

Artigo Original

Autores:

Ellem Tatiani de Souza Weimann¹
Thaísa Saddi Tannous Sílvino¹
Lissa Sabino de Matos¹
André Luiz Simião²
Adilson Costa³

¹ Especializanda do 3º ano de Dermatologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMPINAS) – Campinas (SP), Brasil.

² Chefe do Ambulatório de Tumores, Cirurgia e Cirurgia de Mohs da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMPINAS) – Campinas (SP), Brasil.

³ Doutor em Dermatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) – São Paulo (SP), Brasil; "Safety Assessment in Cosmetics in Europe" - Vrije Universiteit Brussel, Bruxelas, Bélgica

Correspondência para:

A/C. Ellem Tatiani de Souza Weimann
Hospital e Maternidade Celso Pierro
Pontifícia Universidade Católica de
Campinas – PUC Campinas
Departamento de Dermatologia
Av John Boyd Dunlop, SN, Jd Ipaussurama
CEP: 13060-904
E-mail: tatianisouza03@yahoo.com.br

Data de recebimento: 07/07/2014

Data de aprovação: 21/09/2014

Trabalho realizado na Universidade Federal de Goiás – Goiânia (GO), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

Delimitação epidemiológica dos casos de melanoma cutâneo atendidos em um hospital terciário de Campinas, São Paulo, Brasil

Epidemiological delineation of cutaneous melanoma cases treated in a tertiary hospital in Campinas, São Paulo State, Brazil

RESUMO

Introdução: O melanoma cutâneo apresenta significativa relevância entre os tumores malignos de pele, pois apesar de sua baixa incidência (3-4%) é o de maior mortalidade. No Brasil, as estimativas para o ano de 2014 correspondem a 10% de todas as neoplasias sendo portando um importante problema de saúde pública.

Objetivos: Apresentar dados epidemiológicos relacionados ao câncer de pele melanoma em uma região do interior do Estado de São Paulo.

Métodos: Estudo descritivo, retrospectivo e transversal através de análise de dados de prontuários médicos de um hospital terciário, sujeito a viés de aferição e informação. Realizou-se análise descritiva com frequência e porcentagem.

Resultados: A prevalência dos casos de melanoma cutâneo foi para o sexo feminino (71%), indivíduos entre 50 e 70 anos (56%), caucasianos (78%), que identificaram suas lesões através de auto-exame (42%), com predomínio de acometimento no tronco (35%). O tipo subtipo histológico mais prevalente foi o disseminativo superficial (58%).

Conclusões: Conhecer a epidemiologia do melanoma cutâneo em uma dada região permite e facilita ações médicas, a fim de serem estabelecidas melhores estratégias de prevenção primária e secundária.

Palavras-chave: melanoma; epidemiologia; neoplasias cutâneas.

ABSTRACT

Introduction: Cutaneous melanoma has significant relevance among malignant skin tumors, for despite its low incidence (3-4%) it is associated with the highest mortality. In Brazil, estimates for the year 2014 correspond to 10% of all cancers, establishing this as an important public health issue.

Objectives: To present epidemiological data related to melanoma skin cancer in the midlands of the Brazilian State of São Paulo.

Methods: Descriptive retrospective cross-sectional analysis of data from a tertiary hospital's medical records. The analysis was subject to measurement and information bias. A descriptive analysis with frequency and percentage was carried out.

Results: There was a prevalence of cutaneous melanoma in women (71%), patients between 50 and 70 years of age (56%), Caucasians (78%), and individuals who identified their lesions through self-examination (42%), with predominant involvement of the trunk (35%). The most prevalent histological subtype was the superficial spreading (58%).

Conclusions: Understanding the epidemiology of cutaneous melanoma in a given geographic region enables and facilitates medical actions, allowing for the better establishment of strategies for primary and secondary prevention.

Keywords: melanoma, epidemiology, skin neoplasms.

INTRODUÇÃO

A incidência do câncer de pele tem aumentado em todo o mundo nas últimas três décadas. A propensão a desenvolver câncer de pele durante a vida está relacionada tanto a características individuais quanto ambientais, incluindo tipo de pele e fenótipo, história familiar positiva para câncer da pele e nível de exposição à radiação ultravioleta (UV), cumulativa ao longo da vida.¹ O melanoma cutâneo apresenta significativa relevância entre os tumores malignos de pele, pois apesar de sua baixa incidência (3–4%) é o de maior mortalidade.²

Numa escala global, o melanoma cutâneo é estimado como sendo o 12^a a 15^a câncer mais diagnosticado, entretanto em alguns países desenvolvidos é o primeiro ou segundo tumor em adultos jovens.³ Uma alta ocorrência é observada na Austrália e regiões aonde a população predominante é a caucasiana. Baixos a intermediários índices são vistos na América Latina, entretanto os índices mais baixos são em áreas de habitantes Asiáticos ou Africanos.⁴ Sortino-Rachou (2011) encontrou, entre 1998 e 2002, um total de 4,465 casos de melanoma registrados na América Latina, o que correspondia a 1,2% de todos os melanomas cutâneos registrados na Base de Dados CI5–IX. Este mesmo autor apresentou a incidência de melanoma variando entre 1,1 a 6,5 casos/100000 hab, na América Latina, sendo 4,6/100000 habitantes para o sexo masculino e 4,3/100000 para o sexo feminino.⁵

No Brasil, as estimativas para o ano de 2014 são de 5890 novos casos de melanoma cutâneo, sendo 2960 para homens e 2930 para mulheres, totalizando 10% de todas as neoplasias. Para o Estado de São Paulo estima-se 830 casos novos (incidência de 3,97 novos casos/100.000 habitantes) no sexo masculino e 1010 casos novos no feminino (incidência de 4,59), representando um verdadeiro problema de saúde pública.⁶ O objetivo desse estudo foi apresentar os dados epidemiológicos relacionados ao câncer de pele melanoma em uma região de Campinas, São Paulo, Brasil, visto que existem poucas pesquisas que descrevem dados populacionais de regiões específicas do país.

MÉTODOS

Estudo transversal, retrospectivo e descritivo realizado através de dados secundários de prontuários de todos os pacientes com diagnóstico de melanoma, do serviço de Dermatologia da Pontifícia Universidade de Campinas – PUCCampinas, São Paulo, Brasil.

O critério de inclusão foi o diagnóstico de melanoma como neoplasia cutânea primária. O melanoma não cutâneo primário constituiu um critério de exclusão. Foram coletados dados referentes à: idade, sexo, cor da pele, comorbidades, tempo de surgimento da lesão, forma de procura do serviço médico, antecedentes pessoais e familiares, local anatômico da lesão primária, tipo histológico, Nível de Clark, Espessura de Breslow, presença de mitose, ulceração e regressão.

Foi realizada a análise descritiva com estudo de frequência e porcentagem. Para as variáveis quantitativas foi calculada a medida de tendência central (média). Utilizou-se o programa Microsoft® Excel para a análise dos dados. Por se tratar de estudo

dependente de dados obtidos em prontuários está sujeito a viés de aferição e informação. Durante a sua realização foram cumpridos os princípios enunciados na Declaração de Helsinki.

RESULTADOS

Foram identificados 99 casos de melanoma em acompanhamento no serviço. Deste total 29% (29 casos) eram do sexo masculino e 71% (70 casos) do sexo feminino. Segundo a cor da pele, 78% (77) dos pacientes eram caucasianos, 9% (9) pardos e somente 1% negro. Nesta amostragem 12% (12) dos pacientes não tinham a cor da pele mencionada na anamnese.

A média de idade para todo o grupo foi de 61 anos. A média de idade separada por sexo foi de 58 anos para o sexo feminino e 59 para o sexo masculino. A distribuição por faixa etária demonstra os casos prevalecendo na faixa etária de 51 a 70 anos (56%) como demonstrado no gráfico 1.

Quando questionados sobre o tempo de surgimento da lesão os pacientes não souberam informar e/ou não foi registrado este dado em 49% (48) dos casos. Somente 3 pacientes (3%) referiram que a lesão era congênita e então perceberam mudança de padrão o que os motivou a procurar assistência médica. Do total, cerca de 20% procuraram assistência em até 1 ano da identificação da lesão ou percepção de mudança. A lesão tinha mais de 3 anos em 17% dos casos, e entre 1 e 2 anos em 11%.

Em cerca de 40% dos casos registrados não havia referência sobre a forma de procura ao serviço (auto-exame/ procura espontânea, encaminhamento de profissional de saúde ou avaliação de especialista). Dessa forma, neste trabalho, 42% dos pacientes foram os que perceberam suas lesões e procuraram serviço médico. Somente 4% foram encaminhados por profissional de saúde que notou lesão suspeita, para 14% foi recomendada exérese por profissional especializado e para 49% dos pacientes não havia informação sobre a forma de ingresso no serviço.

Tabela 1 abaixo apresenta os dados epidemiológicos dos antecedentes pessoais, familiares e presença de comorbidades dos casos de melanoma relatados. É possível notar que 96% dos pacientes não tinham histórico pessoal de melanoma e que 82% não tinham histórico familiar. Dos 11% com histórico familiar positivo, 54% somaram aqueles com histórico proveniente dos pais e em 36% dos casos o antecedente foi de irmãos. A comorbidade mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica com

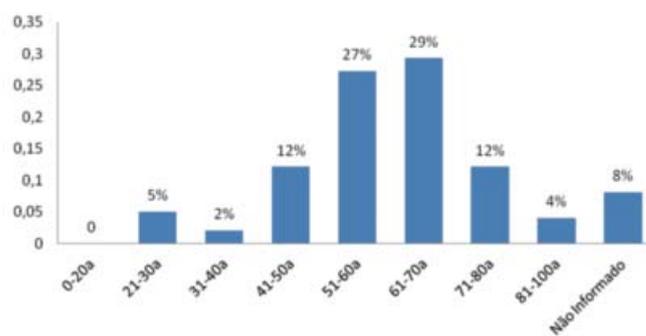


GRÁFICO 1: Percentagem de Casos de Melanoma x Faixa Etária Acometida

35% dos casos. Dos 11% de pacientes que relataram neoplasia maligna, o câncer de mama foi o mais prevalente correspondendo a 50% dos casos.

A prevalência do local anatômico primário acometido está representada no gráfico 2.

Quanto ao tipo histológico o melanoma mais prevalente neste serviço foi o disseminado superficial (58%) como apresentado no gráfico 3.

TABELA 1: Antecedentes Pessoal, Familiar e Comorbidades		
ANTECEDENTE PESSOAL DE MELANOMA		
	Nº ABSOLUTO	PORCENTAGEM
SIM	3	3%
NÃO	95	96%
NI	1	1%
TOTAL	99	100%
ANTECEDENTE FAMILIAR DE MELANOMA		
NÃO	81	82%
NI	7	7%
TOTAL	99	100%
FAMILIAR ANTECEDENTE		
PAI	3	27%
MÃE	3	27%
IRMÃO	4	36%
AVÓ/AVÔ	1	9%
TOTAL	11	100%
COMORBIDADES		
HAS	37	35%
DM2	7	7%
NEOPLASIA MALIGNA	12	11%
CARDIOPATIA	2	2%
NEFROPATIA	1	1%
OUTRAS	10	9%
NEGA	38	36%
TOTAL	107	100%
NEOPLASIAS MALIGNAS		
CA MAMA	6	50%
CARCINOMA BASOCELULAR	3	25%
LINFOMA	1	8%
CA PRÓSTATA	1	8%
CA INTESTINO	1	8%
TOTAL	12	100%

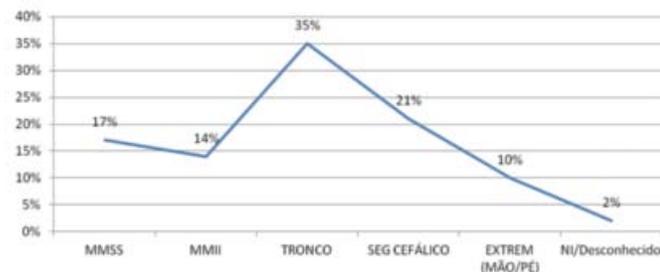


GRÁFICO 2: Prevalência do local anatômico da lesão primária

Os gráfico 4,5 e 6 apresentam dados referentes à espessura de Breslow, Nível de Clark e Presença/ausência de Mitose, eração e Regressão.

DISCUSSÃO

O melanoma representa a neoplasia cutânea de pior prognóstico, sendo, portanto uma doença de importante impacto para a saúde publica. Ele representa aproximadamente 5% das neoplasias cutâneas e é responsável por cerca de três quartos das mortes causadas por neoplasias cutâneas, fato este que torna o seu conhecimento epidemiológico de extrema importância.⁷

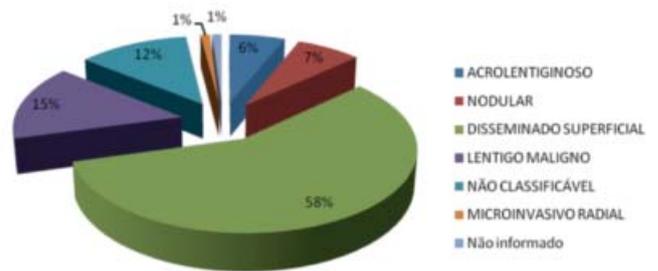


GRÁFICO 3: Prevalência do Tipo Histológico do Melanoma

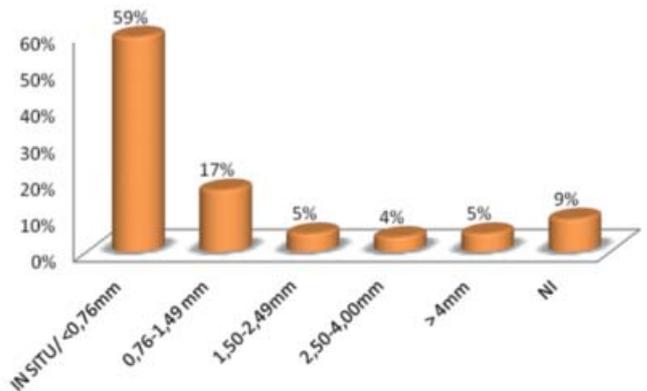


GRÁFICO 4: Variação percentual da Espessura de Breslow

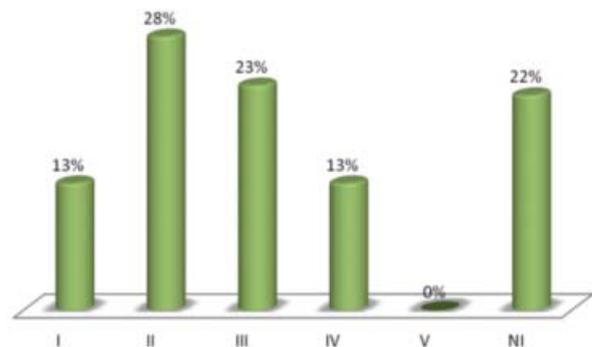


GRÁFICO 5: Variação do Nível de Clark

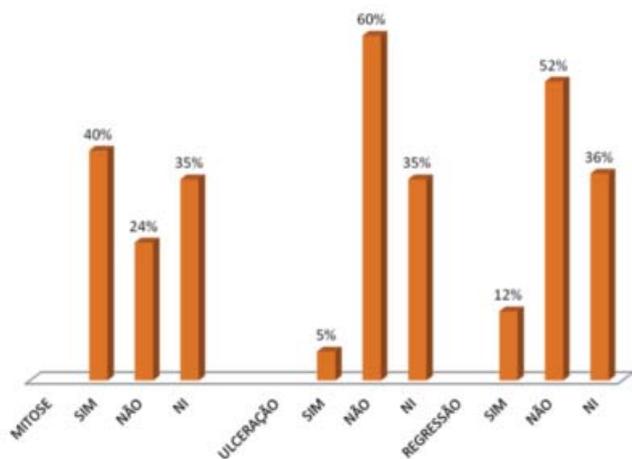


GRÁFICO 6: Percentagem de mitose, ulceração e regressão dos melanomas diagnosticados

Em nosso serviço, 29% dos pacientes eram do sexo masculino e 71% do sexo feminino. Em estudo retrospectivo de 30 anos, realizado por Nasser (2011) em Blumenau, Santa Catarina, Brasil, dos 1002 casos de melanoma diagnosticados 44% eram do sexo masculino e 56% feminino.⁸ Um outro estudo retrospectivo realizado em hospital universitário em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, durante 20 anos demonstrou que em uma amostra de 101 pacientes, 61% eram do sexo feminino e 39% do sexo masculino.⁹ Como em nosso estudo, estes dois trabalhos também demonstram uma maior prevalência da neoplasia no sexo feminino, tendência que se mantém na maioria dos estudos brasileiros.^{10,11}

A idade média para o grupo, neste estudo, foi de 61 anos sendo de 58 anos para o sexo feminino e 59 anos para o sexo masculino. A distribuição por faixa etária demonstra os casos prevalecendo entre 51 a 70 anos (56%). Como descrito por Brandão et. al., que encontrou uma média de idade de 55 anos, o melanoma, diferentemente de outras neoplasias malignas, afeta indivíduos mais jovens com uma média de idade abaixo das encontradas em outros tipos de tumores.⁹ A média de idade encontrada em nosso trabalho assemelha-se à encontrada na maioria dos trabalhos realizados em nosso país e no exterior, o que novamente confirma a tendência do melanoma em acometer pacientes em idade mais baixa.^{10,12-16}

A cor da pele predominante em nosso trabalho foi a branca (78%). Nosso estudo mais uma vez condiz com estudos realizados por Brandão et. al., que revela uma prevalência de melanoma de 74% em pacientes brancos e 26% em pacientes não brancos. Outro trabalho realizado por Pinheiro et. al., também confirma uma maior prevalência do melanoma na pele branca (87,5%) contra 12,5% na pele não branca. A nossa incidência em pacientes não-brancos (10%) é maior do que a encontrada em dados da literatura,^{10,11,17,18} como a evidenciada por Purim, et. al. (2013), que encontrou uma prevalência de apenas 0,18% na pele não branca.¹⁹

Segundo os antecedentes, 96% dos pacientes não tinham histórico pessoal de melanoma e 82% não tinham histórico familiar. Dos 11% com histórico familiar positivo, 54% somaram aqueles com histórico proveniente dos pais e em 36% dos casos o antecedente foi de irmãos. Em um estudo realizado em outro hospital universitário brasileiro, Curitiba, Paraná, Brasil) 64,6% dos pacientes não apresentavam histórico de câncer de pele, mas 24% destes referiam histórico familiar de algum tipo de câncer de pele não necessariamente melanoma.¹⁹

Neste trabalho, 42% dos pacientes foram os que perceberam suas lesões. Somente 4% foram encaminhados por profissional de saúde, para 14% foi recomendada exérese por profissional especializado e em 49% dos casos não foi informada a forma de ingresso no serviço. Quase metade dos casos é composta por pacientes que sozinhos identificaram lesões suspeitas. Isso pode ser um indicativo de duas situações: pacientes mais informados (campanhas) ou falta de inspeção médica do tegumento do paciente. Maia & Basso (2006) registraram que 54% dos pacientes com diagnóstico de melanoma notaram a própria lesão e que em 24% foram profissionais de saúde, sendo os demais (22%) o cônjuge ou demais pessoas.²⁰ No Brasil não se sabe quem descobre os casos de melanoma cutâneo e este conhecimento poderia servir de base para os programas de educação pública e dos profissionais de saúde.

O local anatômico mais prevalente da lesão primária foi o tronco, com 35% dos casos, seguido pela região cefálica com 21%, membros superiores 17%, membros inferiores 14% e 10% para mãos/pés. No estudo realizado por Brandão et. al., o principal local acometido foi a cabeça e o pescoço com 30,7%, seguido pelo tronco com 21,1%, região acral com 19,3%. Membros superiores com 15,1% e membros inferiores com 9,6%. Os locais anatômicos mais acometidos costumam variar conforme o tipo histológico e com o gênero do paciente. A maioria dos estudos demonstra um maior acometimento do tronco em homens e de membros inferiores nas mulheres.^{12, 21-24}

O tipo histológico mais prevalente neste serviço foi o disseminativo superficial (58%), seguido pelo lentigo maligno (15%), tumores não classificáveis/ microinvasivo radial (13%), nodular (7%), acrolentiginoso (6%) e não informado 1% dos casos. Estudos internacionais e brasileiros divergem quanto à prevalência do tipo histológico. Há relatos de prevalência do tipo extensivo superficial entre indivíduos brancos,^{9,25-27} e do tipo lentiginoso acral em não brancos.^{9,21,28} Na literatura brasileira, observa-se também uma variação do tipo histológico nas diferentes regiões do país, havendo também a predominância do tipo extensivo superficial onde a maioria da população possui pele branca.^{9,29,30,31,32}

A maioria dos nossos pacientes (59%), apresentaram melanoma in situ, 17% apresentaram índice de Breslow entre 0,76-1,5mm, 5% entre 1,5-2,49mm, 4% entre 2,5-4mm e 5% maior que 4mm. Nossos dados são semelhantes aos encontrados por Pinheiro et. al. (2003), no qual se evidencia uma maior pre-

valência deste índice menor do que 0,75 (42,3%), o que pode traduzir uma melhor capacidade dos especialistas em realizar o diagnóstico precoce, semelhantemente ao que ocorre em países desenvolvidos.^{29,30,33}

REFERÊNCIAS

- Lages RB, Barbosa PB, Almeida IP, Lopes LRS, Lopes Filho LL. Detecção precoce do câncer de pele: experiência de campanha de prevenção no Piauí- Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012;25(2): 221-7.
- Rizzatti K, Schneider IJC, d'Orsi E. Perfil epidemiológico dos cidadãos de Florianópolis quanto à exposição solar. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011. 20(4):459-69.
- Curado MP, Edwards B, Shin HR, Strom H, Ferlay J, Heanue M, et al. editors. *Cancer incidence in five continents – volume IX*. Lyon: IARC; 2007
- de Vries E, Bray F, Coebergh JW, Cerroni L, Ruitter DJ, Elder DE. Melanocytic tumours. In: LeBoit PE, Burg G, Weedon D, Sarasin A, editors. *Skin tumours*. Lyon: IARC Press; 2006.
- Sortino-Rachou Ana Maria, Curado Maria Paula, Cancela Marianna de Camargo. Cutaneous melanoma in Latin America: a population-based descriptive study. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(3): 565-72.
- Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva [homepage na internet]. Tipos de Câncer: Pele: Melanoma. [acesso em 06/02/2014]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br> .
- Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol*. 2002;146 (Suppl 61):1-6.
- Naser, N. Melanoma cutâneo: estudo epidemiológico de 30 anos em cidade do sul do Brasil, de 1980-2009. *An Bras Dermatol*. 2011. 86(5): 932-41.
- Brandão FV, Pereira AFJR, Gontijo B, Bittencourt FV. Epidemiological aspects of melanoma at a university hospital dermatology center over a period of 20 years. *An Bras Dermatol*. 2013;88(3):344-53.
- Lucas EA, Deps PD, Lima JGB, Toriblo R, Gomes CC. Malignant Melanoma: retrospective study in the period 1982-1992, in the University Hospital of UFES. *Arq Bras Med*. 1994; 68:67-70.
- Ferrari Júnior, NM, Muller H, Ribeiro M, Maia M, Sanches Júnior JA. Cutaneous melanoma: descriptive epidemiological study. *Sao Paulo Med. J*. 2008;126(1):41-7.
- Gon AS, Minelli L, Guembarovski AL. Melanoma cutâneo primário em Londrina. *An Bras Dermatol*. 2001;76(5):413-26
- Borges SZ, Bakos L, Cartell A, Wagner M, Agostini A, Lersch E. Distribution of clinical-pathological types of cutaneous melanomas and mortality rate in the region of Passo Fundo, RS, Brazil. *Int J Dermatol*. 2007;46(7):679-86.
- Chang AE, Karnell LH, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma: summary of 84,836 cases from the past decade. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. *Cancer*. 1998;83(8):1664-78.
- Cabrera R, Silva S, Dias de Medina J, Hoell I, Gugliemetti A, Rohmann I. Clinical study of 113 cases of malignant melanoma. *Rev Med Chil*. 1994;122:900-6
- Buettner PG, Leiter U, Eigentler TK, Garbe C. Development of prognostic factors and survival in cutaneous melanoma over 25 Years. An analysis of the Central Malignant Melanoma Registry of the German Dermatological Society. *Cancer*. 2005;103(3):616-24.
- Fernandes NC, Cardoso ICL, Maceira J, Perez M. Melanoma: estudo retrospectivo de 47 casos. *An Bras Dermatol*. 1996;71(4):381-85.
- Fernandes NC, Calmon R, Maceira JP, Cuzzi T, Silva CSC. Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 65 casos. *An Bras Dermatol*. 2005;80(1):25-34.
- Purim KSM, Sandri CO, Pinto NT, Sousa RHS, Maluf EPC. Perfil de Casos de Melanoma em um Hospital Universitário, 2003 à 2007. *Rev Bras Cancerologia*. 2013; 59(2):193-9.
- Maia M, Basso M. Quem descobre o melanoma cutâneo. *An. Bras. Dermatol*. 2006. 81(3):244-8.
- Paek SC, Sober AJ, Tsao HT, Mihm Jr MC, Johnson TM. Cutaneous melanoma. In: Wolf K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*. New York: Mc Graw Hill; 2008. p.1134-57.
- Bernardi CDV, Favaretto AL, Brancher MC, Ponzio HA. Frequência de melanoma maligno no Serviço de Dermatologia da ISCMPA/UFRGS. [Rate of malignant melanoma in Service of Dermatology of ISCMPA/UFRGS]. *An Bras Dermatol*. 1998;73(Supl 1):8.
- Criado PR, Vasconcellos C, Sittart JAS, et al. Melanoma maligno cutâneo primário: estudo retrospectivo de 1963 a 1997 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 1999;45(2):157-62.
- Venegas LFP, Flores C, Blacher GG, Daudt AW, Cerski CTS. Melanoma maligno cutâneo no Rio Grande do Sul: estudo de 101 casos. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 1992;38(3):122-6.
- Cabrera R, Silva S, Dias de Medina J, Hoell I, Gugliemetti A, Rohmann I. Clinical Study of 113 cases of malignant melanoma. *Rev Med Chil*. 1994; 122:900-6.
- Loria D, Matos E. Risk factors for cutaneous melanoma: a case-control study in Argentina. *Int J Dermatol*. 2001; 40(2):108-14.
- Garbe C, Mmleod GR, Buettner PG. Time trends of cutaneous melanoma in Queensland, Australia and Central Europe. *Cancer*. 2000; 89(6):1269-78.
- Cress RD, Holly EA. Incidence of cutaneous melanoma among non-Hispanic Whites, Hispanics, Asians, and Blacks: analysis of California Cancer Registry data, 1988-93. *Cancer Causes Control*. 1997;8(2):246-52.
- Bakos L, Wagner M, Bakos R, Leite CSM, Sperhake CL, Dzekaniak KS, et al. Sunburn, sunscreen, and phenotypes: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. *Int J Dermatol*. 2002;41(9):557-62.
- Borges SZ, Bakos L, Cartell A, Wagner M, Agostini A, Lersch E. Distribution of clinical-pathological types of cutaneous melanomas and mortality rate in the region of Passo Fundo, RS, Brazil. *Int J Dermatol*. 2007; 46(7):679-86.
- Lebsa-Weber A, Nunes DH, Filho JJS, Pinto CJC. Assessment of 496 pathological reports of melanoma diagnosed in the city of Florianópolis, SC, Brazil *An Bras Dermatol*. 2007;82(3):227-32.
- Bakos L. Melanomas malignos e etnia. *An Bras Dermatol*. 1991;66:299-302.
- Pinheiro ANC, Cabral ALSV, Friedman H, Rodriguez HA. Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre Janeiro de 1994 e Abril de 1999. *An Bras Dermatol*. 2013; 78 (2): 179-86.

CONCLUSÃO

Conhecer a epidemiologia dos pacientes com melanoma em uma dada região permite uma melhor compreensão da doença com avaliação da prevalência e fatores de risco associados. Isso facilita ações médicas, a fim de serem estabelecidas melhores estratégias de prevenção primária e secundária. ●