Dermatoscopia na gestação

Dermatoscopy in pregnancy

Autores:
Juliana Machado Canosa[1]
Eduard René Brechtbühl[2]
João Pedreira Duprat Neto[3]
Gisele Gargantini Rezze[4]

[1] Dermatologista do Núcleo de Câncer de Pele e Dermatologia do Hospital AC Camargo da Fundação Antonio Prudente – São Paulo (SP), Brasil.
[2] Cirurgião plástico do Núcleo de Câncer de Pele e Dermatologia do Hospital AC Camargo da Fundação Antonio Prudente – São Paulo (SP), Brasil.
[3] Cirurgião oncológico do Núcleo de Câncer de Pele e Dermatologia do Hospital AC Camargo da Fundação Antonio Prudente – São Paulo (SP), Brasil.
[4] Dermatologista do Núcleo de Câncer de Pele e Dermatologia do Hospital AC Camargo da Fundação Antonio Prudente – São Paulo (SP), Brasil.

RESUMO

O prognóstico do melanoma cutâneo depende principalmente da sua espessura, sendo a detecção precoce de melanomas iniciais extremamente importante para a maior sobrevida dos pacientes. Com a utilização do exame dermatoscópico, pode-se alcançar acurácia de aproximadamente 90%. Alterações em lesões pigmentadas durante a gestação podem ocorrer, porém a dificuldade é saber se são benignas ou se correspondem a melanoma. O recurso diagnóstico da dermatoscopia permite aumentar a margem de acerto no diagnóstico e na detecção do melanoma nos estádios mais iniciais, melhorando o prognóstico e consequentemente a sobrevida do paciente.

Palavras-chave: gravidez; melanoma; dermoscopia.

ABSTRACT

Cutaneous melanoma's prognoses depend primarily on the tumor's thickness; early detection of melanomas is extremely important to increase a patient's chances of survival. The use of dermatoscopy can be up to 90% accurate. Changes in pigmented lesions may occur during pregnancy, however the challenge lies in knowing whether such changes are benign or whether they indicate a melanoma. Dermatoscopy is an important diagnostic tool that increases the accuracy of detection and diagnosis of the margins of melanomas in their earliest stages, which consequently improves patients' prognosis and survival rates.

Keywords: *pregnancy; melanoma; dermoscopy.*

Correspondência para:
Hospital AC Camargo
Núcleo de Câncer de Pele e Dermatologia
Rua Professor Antonio Prudente, 211 – Liberdade
01509-010 – São Paulo – SP
E-mail: jqpmachado@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O prognóstico do melanoma cutâneo depende principalmente de sua espessura, sendo a detecção precoce de melanomas iniciais extremamente importante para a maior sobrevida dos pacientes. A acurácia diagnóstica do melanoma cutâneo é estimada entre 75 e 80% quando feito por dermatologistas a olho nu e mais baixa quando estabelecida por residentes e clínicos gerais. Com a utilização do exame dermatoscópico, pode-se alcançar acurácia de aproximadamente 90%.[1-3] A dermatoscopia é método não invasivo que pode auxiliar o médico no diagnóstico de tumores cutâneos.

As estruturas dermatoscópicas e as cores, junto com sua distribuição, geralmente podem auxiliar na diferenciação entre lesões melanocíticas e não melanocíticas e entre tumores malignos e benignos.[3]

Data de recebimento: 22/08/2011
Data de aprovação: 08/09/2011

Trabalho realizado no Hospital AC Camargo da Fundação Antonio Prudente – São Paulo (SP), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum
Suporte financeiro: Nenhum

RELATO DE CASO

Relata-se o caso da paciente I. R., 30 anos, do sexo feminino, branca, procedente de São Paulo-SP. Nos antecedentes familiares revela pai com câncer de esôfago, mãe e tia paterna com câncer de mama. Chegou ao Hospital AC Camargo encaminhada por outro serviço, relatando lesão removida no membro superior direito em janeiro de 2010 com exame anatomopatológico correspondendo a melanoma extensivo superficial, crescimento radial, Breslow de 0,3mm, índice mitótico 0/10 campos de grande aumento (CGA), 0mm², discreta infiltração linfocitária peritumoral, presença de nevo preexistente e margens livres. Foi indicada então a ampliação de margens, cujo anatomopatológico de fevereiro de 2010 mostrou fibrose dérmica cicatricial com reação gigantocelular do tipo corpo estranho e ausência de neoplasia residual.

Foi então indicada a dermatoscopia digital, realizada em 22/02/2010 (Figuras 1), sendo incluídas 208 lesões, sem indicação de exérese nessa ocasião. Conforme o protocolo de seguimento no Hospital AC Camargo, nova dermatoscopia digital foi feita em 31/05/2010 (Figura 2), novamente sem indicação de exérese. A paciente então não retornou ao serviço seis meses depois, conforme orientação, engravidou e teve abortamento, só voltando para nova dermatoscopia digital um ano após a última, em 25/05/2011. Uma das lesões em abdome apresentou crescimento significativo, sugerindo melanoma (Figuras 3). O laudo anatomopatológico de 01/06/2011 é o que se segue:

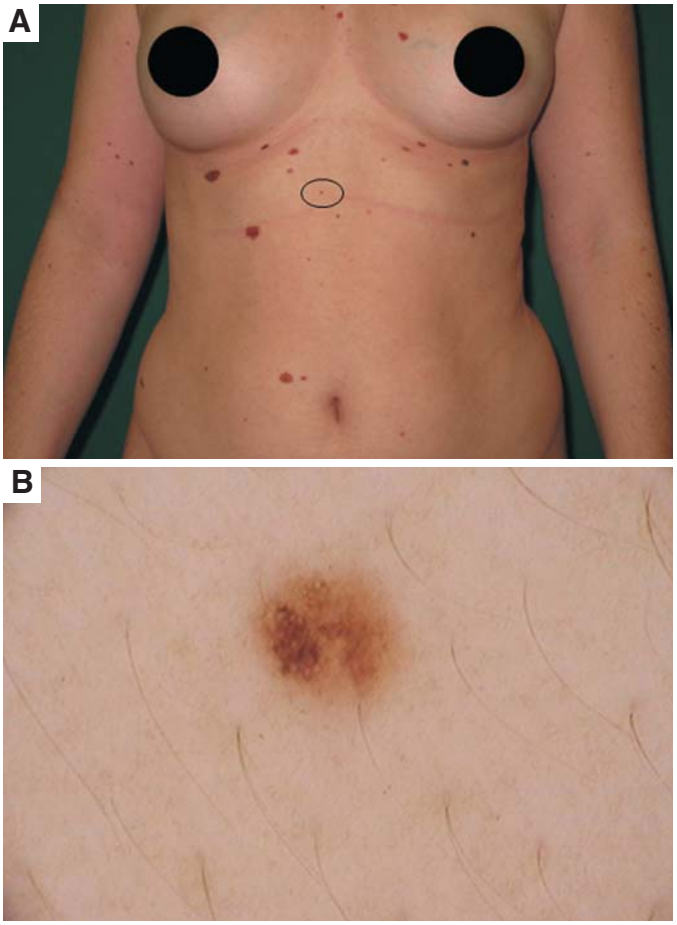

Figura 1 - Mapeamento corporal total e dermatoscopia digital realizados em 22/02/2010. **A -** Fotografia macroscópica; **B -** Dermatoscopia da lesão acompanhada

Figura 2 - Dermatoscopia da lesão acompanhada realizada em 31/05/2010

Melanoma maligno invasivo.

- Tipo: extensivo superficial.
- Fase de crescimento: radial.
- Ulceração: Não detectada.
- Nível de Clark: II.
- Profundidade de infiltração (Breslow): 0,33mm.
- Índice mitótico: 0/10CGA 0/mm².
- Infiltrado inflamatório peritumoral: intenso.
- Infiltrado inflamatório intratumoral: não detectado.
- Áreas de regressão: não detectadas.
- Invasão vascular sanguínea: não detectada.
- Invasão vascular linfática: não detectada.
- Invasão perineural: não detectada.
- Satelitose microscópica: não detectada.
- Nevo preexistente: não detectado.
- Margens cirúrgicas de ressecção: livres de comprometimento neoplásico.

DISCUSSÃO

O melanoma é dos tumores mais comuns diagnosticados na gravidez, só perdendo para os cânceres de mama e de colo de útero. Enquanto a ocorrência de tumores malignos em mulheres grávidas é aproximadamente de um em 1.000, cerca de 8% de todos os tumores na gravidez são melanomas.[4,5]

Sabemos que modificações de lesões pigmentadas podem ocorrer durante a gestação, porém existe dificuldade na diferenciação entre alterações benignas e melanoma. Por esse motivo, lançamos mão do recurso diagnóstico da dermatoscopia, que nos permite aumentar a acurácia diagnóstica e a detecção do melanoma nos estádios mais iniciais, melhorando o prognóstico e, consequentemente, a sobrevida do paciente.[1]

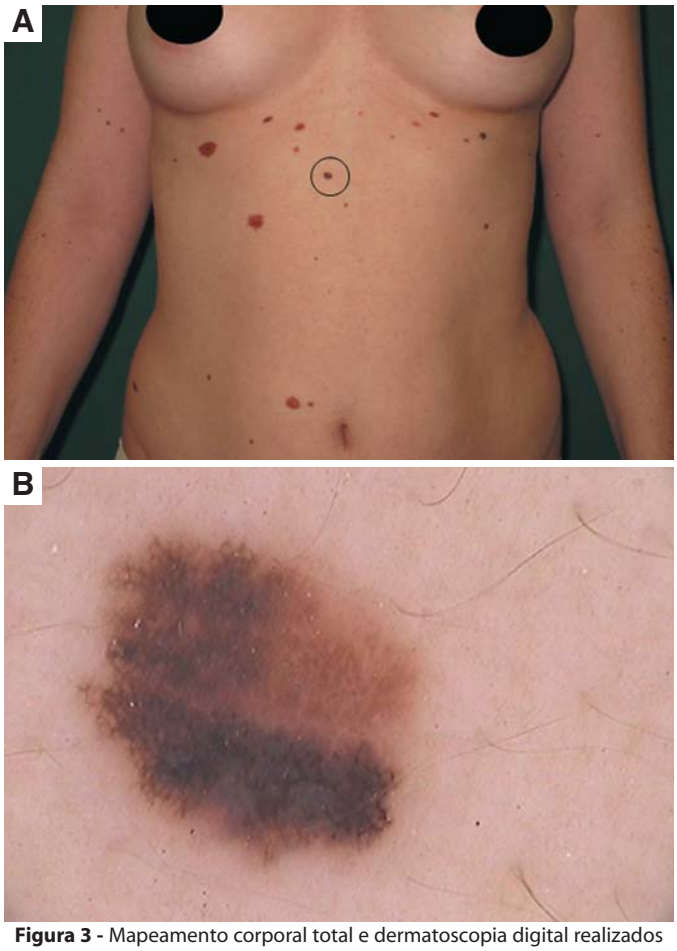

Figura 3 - Mapeamento corporal total e dermatoscopia digital realizados em 25/05/2011. A - Fotografia macroscópica; **B -** Dermatoscopia da lesão acompanhada

No entanto, conforme descreveu Menzies e cols, alguns melanomas iniciais podem não apresentar características que os diferenciem de lesões benignas. Nesse caso, é imprescindível o acompanhamento dermatoscópico para que seja feita a detecção precoce.[1]

No momento essa paciente encontra-se em seguimento clínico e dermatoscópico no ambulatório do Núcleo de Câncer de Pele e Dermatologia do Hospital AC Camargo. ●

REFERÊNCIAS

1. Menzies SW, Gutenev A, Avramidis M, Batrac A, McCarthy WH. Short-term digital surface microscopic monitoring of atypical or changing melanocytic lesions. Arch Dermatol. 2001:137(12):1583-9.
2. Haenssle HA, Krueger U, Vente C, Thoms KM, Bertsch HP, Zutt M, et al. Results from an observational trial: digital epiluminescence microscopy follow-up of atypical nevi increases the sensitivity and the chance of success of conventional dermoscopy in detecting melanoma. J Invest Dermatol. 2006;126(5):980-5.
3. Rezze GG; Sá BCS, Neves RI. Dermatoscopia: o método de análise de padrões. An Bras Dermatol. 2006;81(3):261-8..
4. Youn SH, Lee YW, Seung NR, Park EJ, Cho HJ, Kim KH, et al. Rapidly progressing malignant melanoma influenced by pregnancy. Int J Dermatol. 2010;49(11):1318-20.
5. Stensheim H. Malignant melanoma and pregnancy. Onkologie. 2009;32(12):715-6.