

Diferenças Clínico-Epidemiológicas entre Pacientes Masculinos e Femininos com Diagnóstico de Melanoma Cutâneo no Oeste de Santa Catarina

Clinical-Epidemiological Differences Between Male and Female Patients Diagnosed with Cutaneous Melanoma in Western Santa Catarina

Diferencias Clínicas y Epidemiológicas entre Pacientes Masculinos y Femeninos con Diagnóstico de Melanoma Cutâneo en el Oeste de Santa Catarina

Marcelo Moreno¹; Bruna Conte²; Eduardo Menegat³

Resumo

Introdução: O melanoma cutâneo representa 4% das neoplasias cutâneas, entretanto, é responsável por 80% das mortes desse grupo de neoplasias. A incidência e a prevalência dessa doença na região Oeste de Santa Catarina são maiores do que as médias nacionais. **Objetivo:** Identificar as diferenças clínico-epidemiológicas entre pacientes masculinos e femininos com diagnóstico de melanoma cutâneo no Oeste de Santa Catarina. **Método:** Foram avaliados pacientes procedentes da região Oeste de Santa Catarina, no período de janeiro/2010 a dezembro/2013. Para a coleta de dados, foi utilizado um protocolo adaptado do sistema *on-line* do Grupo Brasileiro de Melanoma. **Resultados:** Foram obtidos dados de 253 pacientes com melanoma cutâneo; dos quais, as mulheres representaram 62,45%. O tipo histológico prevalente em ambos os sexos foi o extensivo superficial. No sexo feminino, foi verificado maior número de neoplasias *in situ* (22,2%); e menor número de lesões cutâneas primárias com ulceração (22,8%), ($p=0,02$); além de menor profundidade de invasão (44,8%), ($p=0,01$). **Conclusão:** Na região Oeste do Estado de Santa Catarina, as mulheres com melanoma cutâneo apresentam características das lesões primárias que resultam em melhor prognóstico em relação ao sexo masculino.

Palavras-chave: Neoplasias Cutâneas/epidemiologia; Melanoma; Epidemiologia; Fatores Sexuais; Brasil

¹ Médico. Cirurgião-Oncológico. Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor do Curso de Medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Chapecó (SC), Brasil. *E-mail:* mmoreno@unochapeco.edu.br.

² Acadêmica de Medicina da Unochapecó. Chapecó (SC), Brasil. *E-mail:* brunaconte@unochapeco.edu.br.

³ Acadêmico de Medicina da Unochapecó. Chapecó (SC), Brasil. *E-mail:* menegat.dudu@unochapeco.edu.br.

Endereço para correspondência: Marcelo Moreno. Av. Senador Atilio Fontana, 591-E – Efapi. Chapecó (SC), Brasil. CEP: 89809-000. Caixa postal: 1141.

INTRODUÇÃO

O melanoma cutâneo (MC) é uma neoplasia de pele, originária da proliferação anormal e desordenada dos melanócitos¹. Entre as neoplasias cutâneas, o MC é a entidade menos frequente, representa 4-6% das neoplasias de pele; porém é responsável pela maioria dos óbitos².

A incidência de MC tem-se apresentando crescente em diversos países². Para o ano de 2014, foram estimados 5.890 novos casos de MC no Brasil; sendo 2.960 em homens e 2.930 em mulheres. As maiores taxas de incidência são estimadas na região Sul³.

Estudos relatam que as mulheres apresentam melhor sobrevida em comparação aos homens^{4,5}. Geralmente isso é atribuído às diferenças de comportamento, detecção e diagnóstico tardio de MC em homens e as diferenças genéticas próprias de cada sexo^{6,7}. Na região Oeste do Estado de Santa Catarina, ocorrem mais casos de MC no sexo feminino, em relação ao masculino (10,21 e 8,5 por 100.000, respectivamente), embora a taxa de mortalidade seja menor nas mulheres (40% em homens e 20,4% em mulheres), conforme estudos prévios realizados na população da mesma região geográfica^{8,9}.

Por apresentar incidência e prevalência de MC maiores que as taxas nacionais, fatores de risco e genético-ambientais particulares da região Oeste do Estado de Santa Catarina, o conhecimento do perfil desses pacientes e a identificação das diferenças entre os sexos podem auxiliar nas medidas de prevenção primária e secundária⁸. Além disso, é fundamental para o profissional médico o reconhecimento dos fatores que acarretam em diferenças do MC entre os sexos, considerando as características clínicas e as particularidades anatomopatológicas, em função de suas implicações frente ao prognóstico da neoplasia¹⁰. Esse estudo possui como objetivo identificar as diferenças clínico-epidemiológicas entre pacientes masculinos e femininos com diagnóstico de MC no Oeste de Santa Catarina.

MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional, quantitativo, do tipo transversal, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2013. Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unochapecó, Santa Catarina (Protocolo com Registro n. 068/07). Os dados foram coletados utilizando uma ficha de cadastro baseada no registro de MC elaborado pelo Grupo Brasileiro de Melanoma. A coleta das informações sobre as variáveis estudadas foi realizada nos prontuários do centro de referência para tratamento oncológico do Hospital Regional do Oeste na cidade de Chapecó, Santa Catarina. Os dados incompletos foram preenchidos mediante contatos telefônicos com pacientes, familiares,

médico-assistente e serviços de saúde. Todos os pacientes pertenciam à região Oeste do Estado de Santa Catarina e apresentaram diagnóstico inicial de MC no período estudado. Foram excluídos pacientes com melanoma ocular, melanoma de mucosa ou melanoma visceral, melanoma em estágio IV; e os casos em que o sítio primário não foi identificado. A análise estatística foi realizada utilizando o programa *SPSS statistics* versão 19.0. Para comparação entre as variáveis nominais, foram utilizados os testes *qui-quadrado* e *Fisher*; e, para as variáveis contínuas, o *t* de *Student*. Os achados foram considerados estatisticamente significantes quando o valor de P foi < 0,05.

RESULTADOS

Em quatro anos, foram registrados 272 casos de MC; desses, 19 foram excluídos, pois se enquadravam em algum dos critérios de exclusão. O sexo feminino apresentou o maior número de casos (62,45%), assim como a maior amplitude da idade (17 a 97 anos), (Figura 1). A média de idade, no momento do diagnóstico da lesão primária, foi de 54 anos em ambos os sexos. Entre as mulheres, 27,5% eram solteiras, comparadas aos 15,2% dos homens ($p=0,02$). O ensino superior foi cursado por 13% das mulheres e 6,8% dos homens ($p=0,04$).

As características de fototipos I e II predominaram tanto em homens como em mulheres. Não houve diferença significativa entre os sexos em relação à presença de pele actínica, efélides, cabelos e olhos claros.

A exposição solar de forma intensa, contínua, e relacionada à ocupação profissional ocorreu no período do dia de maior intensidade dos raios ultravioleta em 82,4% dos homens e em 69% das mulheres ($p=0,027$). História de queimaduras solares na infância e/ou depois em adultos

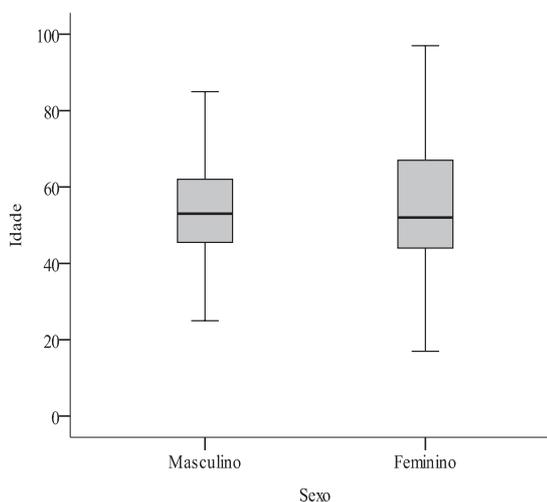


Figura 1. Idade ao diagnóstico de melanoma cutâneo na região Oeste de Santa Catarina, entre 2010 a 2013 (n=253), ($p=0,04$)

foi semelhante entre os sexos (65,5% em homens e 61% em mulheres).

Os nevos múltiplos foram relatados em 25% das mulheres. Os nevos congênitos ou atípicos relatados por 20% dos casos pelas mulheres; enquanto, no sexo masculino, a ocorrência dessas lesões cutâneas foi de 14,3%, 21,4% e 17%, respectivamente.

A história pessoal de MC (prévio à lesão estudada) foi verificada em 8% das mulheres. Já a história familiar (parentes de 1º e 2º graus) de MC foi de 13%. História pessoal ou familiar de câncer de pele não melanoma (carcinoma basocelular ou espinocelular) esteve presente em aproximadamente 20%, nesse grupo de paciente. No caso do sexo masculino; 9,7% deles apresentaram MC previamente e 11,4% descreveram que tinham familiares com MC. História de câncer de pele não melanoma esteve presente em 15,3% dos pacientes masculinos incluídos no estudo.

Em relação à localização primária do MC, as lesões em tronco estavam presentes em 58,4% dos homens e em 32% das mulheres. Lesões em cabeça e pescoço foram encontradas em 15,7% dos homens e 24,8% das mulheres. As lesões cutâneas primárias em membros foram mais comuns nas mulheres ($p=0,001$) (Figura 2).

Pacientes do sexo masculino tenderam a procurar auxílio médico, após o surgimento dos sintomas, mais tardiamente em relação ao sexo feminino; 64,4% dos homens fizeram a primeira consulta após 12 meses da queixa que motivou a ida ao médico; comparado com 57,3% das mulheres ($p=0,09$).

O MC *in situ* foi diagnosticado em 22,2% das mulheres. Das lesões invasoras, o melanoma expansivo superficial (MES) foi o mais prevalente; seguido pelo

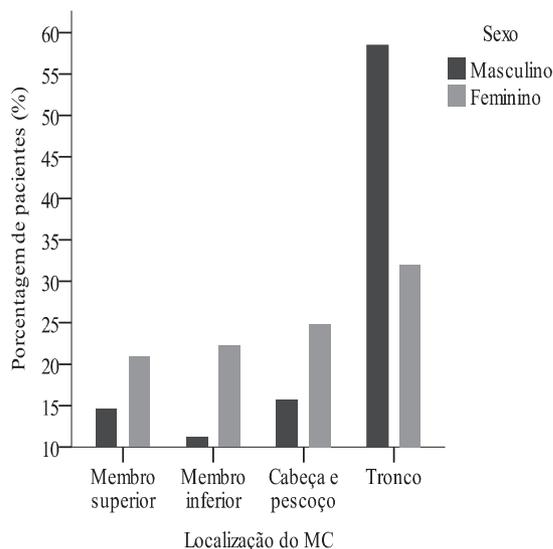


Figura 2. Localização do melanoma cutâneo em relação ao sexo, na região Oeste de Santa Catarina, entre 2010 e 2013 ($n=242$), ($p=0,001$)

melanoma nodular (MN). A presença de ulceração foi descrita em 22,8%; e a maioria das lesões (44,8%) possuía profundidade de invasão (índice de *Breslow*) menor que 0,75 mm nas mulheres. A presença de mitoses foi observada em 60,7% das lesões cutâneas dessas pacientes. No sexo feminino, a presença de invasão angiolinfática e neural foi evidenciada em 8% e 2,7%, respectivamente. Presença de nódulos satélites não foi descrita entre as mulheres (Tabela 1).

Já no sexo masculino, o MC *in situ* correspondeu a aproximadamente 17% dos casos; e das lesões invasoras, o MES também foi o mais frequente; sucedido pelo MN. A ulceração foi descrita em 43,5%; e a maioria das lesões possuía índice de *Breslow* entre 0,75 mm e 4 mm (56,2% dos homens). Mitoses estavam presentes em 73,6% das lesões, e a descrição de invasão angiolinfática, neural e a presença de nódulos satélites foram encontradas em 9%, 1,2% e 2,3% dos casos, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Características anatomopatológicas dos pacientes com melanoma cutâneo, na região Oeste de Santa Catarina, entre 2010 e 2013

| Características | Masculino | Feminino | P |
|---------------------------------|------------|-------------|-------|
| Ulceração (n=237) | | | |
| Sim | 32 (36,4%) | 34 (22,8%) | |
| Não | 56 (63,6%) | 115 (77,2%) | 0,025 |
| Regressão (n=237) | | | |
| Sim | 14 (16%) | 28 (18,8%) | |
| Não | 74 (84%) | 121 (81,2%) | 0,574 |
| Tipo histológico (n=239) | | | |
| MES | 56 (63,6%) | 103 (68,2%) | |
| MN | 24 (27,3%) | 22 (14,6%) | |
| MLA | 1 (1,1%) | 4 (2,6%) | |
| MLM | 7 (8%) | 22 (14,6%) | 0,059 |
| Invasão (n=237) | | | |
| <i>In situ</i> | 15 (17%) | 33 (22,2%) | |
| Invasivo | 73 (83%) | 116 (77,8%) | 0,345 |
| Clark (n=237) | | | |
| I | 15 (17%) | 33 (22,2%) | |
| II | 11 (12,5%) | 31 (20,8%) | |
| III | 18 (20,5%) | 34 (22,8%) | |
| IV | 41 (46,6%) | 44 (29,5%) | |
| V | 3 (3,4%) | 7 (4,7%) | 0,103 |
| Breslow (n=237) | | | |
| ≤0,75 mm | 19 (26%) | 52 (44,8%) | |
| ≥0,76 ≤ 1,00 mm | 8 (11%) | 16 (13,8%) | |
| >1,00 ≤ 4,00 mm | 33 (45,2%) | 40 (34,5%) | |
| >4,00 mm | 13 (17,8%) | 8 (6,9%) | 0,01 |
| Mitoses (n=253) | | | |
| 0 | 25 (26,4%) | 68 (43%) | |
| 1-4 | 50 (52,6%) | 62 (39,3%) | |
| >4 | 20 (21%) | 28 (17,7%) | 0,026 |

DISCUSSÃO

Na região Oeste do Estado de Santa Catarina, são notificados cerca de 60 a 80 de casos de MC a cada ano, conforme estudos prévios^{8,9}, e nesta pesquisa. No presente estudo, houve predomínio de MC em pacientes do sexo feminino em relação ao masculino, conforme o descrito em estudo epidemiológico prévio realizado na região Oeste de Santa Catarina⁸; e em outros trabalhos semelhantes¹¹⁻¹⁴.

A maior taxa de MC no sexo feminino, na região Oeste de Santa Catarina, contrapõe em parte a literatura internacional, pois a predominância em mulheres ocorre em regiões geográficas com baixos índices de luz solar. No entanto, em países com uma alta incidência de MC, ocorre leve predomínio do sexo feminino sobre o masculino ou um equilíbrio entre ambos¹⁵.

Neste estudo, a maioria dos pacientes tinha união estável e as mulheres possuíam maior nível de escolaridade em relação aos homens. Estar casado e possuir maiores níveis de escolaridade estão relacionados com melhores escores de qualidade de vida em pacientes com MC¹⁶. Fatores relacionados ao aumento do risco de MC incluem baixo nível socioeconômico e menor escolaridade, além de percepções incipientes acerca dos MC correlacionaram-se com aumento da morbidade e mortalidade em pacientes portadores da neoplasia¹⁷. Os dados coletados relacionados com os pacientes incluídos na amostra podem ser comuns à população residente na região e não exclusivos dos pacientes que desenvolveram MC. De qualquer maneira, as mulheres apresentaram características que sugerem condições para o acesso aos serviços e saúde de maneira precoce.

O horário de exposição solar, relacionado à atividade de trabalho, das 10 horas às 16 horas, foi um achado comum em ambos os sexos. Pesquisas relatam que a exposição solar é o principal fator de risco associado ao MC^{18,19}. Evidências sugerem que a relação entre MC e exposição solar é complexa e a estratificação exata do risco depende de muitas variáveis (local do corpo, grau de coloração da pele, espessura da pele, hora do dia, época do ano, os níveis de ozônio, a reflexão e a dispersão dos raios)²⁰.

O risco relativo para o desenvolvimento de MC depende de diferenças anatômicas, como local da lesão ou cor dos cabelos, e essas diferenças podem ser atribuídas à variabilidade genética²¹. Essa observação poderia justificar a não significância em relação às características pigmentares (cor dos olhos, cabelos, fototipos I e II) e história pessoal e familiar de MC no presente estudo; devido à colonização da região Oeste do Estado de Santa Catarina ser predominantemente de descendentes de imigrantes da região central da Europa com pele clara e a pouca miscigenação racial²².

O fato de o MC ocorrer mais frequentemente na região do tronco no sexo masculino; e em membros nas mulheres parece consenso na literatura¹¹⁻¹⁴. Os MC localizados em

membros apresentam risco de mortalidade inferior aos de localização da cabeça e do pescoço ou dos localizados em tronco¹¹. Um dos motivos para que isso ocorra seria que os MC localizados no tronco enviam mais metástases a distância mais frequentemente do que os localizados em extremidades⁴. Unindo essas características de comportamento da doença, espera-se melhor prognóstico também nas mulheres que desenvolveram a doença e são residentes na região Oeste do Estado de Santa Catarina, o que foi demonstrado em estudo prévio⁹.

As diferenças nas formas de exposição solar, conscientização, medidas de prevenção, procura de atendimento médico foram consideradas como prováveis motivos para maior incidência de lesões em tronco, cabeça e pescoço, em homens e nos membros em mulheres²³.

Existem fortes evidências na literatura de que mulheres com MC têm uma sobrevida superior em relação aos homens, que é atribuída, na maior parte das vezes, à detecção precoce e/ou à distribuição local mais favorável⁵⁻¹¹. Apesar de as mulheres procurarem assistência mais frequentemente do que os homens, dada a percepção de sintomas, a diferença não se mostrou significativa no presente estudo, não houve diferença no tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico do MC, quando comparados homens e mulheres, apesar de a suspeita de ser um câncer de pele ser mais frequente entre as mulheres.

O MES tem sido relatado como o mais prevalente, independente do sexo¹¹⁻²¹, seguido do MN¹¹⁻²²; o que foi também verificado no presente estudo. A maior prevalência de MN em homens pode ser uma das explicações para o maior risco de morte por MC em relação às mulheres, pois a presença de MN aumenta em 1,5 vezes a mortalidade quando comparado ao MES¹¹, sendo esse risco independente entre homens e mulheres²⁴.

O melanoma lentigo maligno (MLM), mais frequente em mulheres (14,6% vs. 8%), apresenta risco de mortalidade de 1,47 quando comparado ao MES¹¹. Ao relacionar o tipo histológico de MC com o índice de *Breslow*, o MN e melanoma lentiginoso acral (MLA) apresentaram maiores espessuras em relação ao MES e MLM, com consequentes prognósticos mais reservados²⁴.

Assim, como em outros estudos semelhantes^{12,13,24,25}, pacientes do sexo feminino apresentaram lesões menos espessas, com menos presença de ulceração e menor índice de mitoses; quando comparadas com os do sexo masculino. Essas variáveis associadas às apresentadas anteriormente podem explicar melhores índices de sobrevida também no sexo feminino.

CONCLUSÃO

Pacientes com MC diagnosticados na região Oeste do Estado de Santa Catarina possuem idade média

de 50 anos e apresentam lesões predominantemente em estágios precoces, e com fatores prognósticos favoráveis a uma melhor sobrevida. Entretanto, no tocante ao sexo dos pacientes, foi possível observar que as mulheres possuem melhores fatores prognósticos (clínicos e anatomopatológicos) associados a uma menor agressividade da neoplasia, quando comparadas aos pacientes do sexo masculino.

CONTRIBUIÇÕES

Marcelo Moreno trabalhou na concepção da pesquisa, metodologia, revisão e redação final do artigo. Bruna Conte e Eduardo Menegat trabalharam na concepção da pesquisa, metodologia e redação final do artigo.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

- Mitchell RN. Robbins & Cotran: fundamentos de patologia. 8th. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
- World Health Organization. Ultraviolet radiation and the INTERSUN Programme [Internet]. [Genève]: WHO; [acesso em 27 abr 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/uv/faq/skincancer/en/index1.html>.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2014.
- Spatz A, Batist G, Eggermont AM. The biology behind prognostic factors of cutaneous melanoma. *Curr Opin Oncol*. 2010 May;22(3):163-8.
- Mervic L. Time course and pattern of metastasis of cutaneous melanoma differ between men and women. *PLoS One*. 2012;7(3):e32955.
- Swetter SM, Johnson TM, Miller DR, Layton CJ, Brooks KR, Geller AC. Melanoma in middle-aged and older men: a multiinstitutional survey study of factors related to tumor thickness. *Arch Dermatol*. 2009 Apr;145(4):397-404.
- Lasithiotakis K, Leiter U, Meier F, Eigentler T, Metzler G, Moehrl M, et al. Age and gender are significant independent predictors of survival in primary cutaneous melanoma. *Cancer*. 2008 Apr 15;112(8):1795-804.
- Moreno M, Schmitt RL, Lang MG, Gheno V. Epidemiological profile of patients with cutaneous melanoma in region of southern Brazil. *J Skin Cancer*. 2012;1-8.
- Moreno M, Batista FRB, Bonetti TC. Sobrevida de pacientes com melanoma cutâneo na região oeste de Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(4):647-53.
- Pérez-Gómez B, Aragonés N, Gustavsson P, Lope V, López-Abente G, Pollán M. Do sex and site matter? Different age distribution in melanoma of the trunk among Swedish men and women. *Br J Dermatol*. 2008 Apr;158(4):766-72.
- de Vries E, Nijsten TEC, Visser O, Bastiaannet E, Hattem EV, Janssen-Heijnen ML, et al. Superior survival of females among 10.538 Dutch melanoma patients is independent of Breslow thickness, histologic type and tumor site. *Ann Oncol*. 2008 Mar;19(3):583-9.
- Ferrari Júnior NM, Muller H, Ribeiro M, Maia M, Sanches Júnior JA. Cutaneous melanoma: descriptive epidemiological study. *Sao Paulo Med J*. 2008 Jan 2;126(1):41-7.
- Konrad P, Fabris MR, Melao S, Blanco LFO. Perfil epidemiológico e histopatológico dos casos de melanoma cutâneo primário diagnosticados em Criciúma no período entre 2005 e 2007. *An Bras Dermatol*. 2011;86(3):457-61.
- Grann AF, Frøslev T, Olesen AB, Schmidt H, Lash TL. The impact of comorbidity and stage on prognosis of Danish melanoma patients, 1987–2009: a registry-based cohort study. *Br J Cancer*. 2013 Jul 9;109(1):265-71.
- Mikkilineni R, Weinstock MA. Epidemiology. In: Sober A, Haluska F, editors. *Skin cancer*. London: BC Decker; 2001. p. 1-15.
- Barbato MT, Bakos L, Bakos RM, Prieb R, Andrade CD. Preditores de qualidade de vida em pacientes com melanoma cutâneo no serviço de dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *An Bras Dermatol*. 2011;86(2):249-56.
- Pérez-Gomez B, Aragonés N, Pollan M. Divergent cancer pathways for early onset and late onset cutaneous malignant melanoma: a role for sex–site interaction. *Cancer*. 2010 May 15;116(10):2499.
- Rager EL, Bridgeford EP, Ollila DW. Cutaneous melanoma: update on prevention, screening, diagnosis, and treatment. *Am Fam Physician*. 2005 Jul 15;72(2):269-76.
- Curtin JA, Fridlyand J, Kageshita T, Patel HN, Busam KJ, Kutzner H, et al. Distinct sets of genetic alterations in melanoma. *N Engl J Med*. 2005 Nov 17;353(20):2135-47.
- Marks R. Prevention and control of melanoma: the public health approach. *CA Cancer J Clin*. 1996 Jul-Aug;46(4):199-216.
- Volkovova K, Bilanicova D, Bartonova A, Letašiová S, Dusinska M. Associations between environmental factors and incidence of cutaneous melanoma. Review. *Environ Health*. 2012 Jun 28;11 Suppl 1:S12.
- Paim EA. Aspectos da constituição histórica da região oeste de Santa Catarina. *Saeculum*. 2006;(14):121-38.
- Pruthi DK, Guilfoyle R, Nugent Z, Wiseman MC, Demers AA. Incidence and anatomic presentation of cutaneous malignant melanoma in central Canada during a 50-year period: 1956 to 2005. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Jul;61(1):44-50.
- Fridberg M, Jonsson L, Bergman J, Nodin B, Jirström K. Modifying effect of gender on the prognostic value

of clinicopathological factors and Ki67 expression in melanoma: a population-based cohort study. *Biol Sex Differ.* 2012 Jul 2;3(1):16.

25. Gon AS, Minelli L, Guembarovski AL. Melanoma cutâneo primário em Londrina. *An bras Dermatol.* 2001;76(4):413-26.

Abstract

Introduction: Cutaneous melanoma accounts for 4% of skin cancers, and it's the cause of 80% of deaths from skin cancer. Its incidence and prevalence in Western Santa Catarina are higher than national averages. **Objective:** To identify the clinical-epidemiological differences between male and female patients diagnosed with cutaneous melanoma in Western Santa Catarina/Brazil. **Method:** Patients from the West region of Santa Catarina were evaluated between January, 2010 and December, 2013. To collect the data, a protocol adapted from the online system of Brazilian Melanoma Group (Grupo Brasileiro de Melanoma) was used. **Results:** The data were collected from 253 patients with cutaneous melanoma, among which 62.45% were women. The most prevalent histological type in both genders was superficial spreading. In the female gender there was a higher number of *in situ* cancers (22.2%); and fewer cases with primary cutaneous ulceration (22.8%) ($p=0.02$); in addition to lower depth of invasion (44.8%) ($p=0.01$). **Conclusion:** In Western Santa Catarina, female patients with cutaneous melanoma have characteristics of primary lesions that result in better prognosis compared to male patients.

Key words: Skin Neoplasms/epidemiology; Melanoma; Epidemiology; Sex Factors; Brazil

Resumen

Introducción: El melanoma cutáneo representa el 4% de las neoplasias cutáneas, no obstante, es el responsable por el 80% de las muertes de ese grupo de neoplasias. Su incidencia y prevalencia en la región Oeste de Santa Catarina es mayor que en las otras regiones del país. **Objetivo:** Identificar las diferencias clínica y epidemiológicas entre pacientes masculinos y femeninos con diagnóstico de melanoma cutáneo en el oeste de Santa Catarina. **Método:** Fueron evaluados pacientes procedentes de la región Oeste de Santa Catarina, en el período de enero/2010 a diciembre/2013. Para la colecta de datos fue utilizado un protocolo adaptado del sistema on-line del Grupo Brasileño de Melanoma. **Resultados:** Fueron obtenidos datos de 253 pacientes con melanoma cutáneo, entre los cuales las mujeres representaron el 62,45%. El tipo histológico prevalente en ambos sexos fue el extensivo superficial. En el sexo femenino se verificó un mayor número de neoplasias *in situ* (22,2%); y un menor número de lesiones cutáneas primarias con ulceración (22,8%) ($p=0,02$); además de una menor profundidad de invasión (44,8%) ($p=0,01$). **Conclusión:** En la región Oeste del Estado de Santa Catarina las mujeres con melanoma cutáneo presentan características de lesiones primarias que resultan en un pronóstico mejor con relación al sexo masculino.

Palabras clave: Neoplasias Cutáneas/epidemiología; Melanoma; Epidemiología; Factores Sexuales; Brasil