

Perfil de Casos de Melanoma em um Hospital Universitário, 2003 a 2007

Profile of Melanoma Cases in a University Hospital, 2003 to 2007

Perfil de los Casos de Melanoma en un Hospital Universitario, 2003 y 2007

Kátia Sheylla Malta Purim¹; Camila de Oliveira Sandri²; Nathália Targa Pinto³; Rosa Helena Silva Sousa⁴; Eliane Pereira Cesário Maluf⁵

Resumo

Introdução: A incidência do melanoma tem aumentado em todo o mundo, porém pouco se conhece sobre as características dos casos atendidos nos hospitais universitários do Brasil. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico dos casos de melanoma registrados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de 2003-2007.

Método: Estudo descritivo com coleta de dados realizada de forma retrospectiva nos prontuários de casos confirmados de melanoma. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, localização do tumor primário e tipo histológico segundo a base de dados do Registro Hospitalar de Câncer. **Resultados:** Foi identificado, na base de dados hospitalar no período estudado, um total de 71 casos com confirmação histológica. O perfil encontrado foi de pacientes brancos (98,2%), do sexo masculino (50,7%), na faixa etária de 40 anos ou mais (85,9%), mediana de 58 anos, apresentando lesão entre um a cinco anos de evolução (48,6%), nas regiões de cabeça e pescoço (25,4%) e tronco (29,6%), do tipo nodular (22%) e extensivo superficial (22%). A maioria das lesões de melanoma preencheu a regra ABCD (assimetria, bordo, cor e diâmetro alterado), sendo que 22,2% dos pacientes tiveram metástases. **Conclusão:** O melanoma predominou em pacientes brancos, na sexta década de vida, localização torácica com repercussão metastática ou linfonodal.

Palavras-chave: Neoplasias Cutâneas; Melanoma-diagnóstico; Melanoma-epidemiologia; Melanoma-etilogia; Hospitais Universitários

¹ Médica. Doutora. Professora de Dermatologia da Universidade Positivo (UP). Curitiba (PR), Brasil. *E-mail:* kspurim@gmail.com.

² Médica. UP. Curitiba (PR), Brasil. Contribuiu na obtenção dos dados e redação. *E-mail:* caca_sandri@hotmail.com.

³ Residente de Dermatologia. Médica. UP. Curitiba (PR), Brasil. *E-mail:* nathaliatp@live.com.

⁴ Enfermeira. Mestre. Serviço de Epidemiologia Hospitalar e Coordenadora do Registro Hospitalar de Câncer. Hospital de Clínicas. Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba (PR), Brasil. *E-mail:* rosahelena@ufpr.br.

⁵ Médica. Doutora. Professora do Departamento de Clínica Médica da UFPR e de Saúde da Família da UP. Curitiba (PR), Brasil. *E-mail:* eliane.cesario@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência: Kátia Sheylla Malta Purim. Rua Jacob Bertinato, 90 - Tarumá. Curitiba (PR), Brasil, CEP: 82.530-320.

INTRODUÇÃO

O melanoma apresenta-se, em geral, como lesão assimétrica, com bordos irregulares, coloração variada e diâmetro maior que seis milímetros¹. Para a suspeita clínica, utiliza-se a regra do ABCD, sendo o A referente à assimetria, o B aos bordos irregulares, o C às colorações variadas e o D ao diâmetro maior que seis milímetros. Os locais mais comuns de acometimento são o tronco (25%) no sexo masculino e os membros (28%) no sexo feminino².

Os fatores de risco relacionados ao melanoma são a exposição solar intermitente^{3,4}, e as condições intrínsecas do próprio indivíduo, como pele e olhos claros³, o número de nevos (mais de 50 nevos adquiridos, mais de cinco nevos displásicos, presença de nevos congênitos gigante e nevos maior que 6 mm)⁴, exposição química, imunossupressão, xeroderma pigmentoso e fatores genéticos³.

No Brasil, as maiores taxas de melanoma são encontradas na região Sul, principalmente na população branca^{3,5}. No mundo, a ocorrência dessa neoplasia mostra tendência de crescimento pela detecção precoce dos melanomas como também pelo próprio aumento do número de casos³. Apesar de representar 4% dos tumores da pele, corresponde a 65% de todos os óbitos por câncer de pele¹, devido à sua alta possibilidade de metástase.

Hoje, o melanoma cutâneo é potencialmente curável se tratado precocemente. O prognóstico da doença é diretamente relacionado à profundidade do tumor. O grau de invasão da derme é o fator que mais se correlaciona com o prognóstico, por isso o diagnóstico e o tratamento em uma fase inicial são essenciais para a cura^{1,6}.

As apresentações clínicas dos melanomas são distribuídas em quatro tipos: extensivo superficial, lentigo maligno, nodular e acral. O mais comum é o extensivo superficial que representa 50 a 75% dos melanomas, seguido pelo nodular (15 a 35%), lentigo maligno (10 a 15%) e acral (5 a 10%). Em relação à sua progressão, pode ser classificado em: melanoma *in situ*, quando confinado a epiderme; fase de crescimento radial, quando há células malignas na superfície papilar da derme e a fase de crescimento vertical, quando ocorre invasão da derme reticular³. O índice de Breslow mede a espessura da lesão primária em milímetros e tem boa correlação prognóstica⁷, sendo usado para orientar a conduta terapêutica. A principal abordagem consiste na retirada cirúrgica da lesão melanocítica com margem de segurança. Dependendo dos achados histopatológicos e do estadiamento, estão indicadas outras medidas e intervenções, além do monitoramento periódico do caso⁷.

O conhecimento epidemiológico é importante para o sucesso na prevenção, detecção clínica precoce e tratamento adequado^{2,4,8}, sendo as rotinas de coleta de informações e

procedimentos de registros padronizados desde 2000 pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva⁹.

Este trabalho tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico dos casos de melanoma registrados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de 2003-2007.

MÉTODO

Estudo descritivo, com coleta de dados realizada de forma retrospectiva, a partir dos casos registrados no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC) e dos prontuários de pacientes com diagnóstico histopatológico de melanoma, atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) em Curitiba (PR). Foram incluídos os casos registrados no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007. Foram excluídos os casos com diagnóstico de melanoma ocular.

O instrumento de coleta de dados elaborado para esta pesquisa incluía informações sobre dados demográficos, fatores de risco, características das lesões, dados diagnósticos, tipo histológico, prognóstico e tratamento. A distribuição dos tumores segundo localização primária foi representada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O).

A informação sobre exposição solar foi obtida a partir dos dados sobre a profissão do paciente. Considerou-se profissão com maior predomínio de exposição solar aquelas cujas atividades eram exercidas principalmente em ambiente externo e aberto (*outdoor*), como: agricultor, motorista, pedreiro (construtor), jardineiro, lavrador, carpinteiro e vigilante. Considerou-se profissão com menor predomínio de exposição solar aquelas cujas atividades eram exercidas principalmente em ambiente interno ou fechado (*indoor*), como: do lar, doméstica, garçom, vendedor, costureira, cabeleireira, funcionário público, publicitário, auxiliar de produção, comerciante, contador, marceneiro, auxiliar de enfermagem, zeladora, cozinheira e trabalho em fábrica. Os aposentados foram colocados em um único grupo, pois a profissão prévia não foi registrada no prontuário.

O projeto foi previamente submetido e aprovado pelo CEP-HC (protocolo 1999.166/2009-07). Os dados coletados foram digitados em planilha do programa Excel e analisados em programa *Statistical Package for the Social Sciences*[®] versão 17. Foi utilizado o teste estatístico qui-quadrado para a análise de variáveis categóricas.

RESULTADOS

Durante o período de 2003 a 2007, o Registro Hospitalar de Câncer identificou 82 casos com diagnóstico

confirmado de melanoma por laudo histopatológico, sendo excluídos 11 casos de melanoma ocular.

Dos 71 pacientes inseridos neste estudo, 50,7% eram do sexo masculino e 49,3% do sexo feminino ($p>0,05$), predominantemente da raça branca (98,2%), na faixa etária adulta (85,9%), entre 40 e 59 anos (39,4%) ou com 60 anos ou mais (46,5%), idade mínima de 13 anos, máxima de 84 anos e mediana de 58 anos.

Avaliando a profissão, 24,2% dos pacientes apresentavam risco de exposição solar mais intensa, 61,3% trabalhavam com atividades com menor risco de exposição solar intensa e 14,5% eram aposentados, sem informação da profissão.

A maioria dos pacientes (64,6%) não relatou história pessoal prévia de câncer de pele, embora 24,0% deles referissem antecedentes familiares de algum tipo de câncer de pele (carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular ou melanoma). O uso de protetor solar foi mencionado somente por 53,3% dos pacientes. Histórico de nevos melanocíticos foi verificado em 12,7%.

Quanto ao aparecimento das lesões, 62,1% negavam lesão prévia. Quando procuraram atendimento em serviço de saúde, 34,3% apresentavam a lesão a menos de um ano e 48,6% entre um a cinco anos de evolução, enquanto 15,4% tinham evolução igual ou maior que cinco anos.

As lesões cutâneas predominavam em tronco com 29,6% e em região de cabeça e pescoço com 25,4% (Figura 1).

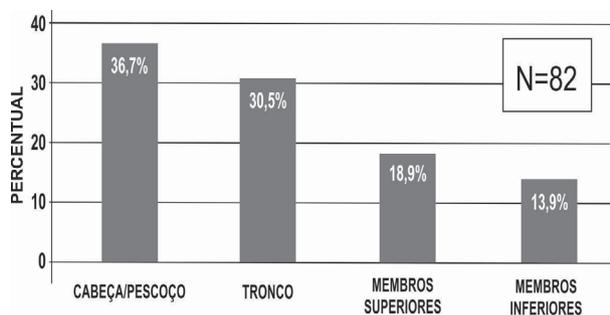
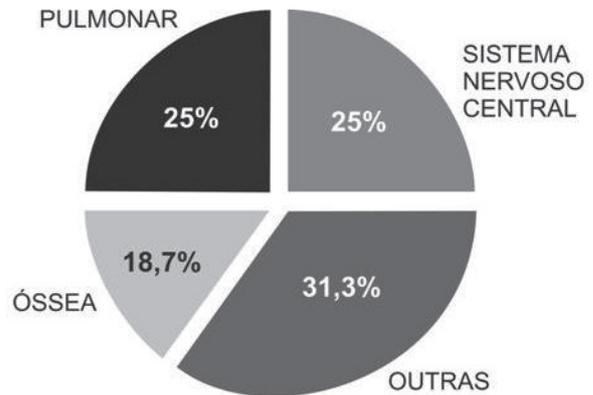


Figura 1. Percentual de casos de melanoma por localização da lesão, Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba (PR), Brasil. 2003-2007

Em relação ao aspecto macroscópico da lesão e à presença dos aspectos encontrados na regra do ABCD no momento do diagnóstico, 87% das lesões possuíam assimetria (A); 87,5% tinham bordos irregulares (B); 90,9% possuíam variedades de cores (C); e 89,1% apresentavam diâmetro maior ou igual a seis milímetros (D).

Em 14 (22,2%) casos estudados, foram encontradas evidências de metástase. Em 11 (78,6%), havia sido registrada a localização da metástase, destacando-se: sistema nervoso central, ossos e pulmão. Observou-se

que, em cinco (45,5%) desses casos, havia metástase em dois ou mais locais. Na Figura 2, podem ser verificadas as localizações das metástases.



Obs.: Referente às 16 localizações de metástase encontradas no prontuário

Figura 2. Localização das metástases entre os casos de melanoma estudados Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba (PR), Brasil. 2003-2007

O diagnóstico de melanoma em 41 (61,2%) pacientes foi realizado em consulta dermatológica por queixa específica de lesão cutânea ($p<0,05$); dez pacientes (14,9%) receberam diagnóstico em consulta de outra especialidade; oito (11,9%) em consulta dermatológica por outra causa; e oito (11,9%) em campanha de câncer da pele. Quatro pacientes não apresentavam esse dado no prontuário.

Em 65 prontuários, havia registro do método utilizado para o diagnóstico, sendo relatado em 26 (40,0%) a biópsia excisional; 11 (16,9%) por biópsia incisional; 23 (35,4%) por *punch*; e cinco (7,7%) por meio do linfonodo acometido ou metástase.

Quanto à classificação do tipo de melanoma, 22,0% eram do tipo nodular; 22,0% extensivo superficial; 12,0% lentigo maligno; e 10,0% acral. Os tipos de melanoma considerados como outras formas (34%) foram *in situ* e amelanótico. Vinte e três pacientes estavam sem registro dessa classificação no prontuário.

Quanto à realização de terapêutica complementar à cirurgia, a radioterapia foi utilizada para 15,4% dos casos; sendo que 57,7% dos casos não necessitaram de tratamentos complementares. Para 11,3% dos casos, não havia registro desse desdobramento nos prontuários.

DISCUSSÃO

A faixa etária mais acometida nesta amostra foi entre 40-84 anos, mediana de 58 anos, como demonstrado em estudos brasileiros e americanos¹⁰⁻¹². Em relação ao sexo, pesquisas relatam que o aparecimento do melanoma ocorre mais no sexo feminino com uma pequena margem de

diferença^{11,12}. No presente estudo, houve um predomínio não significativo do sexo masculino, 50,7%, tendo uma distribuição homogênea entre os sexos. A raça branca foi mais afetada (98,2%) em compatibilidade com a região geográfica estudada e literatura mundial¹⁰⁻¹³.

A exposição ao sol é um fator de risco para o aparecimento de qualquer câncer de pele, inclusive para o melanoma^{14,15}. Neste estudo, esse risco foi presumido de acordo com a profissão exercida pelo indivíduo, já que no prontuário não havia registros do histórico de exposição solar de cada paciente. Quando excluídos da amostra os aposentados, 30% dos pacientes tinham profissões com exposição solar intensa. Esse dado discorda da literatura e deve ser interpretado com cautela. Pode ter ocorrido pela diferença entre perguntar ao paciente sua profissão e perguntar sua ocupação, uma vez que existem muitas variáveis envolvidas no exercício profissional, e diferentes formas de exposição e proteção solar. Além disso, a exposição solar intensa ocupacional tem sido relacionada ao melanoma lentigo maligno, que é mais raro. Os demais tipos de melanoma estão associados à exposição intermitente do paciente que trabalha *indoor*.

O local de maior incidência dos tumores foi tórax (29,6%), seguido pela cabeça e pescoço (25,4%), os membros superiores (18,3%) e os membros inferiores (15,4%), assemelhando-se aos dados da literatura, que aponta como mais acometidos: tronco (32,1%), cabeça e pescoço (30,8%), membros superiores (18,5%) e membros inferiores (17,3%)¹⁶.

As lesões de melanoma apresentam, em geral, características de fácil suspeita ou reconhecimento. A regra do ABCD e o autoexame da pele são recursos difundidos ao público como orientação para a suspeita de lesões neoplásicas. Apesar de não ser um modelo abrangente para o reconhecimento de todos os melanomas, a regra do ABCD tem sensibilidade de 57 a 90% e especificidade de 59 a 90%, podendo ser utilizado na triagem preventiva em saúde pública¹. Neste estudo, os resultados encontrados são concordantes com a literatura, pois a maioria das lesões preencheu os critérios de suspeita clínica de melanoma segundo a regra do ABCD.

Mesmo considerado o mais agressivo dos tipos de câncer de pele devido a seu alto potencial para produzir metástases^{6,17}, o melanoma ainda vem sendo diagnosticado tardiamente, talvez pela impressão de superficialidade que um tumor na pele possa sugerir. O atraso no diagnóstico pode significar uma vida, já que a detecção precoce tem um excelente prognóstico, com a retirada excisional frequentemente sendo curativa¹⁸. Em hospital público, muitas situações podem interferir no acesso do paciente ao serviço médico.

Observou-se realização de diagnóstico tardio, pois 14 casos apresentaram evidências de metástases, sendo que

em cinco deles havia metástases em dois ou mais locais. Outro fator que chama atenção é o tempo de evolução da lesão até o diagnóstico, pois 15,4% possuíam cinco anos ou mais de evolução. Isso é preocupante porque na presença de metástases a sobrevida cai dramaticamente nos primeiros cinco anos¹⁸.

Neste estudo, 24% dos pacientes com diagnóstico de melanoma tinham história familiar positiva para neoplasia cutânea. Não foi possível determinar quantos desses pacientes possuíam história familiar especificamente de melanoma, uma vez que, nem sempre havia relato do tipo de câncer de seus familiares. Acredita-se que cerca de 8 a 14% dos pacientes que recebem o diagnóstico de melanoma apresentam história familiar positiva para essa neoplasia¹⁹.

Em aproximadamente 25% dos casos, o melanoma ocorre em conjunto com um nevo. Esse risco é aumentado 1,5 vezes nas pessoas que possuem mais que dez nevos ou nevos maiores de cinco milímetros¹³. Nesta pesquisa, a maioria negou lesão prévia ao aparecimento do melanoma e 64,6% tiveram o primeiro diagnóstico de câncer de pele. Dos pacientes com história de lesão prévia ao aparecimento de melanoma, nove deles possuíam nevos melanocíticos. Este fato aponta a importância de acompanhar as características dos nevos ao longo do tempo e de orientar o paciente para relatar ao seu médico a ocorrência de qualquer mudança na cor, textura e tamanho dos nevos, ocorrência de prurido ou sangramento.

A consulta dermatológica com queixa específica na lesão foi responsável por (61,2%) dos diagnósticos, porém um estudo para estimar quem observou a lesão de melanoma em pacientes mostrou que 75% foram descobertos por pessoas leigas, entre elas o próprio paciente, familiares ou amigos do paciente, sendo apenas 25% notados primeiramente pelo profissional de saúde²⁰. A percepção da lesão pelos pacientes ou familiares e a ida à consulta ao especialista com queixa específica da lesão mostra a participação da população no diagnóstico e a influência das campanhas de saúde na educação e detecção precoce²⁰⁻²².

O diagnóstico de melanoma em consulta de outra especialidade médica foi realizado em 14,9% dos pacientes, revelando a importância da atuação conjunta de outras especialidades na doença. Foram diagnosticadas 11,9% das lesões em consulta dermatológica por outra queixa, alertando sobre a importância da inspeção e exame dermatológico completo na avaliação cutânea.

Os melanomas diagnosticados pelo encaminhamento da Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele, realizada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, regional do Paraná, em Curitiba, totalizaram 11,9% das lesões. Esse dado reflete a importância dessa campanha no

registro dos casos de melanoma maligno²⁰. Além disso, a identificação de indivíduos de risco abre oportunidades de se tentar influenciar na evolução, através da prevenção.

Segundo Weber, que avaliou os resultados histopatológicos em dois hospitais no município de Florianópolis-SC, a especialidade médica que mais diagnosticou casos de melanoma foi a dermatologia (54%), seguida pela cirurgia geral (19%) e cirurgia plástica (15%)¹⁷. Esse mesmo estudo mostra que os dermatologistas diagnosticaram o melanoma em fases mais precoces que os demais profissionais¹⁷.

Após a suspeita clínica, é recomendada a realização de biópsia excisional, que é a remoção completa da lesão com margens de um a dois milímetros contendo tecido celular subcutâneo, para adequada avaliação anatomopatológica^{7,23}. Neste estudo, 40% das lesões foram diagnosticadas dessa forma. As biópsias incisórias, incluindo as realizadas com *punch*, corresponderam a 34%. Esse método pode ser realizado em casos de lesões com grande diâmetro, porém pode alterar o microestadiamento da doença⁷. Em 7,7%, o sítio primário era desconhecido no momento do diagnóstico, sendo descoberto através da biópsia de linfonodos acometidos ou de metástase, mostrando o diagnóstico tardio da lesão, o que piora o prognóstico da doença.

Os tipos de melanoma mais encontrados foram o nodular (22,0%) e o extensivo superficial (22,0%). Essa proporção não é a mesma observada na maioria dos trabalhos, em que o tipo de melanoma mais encontrado é do tipo extensivo superficial (60%) seguido pelo tipo nodular (30%)¹⁹.

As limitações deste trabalho são inerentes ao delineamento retrospectivo do estudo, as quais foram refletidas na dificuldade de coleta dos dados devido à escassez de algumas informações nos prontuários, inclusive da avaliação dermatoscópica. Isso aponta à necessidade de preenchimento adequado dos prontuários, requisição de exames e demais documentações referentes aos pacientes visando a melhorar a assistência médico-hospitalar e estratégias para prevenção e controle do melanoma^{24,25}. A ocorrência de laudos histopatológicos sem classificação morfológica e outros parâmetros importantes para o prognóstico mostraram a ausência de uniformidade nos registros dos melanomas. Esse fato já foi constatado por outros autores⁸.

A coleta sistematizada de dados em quantidade e qualidade satisfatória pode facilitar a identificação de falhas e evitar a perda de informações nas diversas esferas de assistência oncológica. A conscientização dos diversos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente, o comprometimento dos gestores do sistema de saúde pública, bem como investimentos nos recursos humanos,

físicos e tecnológicos são fundamentais para o adequado funcionamento do sistema de informação em saúde e registro de doenças.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa realizou uma análise exploratória das informações básicas do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Clínicas da UFPR, nos cinco primeiros anos de sua implantação, acrescida da revisão de prontuários visando a contribuir com o amadurecimento e aprimoramento da sistematização dos registros de melanoma, dada a sua importância na formação médica e na saúde pública brasileira.

Neste estudo, o perfil de casos registrados mostrou predomínio de lesões em tronco, cabeça e pescoço de adultos brancos. A biópsia excisional foi o método mais utilizado para a confirmação diagnóstica. Houve um percentual elevado de casos cujo diagnóstico foi realizado tardiamente. Considerando que, quando diagnosticado precocemente, há importante chance de cura, maior atenção deve ser dada para a sua detecção e tratamento precoce. A melhora no sistema de informação em saúde é fundamental para o planejamento e monitoramento das ações de rastreamento do melanoma.

CONTRIBUIÇÕES

Kátia Sheylla Malta Purim contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica. Camila de Oliveira Sandri, Nathália Targa Pinto contribuíram na obtenção dos dados e redação. Rosa Helena Silva Sousa contribuiu na obtenção, análise e interpretação dos dados. Eliane Pereira Cesário Maluf contribuiu na análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Rigel DS, Russak J, Friedman R. The evolution of melanoma diagnosis: 25 years beyond the ABCDs. *CA Cancer J Clin.* 2010; 60(5): 301-16. Epub 2010 Jul 29.
2. Sortino-Rachou AM, Curado MP, Cancela MC. Melanoma cutâneo na América Latina: estudo descritivo de base populacional. *Cad. saúde pública* 2011; 27(3): 565-72.
3. Bandarchi B, MA L, Navab R, Seth A, Rasty G. From melanocyte to metastatic malignant melanoma. *Dermatol Res Pract* 2010; 2010 pii: 583748. Epub 2010 Aug 11.

4. Veierod MB, Adami HO, Lund E, Armstrong BK, Weiderpass E. Sun and solarium exposure and melanoma risk: effects of age, pigmentary characteristics, and nevis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(1): 111-20.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [acesso 2013 fev 20]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
6. 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.
7. Wainstein AJA, Belfort FA. Conduta para melanoma maligno *Rev Col Bras Cir.* 2004; 31(3): 204-14.
8. Bakos L. Melanoma cutâneo: estudos de base populacional no Brasil [editorial]. *An bras dermatol* 2006; 81(5): 402.
9. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Registros hospitalares de câncer: rotinas e procedimentos. Rio de Janeiro: INCA; 2000.
10. 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.
11. Pinheiro AMC, Cabral ALSV, Friedman H, Rodrigues HA. Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999. *An bras dermatol* 2003; 78(2): 179-86.
12. Ferrari Júnior NM, Muller H, Ribeiro M, Maia M, Sanches Júnior JA. Cutaneous melanoma: descriptive epidemiological study. *São Paulo Med J* 2008; 126(1): 41-7.
13. Markovic SN, Erickson LA, Rao RD, Weenig RH, Pockaj BA, Bardia A, et al. Malignant melanoma in the 21st century, part 1: epidemiology, risk factors, screening, prevention, and diagnosis. *Mayo Clin Proc* 2007; 82(3): 364-80.
14. Corry M, Baade P, Aitken J, Smithers M, Mcleod GR, Ring I. Trends for in situ and invasive melanoma in Queensland, Australia, 1982-2002. *Cancer Causes Control* 2006; 17(1): 21-7.
15. Bradford PT. Skin Cancer in skin of color. *Dermatol Nurs.* 2009; 21(4):170-8.
16. Battisti R, Nunes DH, Weber AL, Schweitzer LC, Sgrott I. Avaliação do perfil epidemiológico e da mortalidade dos pacientes com diagnóstico de melanoma cutâneo primário no município de Florianópolis - SC, Brasil. *An bras dermatol* 2009; 84(4): 335-42.
17. Weber AL, Nunes DH, Souza Filho JJ, Pinto CJC. Comparação dos casos de melanoma cutâneo diagnosticados por diferentes especialistas. *An bras dermatol* 2007; 82(4): 311-315.
18. Cummins DL, Cummins JM, Pantle H, Silverman MA, Leonard AL, Channugam A. Cutaneous malignant melanoma. *Mayo Clin Proc* 2006; 81(4): 500-7.
19. Carvalho AC, Cunha ME, Giugliani R, Bakos L, Ashton-Prolla P. Melanoma hereditário: prevalência de fatores de risco em um grupo de pacientes no sul do Brasil. *An bras dermatol* 2004; 79(1): 53-60.
20. Maia M, Basso M. Quem descobre o melanoma cutâneo. *An bras dermatol* 2006; 81(3): 244-48.
21. Criado PR, Vasconcellos C, Sittart JAS, Valente NYS, Moura BPS, Barbosa GL, 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.
22. Mackie RM, Hauschild A, Eggermont AM. Epidemiology of invasive cutaneous melanoma. *Ann Oncol.* 2009 Aug;20 Suppl 6:vi1-7
23. Tovo LFR, Belfort FA, Sanches Junior JA. Melanoma cutâneo primário. *Rev Assoc Med Bras* (1992) 2005; 51(1): 7-8.
24. Weber LA, Nunes DH, Souza Filho JJ, Carvalho-Pinto CJ. Avaliação de 496 laudos anátomo-patológicos de melanoma diagnosticados no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *An bras dermatol* 2007; 82(3): 227-32.
25. Schettini DA, Schettini APM, Sardinha JCG, Ferreira LCL, Vasques F, Xerez L. Avaliação do preenchimento de solicitações de biópsias da pele. *An bras dermatol* 2012; 87(1): 115-8.

Abstract

Introduction: The incidence of melanoma has increased worldwide, however little is known about its characteristics on the cases treated in university hospitals in Brazil. **Objective:** To evaluate the epidemiological profile of the reported cases of melanoma in the Hospital de Clínicas of the Federal University of Paraná in the period 2003-2007. **Method:** Retrospective descriptive study of medical records of confirmed cases of melanoma. The variables analyzed were: sex, age, primary tumor location and histological type according to the database of the Cancer Hospital Registry. **Results:** Based on the hospital database, a total of 71 cases were recorded and histologically confirmed during the timeframe considered. The profile found was of white patients (98.2%), male (50.7%), age 40 or older (85.9%), median 58 years, presenting injury between one to five years of evolution (48,6%) in the regions of the trunk (29,6%), head and neck (25,4%), nodular type (22%) and superficial spreading melanoma (22%). The majority of the melanomas lesions filled the ABCD rule (asymmetry, edge, changed color and diameter) and 22,2% of patients had metastases. **Conclusion:** The melanoma predominated in white patients in the sixth decade of life, thoracic location and histological nodular type with metastatic or lymph node repercussions.

Key words: Skin Neoplasms; Melanoma-diagnosis; Melanoma-epidemiology; Melanoma-etiology; Hospitals, University

Resumen

Introducción: La incidencia del melanoma ha aumentado en todo el mundo, pero poco se sabe acerca de las características de los casos clínicos atendidos en los hospitales universitarios en Brasil. **Objetivo:** Evaluar el perfil epidemiológico de los casos de melanoma registrados en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná en el período entre los años 2003 y 2007. **Método:** Estudio descriptivo con la recolecta de datos retrospectiva de las historias clínicas de los casos confirmados de melanoma. Las variables analizadas han sido: sexo, edad, ubicación del tumor primario y tipo histológicos según la base de datos del Registro Hospitalario del Cáncer. **Resultados:** Fue identificado, en la base de datos hospitalaria en el período estudiado, un total de 71 casos con confirmación histológica. El perfil encontrado fue de pacientes blancos (98,2%), hombres (50,7%), en la franja de edad de 40 años o más (85,9%), promedio de 58 años, presentando lesiones entre uno y cinco años de evolución (48,6%), en las regiones de cabeza y cuello (25,4%) y tronco (29,6%), del tipo nodular (22%) y extensivo superficial el (22%). La mayoría de lesiones de melanomas está acorde con la regla ABCD (asimetría, borde, color y diámetro alterados) siendo que el 22,2% de los pacientes han tenido metástasis. **Conclusión:** El melanoma predominó en pacientes blancos, en la sexta década de la vida, ubicación torácica con repercusión metastásica o en los ganglios linfáticos.

Palabras clave: Neoplasias Cutáneas; Melanoma-diagnóstico; Melanoma-epidemiología; Melanoma-etología; Hospitales Universitarios