteriormente, surgem finos pontos acinzentados e glóbulos circundando os folículos, produzindo o padrão granular anular. Em seguida, formam-se áreas pigmentadas romboidais, que são imagens em formato de losango ao redor das aberturas foliculares. Com a invasão das células malignas sobre as estruturas foliculares a hiperpigmentação coalesce obstruindo totalmente a abertura folicular, dando a origem ao borrão.⁶

Conclusão

Os melanomas são neoplasias de grande potencial de gravidade e inicialmente assintomáticos. Assim, é de fundamental importância a avaliação global do paciente durante o exame dermatológico. A dermatoscopia é um instrumento que vem se tornando crucial para o diagnóstico precoce desses tumores, permitindo maiores chances de cura e melhora do prognóstico. Esse artigo ilustra um caso incomum de melanomas sincrônicos, em que o exame físico minucioso e a dermatoscopia foram determinantes para o diagnóstico do segundo melanoma.

Referências

1. Colombino M, Sini MC, Lissia A, Giorgi V de, Stanganelli I, Ayala F. Discrepant alterations in main candidate genes among multiple primary melanomas. *J Transl Med.* 2014;12:117.
2. Solís-Arias MP1, Lammoglia-Ordiales L, Toussaint-Caire S, Galván-Martínez I, Fonte-Ávalos V. Multiple primary melanoma: a clinical case and review of the literature]. *Gac Med Mex.* 2014;150:101-5.
3. Nielsen LJ, Rosenkrantz Hölmich LR. Eleven primary melanomas, colon cancer, and atypical nevi in the same patient: a case report and literature review. *Case Rep Dermatol Med.* 2016; 2016:3145986.
4. Saida T, Oguchi S, Ishihara Y. In vivo observation of magnified features of pigmented lesions on volar skin using video microscope: Usefulness of epiluminescence techniques in clinical diagnosis. *Arch Dermatol.* 1995;131:298-304.
5. Oguchi S, Saida T, Koganehira Y, Ohkubo S, Ishihara Y, Kawachi S. Characteristic epiluminescent microscopic features of early malignant melanoma on glabrous skin. A videomicroscopic analysis. *Arch Dermatol.* 1998;134:563-8.
6. Pralong P, Bathelier E, Dalle S, Poulalhon N, Debarbieux S, Thomas L. Dermoscopy of lentigo maligna melanoma: report of 125 cases. *Br J Dermatol.* 2012;167:280-7.