

Armadilhas do melanoma: Quando o perigo está na familiaridade – série de cinco casos com mimetismo clínico de dermatoses comuns

Melanoma pitfalls: When danger lies in familiarity – a series of 5 cases of clinical mimicry of common dermatoses

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2026180596>

RESUMO

Relatamos cinco casos de melanoma com apresentação clínica inicial sugestiva de dermatoses comuns, incluindo queratose seborreica, carcinoma basocelular, doença de Bowen, queratose actínica e melanose solar. Em quatro casos, a dermatoscopia documentada revelou achados discordantes da hipótese inicial e motivou biópsia; em um caso, a evolução clínica e sangramentos recorrentes indicaram excisão, confirmando melanoma nodular espesso. A série destaca como padrões familiares favorecem ancoragem diagnóstica e atraso na suspeição. História evolutiva, preocupação do paciente, exame de pele total, dermatoscopia sistemática e baixo limiar para biópsia são estratégias práticas para reduzir vieses e melhorar o diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Melanoma; Dermoscopia; Erros de Diagnóstico

ABSTRACT

We report 5 cases of melanoma with initial clinical presentations suggestive of common dermatoses, including seborrheic keratosis, basal cell carcinoma, Bowen disease, actinic keratosis, and solar lentigo. In 4 cases, documented dermoscopy revealed findings discordant with the initial clinical impression and prompted biopsy; in 1 case, lesion evolution and recurrent bleeding prompted excision, confirming a thick nodular melanoma. This series highlights how familiar clinical patterns may promote diagnostic anchoring and delay suspicion. Lesion evolution, patient concern, total-body skin examination, systematic dermoscopy, and a low threshold for biopsy are practical strategies for reducing biases and improving early diagnosis.

Keywords: Melanoma; Dermoscopy; Diagnostic Errors

Relato de Caso

Autores:

Márcio Fellipe Menezes Viana¹
Renata Ferreira Magalhães¹
Andréa Fernandes Eloy da Costa França¹
Lucas de Teive Argollo¹
Thais Helena Buffo¹
Hamilton Ometto Stolf¹

¹ Universidade Estadual de Campinas, Dermatologia, Campinas (SP), Brasil

Correspondência:

Márcio Fellipe Menezes Viana
Email: mfellipe.menezes@gmail.com
/ marciofm@unicamp.br

Fonte de financiamento: Não
Conflito de interesses: Não

Data de submissão: 17 de junho de 2026
Decisão final: 16 de julho de 2026

Como citar este artigo:

Viana MFM, Magalhães RF, França AFEC, Argollo LT, Buffo TH, Stolf HO. Armadilhas do melanoma: Quando o perigo está na familiaridade – série de cinco casos com mimetismo clínico de dermatoses comuns. Surg Cosmet Dermatol. 2026;18(3):e20260596.

INTRODUÇÃO

Melanomas podem mimetizar lesões mais prevalentes na rotina dermatológica, como carcinoma basocelular (CBC), doença de Bowen, queratose actínica (QA), queratose seborreica e outras dermatoses benignas ou queratinocíticas. Esse mimetismo favorece vieses cognitivos, especialmente ancoragem e fechamento prematuro do diagnóstico, ao ativar padrões clínicos familiares e reduzir a percepção de risco.¹⁻³

A dermatoscopia aumenta a acurácia diagnóstica para detecção de melanoma em comparação ao exame clínico isolado e pode funcionar, na prática, como uma estratégia para interromper o reconhecimento intuitivo de padrões quando há discordância entre a impressão clínica inicial e os achados morfológicos.⁴

Em cenários nos quais a dermatoscopia não está disponível ou não foi documentada, a história de evolução da lesão — correspondente ao critério “E” da regra do ABCDE — deve reduzir o limiar para biópsia, especialmente diante de crescimento, mudança de cor, alteração de superfície, sintomas ou sangramento.⁴⁻⁷ Além disso, o exame de pele total pode aumentar a detecção de câncer cutâneo mesmo em pacientes com queixa focal, reduzindo a “visão em túnel” no contexto ambulatorial. A preocupação expressa pelo paciente também pode apoiar a decisão clínica quando a avaliação é inconclusiva.^{9,10}

Esta série é apresentada por seu valor didático e aplicabilidade imediata na rotina dermatológica, ao demonstrar cinco apresentações aparentemente comuns que ocultavam melanoma.

RELATO DOS CASOS

Série retrospectiva de cinco casos submetidos a excisão cirúrgica. Para cada caso, foram descritos: local anatômico, evolução, padrão clínico, achados dermatoscópicos e anatomopatológico.

Caso 1: Paciente, 70 anos, fototipo II, com múltiplas máculas acastanhadas homogêneas semelhantes a melnose solar ou QA pigmentada, sem lesão que se destacasse, em geral, das demais. À dermatoscopia da região temporal esquerda, evidenciou sinais de atipia melanocítica, elevando a suspeita e motivando biópsia diagnóstica. Histopatologia confirmou lentigo maligno (Figura 1).

Caso 2: Paciente, 60 anos, fototipo III, com história de lesão na coxa esquerda com surgimento há mais de 5 anos, com sangramentos frequentes secundários a manipulação. Ao exame, lesão verrucosa de grandes dimensões, clinicamente compatível com ceratose seborreica; sem dermatoscopia registrada. A retirada foi indicada por tamanho, crescimento ao longo do tempo e preferência informada da paciente. Histopatologia confirmou melanoma nodular de padrão nevoide, com índice de Breslow de 4 mm. A ausência de registro da dermatoscopia neste caso foi deliberadamente mantida na análise como parte do fenômeno estudado, reforçando a necessidade de baixa tolerância a incerteza diante de lesões em evolução (Figura 2).

Caso 3: Paciente, 62 anos, fototipo III, com história de lesão eritematosa levemente descamativa no membro superior

esquerdo de surgimento há 6 meses, com aspecto clínico inicial de doença de Bowen ou CBC superficial. A dermatoscopia registrada evidenciou padrões vasculares (padrão de vasos polimórficos e áreas sem estruturas) incompatíveis com uma queratose isolada, motivando biópsia diagnóstica. Histopatologia confirmou melanoma extensivo superficial *in situ* (Figura 3).

Caso 4: Paciente de 48 anos, fototipo II, com nódulo, de surgimento há vários meses, na região pré-auricular esquerda, eritematoso, com brilho perolado, de aspecto clínico compatível com CBC. A dermatoscopia foi registrada e levantou suspeita de lesão melanocítica/atípica, determinando biópsia excisional, e não incisional como seria na suspeita do CBC. A confirmação histopatológica foi melanoma nodular hipomelanótico, com índice de Breslow de 2,3 mm (Figura 4).

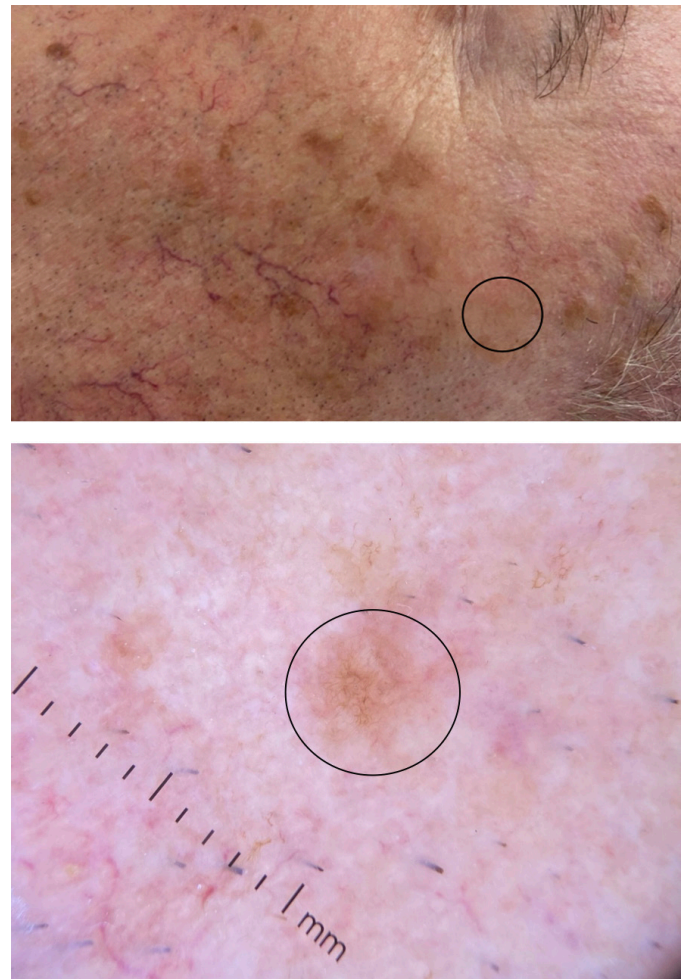


FIGURA 1. Mácula pigmentada na região temporal esquerda. À dermatoscopia, pigmentação folicular assimétrica e projeções lineares emergindo de óstios foliculares. No círculo preto, pigmentação folicular assimétrica e estruturas romboidais.

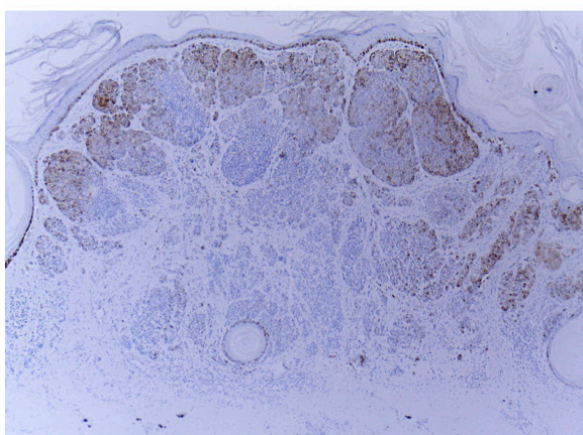
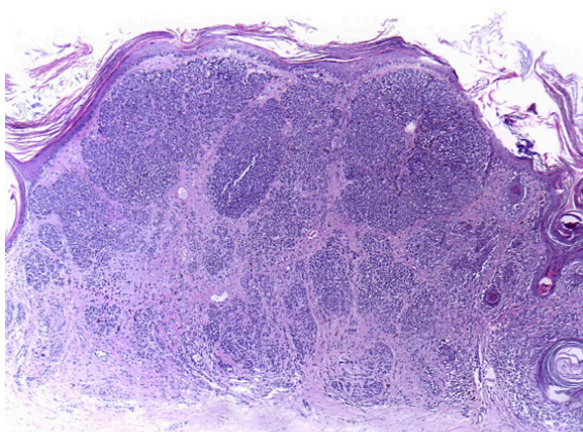


FIGURA 2. Lesão hiperqueratótica verrucosa de 3 cm, na coxa esquerda. Na histopatologia, há proliferação melanocítica em arranjo com padrão papilomatoso em meio aos pseudocistos córneos, hiperqueratose, contornos bem delimitados e aspecto exófito. Os melanócitos epitelioides atípicos estão situados na junção dermoepidérmica, e, na derme, as células lesionais reduzem de tamanho, imitando a maturação em profundidade do nevo melanocítico. Na imunohistoquímica com marcador HMB-45 ($\times 40$), visualizada a maturação em profundidade imitando um nevo melanocítico.

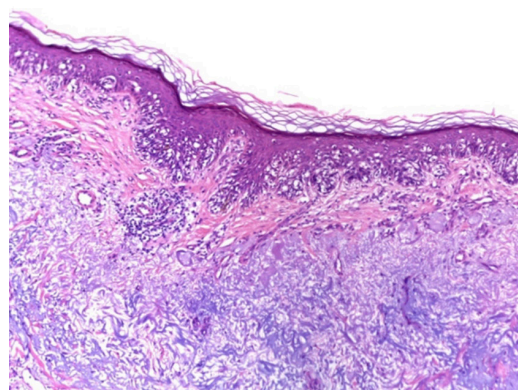
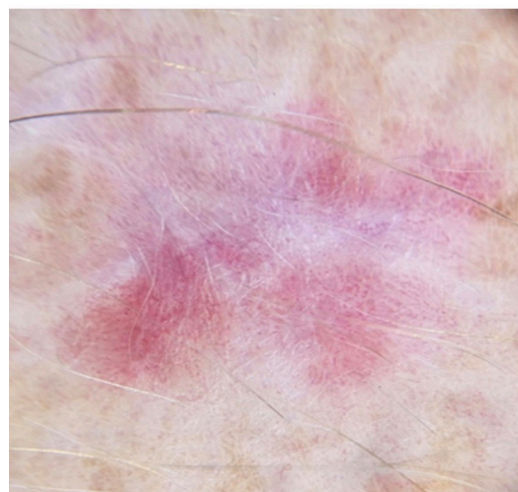


FIGURA 3. Placa eritematosa levemente descamativa no antebraço esquerdo, em torno de 1,5 cm (círculo preto). A dermatoscopia, observadas estruturas branco brilhantes e padrão vascular atípico. Histopatologia revela proliferação melanocítica atípica predominantemente juncional, com crescimento lentiginoso ao longo da camada basal e irregularidade arquitetural (distribuição assimétrica/heterogênea), com focos sugestivos de disseminação pagetoide (melanócitos isolados suprabasais).

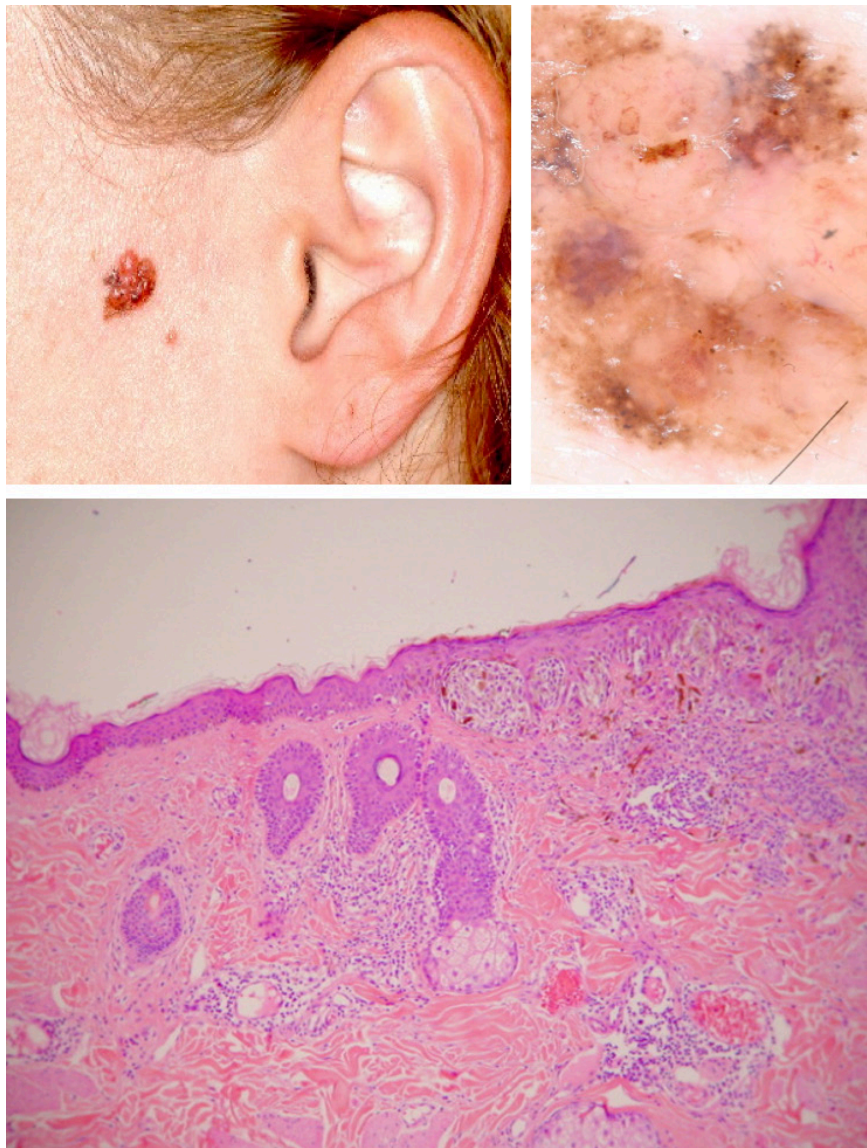


FIGURA 4. Pápula eritematosa de aproximadamente 1 cm na região pré-auricular esquerda, com brilho perolado. À dermatoscopia, observados glóbulos e rede atípicos, véu branco-azulado e fundo róseo leitoso. Histopatologia revela proliferação celular densa, nodular/expansiva, assimétrica e pouco circunscrita, ocupando principalmente a derme superficial e média, composta por células atípicas em arranjos em lençóis/ninhos mal definidos, com escasso ou ausente pigmento melânico (compatível com padrão hipomelanótico).

Caso 5: Paciente, 68 anos, fototipo II, lesão eritemato-queratósica no antebraço direito, com aspecto clínico inicial de doença de Bowen ou QA. A dermatoscopia registrada evidenciou padrões vasculares incompatíveis com tal diagnóstico, motivando biópsia diagnóstica. Histopatologia confirmou melanoma extensivo superficial *in situ* (Figura 5).

DISCUSSÃO

Os cinco casos apresentados ilustram um mesmo mecanismo diagnóstico: apresentações clínicas suficientemente familiares para induzir ancoragem em hipóteses muito mais prevalentes, apesar de corresponderem a melanomas. Embora melanomas

que mimetizam lesões não melanocíticas representem apenas cerca de 1,4% dos casos em centros terciários, sua relevância clínica é desproporcional, pois essas apresentações estão associadas a maior espessura de Breslow, maior frequência de micrometástases e maior positividade do linfonodo sentinela, refletindo o atraso diagnóstico inerente ao mimetismo clínico.¹

Mais do que ausência de sinais de malignidade, essas apresentações exploram atalhos cognitivos inerentes ao raciocínio diagnóstico, especialmente o reconhecimento intuitivo de padrões, favorecendo vieses como ancoragem e fechamento prematuro do diagnóstico. Esses mecanismos, fundamentais para a prática médica cotidiana, tornam-se vulneráveis quando lesões

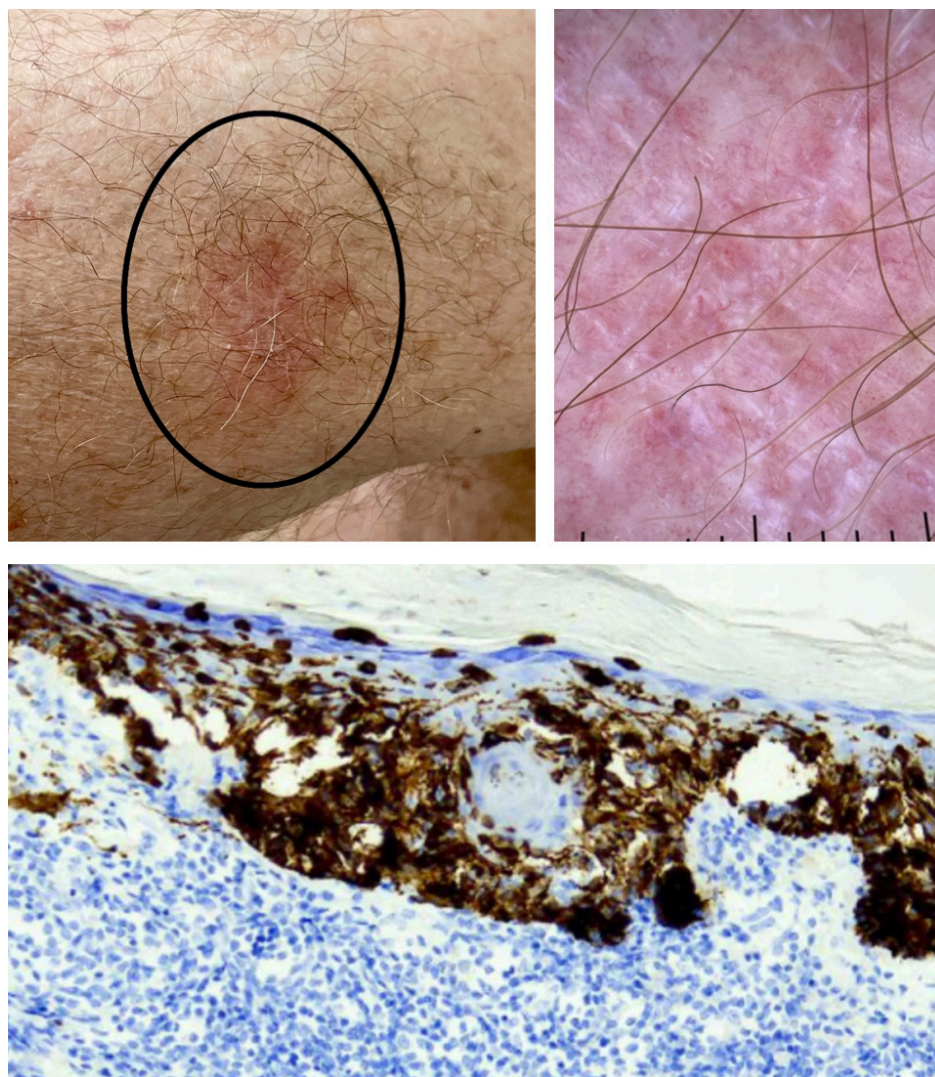


FIGURA 5. Placa eritematosa levemente descamativa em torno de 1,2 cm no braço esquerdo. À dermatoscopia, observado fundo eritematoso, estruturas branco brilhantes e vasos atípicos. Histopatologia confirmou diagnóstico de melanoma in situ tipo lentigo maligno.

malignas reproduzem características típicas de dermatoses muito mais prevalentes, aumentando o risco de atraso diagnóstico.^{2,3}

O caso 2 exemplifica esse fenômeno. Uma lesão verrucosa, clinicamente compatível com queratose seborreica, revelou melanoma nodular com índice de Breslow de 4 mm. Nesse contexto, a ausência de documentação dermatoscópica evidencia uma limitação relevante da avaliação inicial e reforça que lesões em evolução, mesmo quando aparentemente benignas, devem reduzir — e não aumentar — o limiar para biópsia.

A dermatoscopia representa uma das principais estratégias para mitigar esse processo de ancoragem diagnóstica. Ao substituir a impressão clínica inicial por uma avaliação sistemática de critérios morfológicos, ela reduz a dependência exclusiva do reconhecimento intuitivo de padrões e aumenta significativamente a acurácia diagnóstica. Revisão sistemática envolvendo mais de 23 mil lesões demonstrou aumento significativo da sen-

sibilidade e da especificidade para o diagnóstico de melanoma quando a dermatoscopia foi associada ao exame clínico, reduzindo simultaneamente melanomas não diagnosticados e excisões desnecessárias.⁴ Na presente série, esse benefício foi evidente em quatro dos cinco casos, nos quais a documentação dermatoscópica modificou a hipótese diagnóstica inicial ao revelar estruturas incompatíveis com doença de Bowen, QA ou CBC.

Além de aumentar a acurácia diagnóstica, a dermatoscopia auxilia na identificação de variantes de melanoma particularmente desafiadoras. Melanomas que simulam queratose seborreica frequentemente apresentam assimetria estrutural, vasos atípicos e ausência dos critérios clássicos de queratose, enquanto melanomas amelanóticos ou hipomelanóticos podem apresentar fundo rosado associado a vasos polimórficos, simulando CBC, tumores queratinocíticos ou dermatoses inflamatórias.^{5,6} Esses achados reforçam que a dermatoscopia deve ser utilizada não

apenas para confirmar a hipótese clínica inicial, mas sobretudo para identificar elementos que a contradigam.

Entretanto, a dermatoscopia não substitui a história clínica. A evolução da lesão, representada pelo critério “E” da regra do ABCDE, foi incorporada aos critérios de avaliação clínica do melanoma justamente por contemplar mudanças em tamanho, forma, cor, superfície ou sintomas, incluindo sangramento e sensibilidade.⁷ O caso 2 ilustra esse princípio: apesar da ausência de dermatoscopia documentada, o crescimento progressivo e os episódios recorrentes de sangramento motivaram a excisão, permitindo o diagnóstico definitivo.

O atraso diagnóstico decorre da interação entre fatores relacionados ao paciente e ao médico. Muitos pacientes retardam a procura por assistência após perceberem alterações na lesão, enquanto tratamentos empíricos, baixa suspeição clínica e demora no encaminhamento também contribuem para o diagnóstico em estágios mais avançados.⁸ Nesse cenário, a preocupação expressa pelo paciente deve ser considerada um dado clínico adicional, especialmente quando associada a lesões em evolução ou com características atípicas.⁹

Outro aspecto relevante evidenciado por esta série é a importância do exame de pele total. Além de reduzir a chamada “visão em túnel”, centrada exclusivamente na queixa principal, essa prática aumenta a detecção de tumores cutâneos adicionais, incluindo melanomas não relacionados ao motivo inicial da consulta, constituindo uma estratégia simples e de elevado impacto na prática dermatológica.¹⁰

Os casos apresentados permitem destacar três recomendações práticas para a rotina dermatológica: (1) incorporar e documentar sistematicamente a dermatoscopia, especialmente em lesões aparentemente banais, porém atípicas ou em evolução; (2) manter baixo limiar para biópsia quando houver discordância entre a impressão clínica, a história evolutiva e os achados dermatoscópicos; e (3) integrar, de forma sistemática, a evolução da lesão, a preocupação do paciente e o exame de pele total ao raciocínio diagnóstico.

O principal desafio dos melanomas mimetizadores não é a ausência de sinais de malignidade, mas sua capacidade de reproduzir padrões clínicos extremamente familiares ao dermatologista. A familiaridade, portanto, não deve reduzir a vigilância diagnóstica; ao contrário, deve estimular uma avaliação mais criteriosa diante de lesões em evolução ou com achados discordantes. A integração entre história clínica, dermatoscopia documentada, exame de pele total e baixo limiar para confirmação histopatológica constitui uma estratégia prática para reduzir vieses cognitivos, minimizar atrasos diagnósticos e melhorar o prognóstico do melanoma. ●

Agradecimento

À Dra Mercedes Cristina Mongeli Martim Paro pela documentação de um caso demonstrado neste artigo e seu entusiasmo pela dermatoscopia da pele.

REFERÊNCIAS:

1. Detrixhe A, Libon F, Mansuy M, Nikkels-Tassoudji N, Rorive A, Arrese JE, et al. Melanoma masquerading as nonmelanocytic lesions. *Melanoma Res.* 2016;26(6):631-4.
2. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med.* 2003;78(8):775-80.
3. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med.* 2005;165(13):1493-9.
4. Dinnes J, Deeks JJ, Chuchu N, Ferrante di Ruffano L, Martin RN, Thomson DR, et al. Dermoscopy, with and without visual inspection, for diagnosing melanoma in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;12(12):CD011902.
5. Carrera C, Segura S, Aguilera P, Scalvenzi M, Longo C, Barreiro A, et al. Dermoscopic clues for diagnosing melanomas that resemble seborrheic keratosis. *JAMA Dermatol.* 2017;153(6):544-51.
6. Pampena R, Lai M, Lombardi M, Mirra M, Raucci M, Lallas A, et al. Clinical and dermoscopic features associated with difficult-to-recognize variants of cutaneous melanoma: a systematic review. *JAMA Dermatol.* 2020;156(4):430-9.
7. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, McCarthy WH, Osman I, et al. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria. *JAMA.* 2004;292(22):2771-6.
8. Xavier MHSB, Drummond-Lage AP, Baeta C, Rocha L, Almeida AM, Wainstein AJA. Delay in cutaneous melanoma diagnosis: sequence analyses from suspicion to diagnosis in 211 patients. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(31):e4396.
9. Stoecker WV, Rader RK, Rabinovitz HS, Oliviero M, Calcara DA, Malter JM, et al. Patient concern as a predictor of cutaneous malignancy. *Br J Dermatol.* 2016;174(1):222-4.
10. Argenziano G, Zalaudek I, Hofmann-Wellenhof R, Bakos RM, Bergman W, Blum A, et al. Total body skin examination for skin cancer screening in patients with focused symptoms. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66(2):212-9.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Márcio Fellipe Menezes Viana 0009-0005-1663-9591

Concepção e planejamento do estudo, Elaboração e redação do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados, Revisão crítica da literatura

Renata Ferreira Magalhães 0000-0001-9170-932X

Análise estatística, Revisão crítica do manuscrito

Andréa Fernandes Eloy da Costa França 0000-0003-1657-4570

Análise estatística, Concepção e planejamento do estudo

Lucas de Teive Argollo

Obtenção, análise e interpretação dos dados

Thais Helena Buffo 0000-0002-6833-7596

Aprovação da versão final do manuscrito, Participação efetiva na orientação da pesquisa, Revisão crítica da literatura

Hamilton Ometto Stolf 0000-0002-3540-2769

Aprovação da versão final do manuscrito, Participação efetiva na orientação da pesquisa, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica do manuscrito