

Sobrevida de Pacientes com Melanoma Cutâneo na Região Oeste de Santa Catarina, Brasil

Survival of Patients with Cutaneous Melanoma in the Western Region of Santa Catarina, Brazil

La Supervivencia de los Pacientes con Melanoma Cutáneo en la Región Oeste de Santa Catarina, Brasil

Marcelo Moreno¹; Fábio Roberto Bardemaker Batista²; Thaís Cristina Bonetti³

Resumo

Introdução: A região Oeste de Santa Catarina apresenta características ambientais e populacionais que contribuem para uma maior ocorrência do melanoma cutâneo. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi identificar a taxa de sobrevida dos pacientes com melanoma cutâneo diagnosticados no Oeste do Estado de Santa Catarina e correlacioná-la com fatores prognósticos. **Método:** Foi realizado um estudo longitudinal retrospectivo, a partir de variáveis clínicas e anatomopatológicas de pacientes com melanoma cutâneo tratados em um serviço de referência para tratamento e registro de câncer do Oeste do Estado de Santa Catarina; considerando um período de oito anos de seguimento. **Resultados:** A taxa de sobrevida foi de 71%. Os fatores prognósticos relacionados com uma maior sobrevida foram: sexo feminino, ocupação profissional sem histórico de exposição solar, ausência de mitoses e ulceração na lesão cutânea primária; e os tipos histológicos: extensivo superficial e lentigo maligno. **Conclusão:** A taxa de sobrevida encontrada para os pacientes com melanoma cutâneo no Oeste de Santa Catarina assemelha-se a dados encontrados em estudos realizados em áreas de grande incidência desse tipo de neoplasia.

Palavras-chave: Melanoma; Neoplasias Cutâneas; Taxa de Sobrevida; Prognóstico; Mortalidade; Estudos Longitudinais

¹ Cirurgião-Oncológico. Doutor em Medicina. Coordenador do Grupo de Pesquisa de Epidemiologia em Oncologia do Curso de Medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Chapecó (SC), Brasil. *E-mail:* mmoreno@unochapeco.edu.br.

² Médico Graduado pelo Curso de Medicina da UNOCHAPECÓ. Chapecó (SC), Brasil. *E-mail:* bardemaker@unochapeco.edu.br.

³ Médica Graduada pelo Curso de Medicina da UNOCHAPECÓ. Chapecó (SC), Brasil. *E-mail:* thaiscb@unochapeco.edu.br.

Endereço para correspondência: Marcelo Moreno. *E-mail:* mmoreno@unochapeco.edu.br.

INTRODUÇÃO

O melanoma cutâneo (MC) é a neoplasia cutânea maligna de pior prognóstico, devido ao grande potencial de desenvolvimento de metástases e consequente óbito. A incidência desse tipo de câncer de pele vem aumentando, principalmente na população branca residente em áreas do planeta com maior exposição aos raios ultravioleta¹.

A região Oeste de Santa Catarina é composta por 46 municípios. É habitada principalmente por descendentes europeus como: alemães, italianos, poloneses, entre outros, que promoveram o desenvolvimento da região com atividades relacionadas ao setor agropecuário; as quais exigem exposição solar, muitas vezes excessiva². Situada nas latitudes 26° e 27°, que coincide com áreas do planeta de grande incidência do MC, como a Austrália, onde a ancestralidade europeia da população e exposição solar demasiada são fatores reconhecidos para o risco de ocorrência de MC³.

A sobrevida do MC está relacionada com a detecção e tratamento precoce. A associação de fatores prognósticos que influenciam a evolução da doença tem determinado taxas de sobrevida que variam de 65 a 85% em trabalhos desenvolvidos em várias partes do mundo, com diferentes períodos de seguimento⁴.

O objetivo deste trabalho foi identificar a taxa de sobrevida dos pacientes com MC diagnosticados no Oeste de Santa Catarina e correlacioná-la com fatores prognósticos.

MÉTODO

Trata-se um estudo observacional, analítico do tipo longitudinal retrospectivo, tendo como base os anos de 2002 e 2003, no qual foram identificados os casos com diagnóstico de MC *in situ* e invasivo. Foi realizado o acompanhamento da evolução clínica dos pacientes em um período de oito anos. As variáveis analisadas foram baseadas no instrumento de coleta do Grupo Brasileiro de Melanoma⁵. As informações foram obtidas nos prontuários dos pacientes atendidos no centro de referência de oncologia do Hospital Regional do Oeste – serviço de registro de câncer da região Oeste do Estado de Santa Catarina e de tratamento terciário (referência para 46 municípios que compreendem a macrorregião do Oeste de Santa Catarina). Os dados relacionados ao seguimento foram obtidos diretamente nas consultas periódicas e nos casos em que o paciente não retornou, através de contato telefônico com o próprio paciente ou familiares (após terem concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado juntamente com o projeto de pesquisa pelo CEP da UNOCHAPECÓ, conforme protocolo no 068/07).

As variáveis consideradas para o cálculo da taxa de sobrevida foram: características clínicas dos pacientes, características da lesão cutânea primária, descrição histopatológica do MC, hereditariedade e estágio da doença (os estádios I, II e III não foram subdivididos). Foram excluídas as variáveis em que não foi possível obter os dados nas consultas de retorno ou pela impossibilidade de contato telefônico. Para comparação de índices de sobrevida entre os estádios da doença, pacientes em estágio IV no momento do diagnóstico foram excluídos. A sobrevida foi estimada através do método de Kaplan-Meier e a significância estatística determinada pelo teste de Mantel-Cox ($p < 0,05$). A análise dos dados foi realizada com o programa *SPSS Statistics versus 19.0*.

RESULTADOS

Durante o período incluído no estudo, 83 pacientes com diagnóstico de MC foram registrados e tratados. Destes, 34 (41%) pacientes tiveram diagnóstico de MC no ano de 2002 e 49 (59%) pacientes tiveram seu diagnóstico feito no ano de 2003. A taxa de sobrevida encontrada foi de 70% (Figura 1).

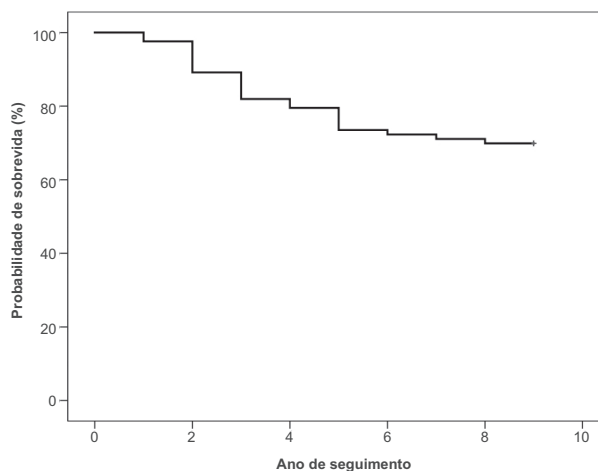


Figura 1. Curva de sobrevida mostrando os 8 anos de seguimento e considerando todos os estádios da doença

A idade mínima obtida entre os pacientes foi 14 anos e a máxima foi 89 anos, determinando uma média de idade de 47,9 anos. Dos 56 pacientes que tinham menos que 60 anos, a sobrevida foi de 71,4%. Dos 26 que tinham mais que 60 anos, 65,4% estavam vivos no final do período estudado ($p=0,509$) (Figura 2).

Quanto ao sexo dos indivíduos, 44 (53%) pacientes eram do sexo feminino; que apresentaram melhor sobrevida comparadas com o sexo masculino - 79,5% *versus* 59%, respectivamente ($p=0,047$) (Figura 3).

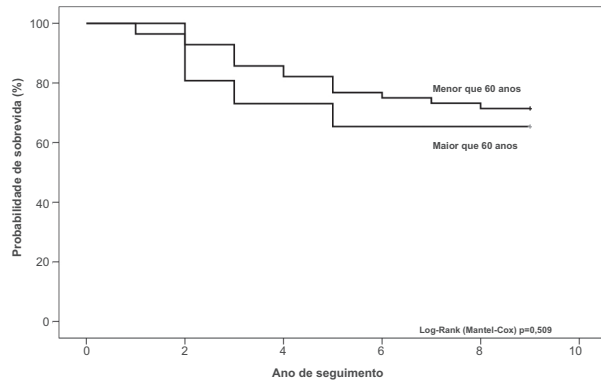


Figura 2. Curva de sobrevida comparando pacientes agrupados em duas faixas etárias (n=83)

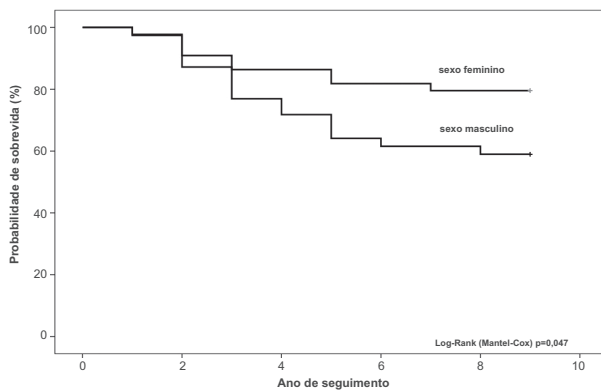


Figura 3. Curva de sobrevida comparando o sexo masculino com o feminino (n=83)

Neste estudo, a totalidade dos pacientes tinha cor branca, sendo que 51 (61,4%) pacientes tinham grande exposição solar em suas atividades laborais e 30 (36,1%) trabalhavam em atividades sem grande exposição solar. Dos pacientes que estavam constantemente expostos ao sol, 21 foram a óbito resultando em uma sobrevida de 58,8%. Dos que não estavam expostos constantemente, apenas três faleceram por MC durante o período de seguimento, gerando uma sobrevida de 90% ($p=0,05$).

Quanto à classificação relacionando a fase de crescimento do MC; 24 pacientes apresentavam MC do tipo nodular, dos quais, nove pacientes morreram, gerando uma sobrevida de 62,5%. O tipo extensivo superficial foi diagnosticado em 38 pacientes; destes, sete morreram, o que determinou uma sobrevida de 81,6%. Apenas três pacientes apresentavam MC tipo lentigo maligno e todos se mantiveram vivos. Cinco pacientes tinham MC do tipo acral; destes, três foram a óbito no período de seguimento resultando em uma sobrevida de 40% ($p=0,044$).

Só foi possível encontrar informações sobre ulceração da lesão primária em 67 casos. Pacientes com ulceração

tiveram 73% de probabilidade de sobrevida comparados a 88% dos pacientes sem ulceração ($p=0,142$). Os dados sobre regressão da lesão primária só estiveram disponíveis em 27 pacientes. A diferença de sobrevida entre os pacientes com lesão com regressão e sem regressão não foi significativa ($p=0,945$).

Dos 83 pacientes incluídos do estudo, somente 34 foram submetidos à biópsia do linfonodo sentinela; destes, 13% apresentaram metástases, o que não interferiu na diferença de sobrevida em comparação aos casos com linfonodo sentinela negativos ($p=0,516$).

Também houve diferença de sobrevida, considerando a presença de mitose na lesão cutânea primária. Do total de 71 pacientes que possuíam essa informação, em 25 não tinham figuras de mitoses descritas no laudo anatomopatológico. Destes, 80% estavam vivos no final do período avaliado. Pacientes com uma ou mais mitoses/10CGA apresentaram uma sobrevida de 69,6% ($p=0,046$) (Figura 4).

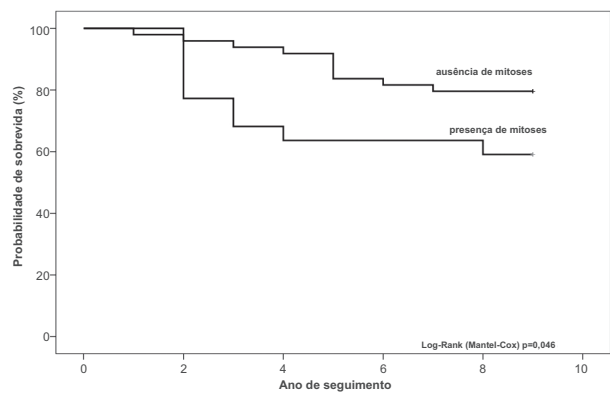


Figura 4. Curva de sobrevida relacionando presença ou ausência de mitose na lesão primária (n=71)

De acordo com o estadiamento final do MC, 21 (27%) pacientes encontravam-se no estágio 0 e todos estavam vivos no final do período estudado. Dezesesseis (20,5%) pacientes estavam no estágio I, sendo que apenas um foi a óbito, resultando em uma sobrevida de 93,8%. O estágio II da doença esteve presente em 26 (33,3%) pacientes que apresentaram uma sobrevida de 69,2%. Dos 15 (19,2%) pacientes que estavam no estágio III, dez morreram, o que representou uma sobrevida de 33,3% ($p=0,01$) (Figura 5). Todos os pacientes em estágio IV morreram no mesmo ano do diagnóstico.

DISCUSSÃO

Os indivíduos de origem europeia que vivem em clima tropical ou temperado apresentam um risco elevado de desenvolver câncer cutâneo^{3,6}. Grande parte

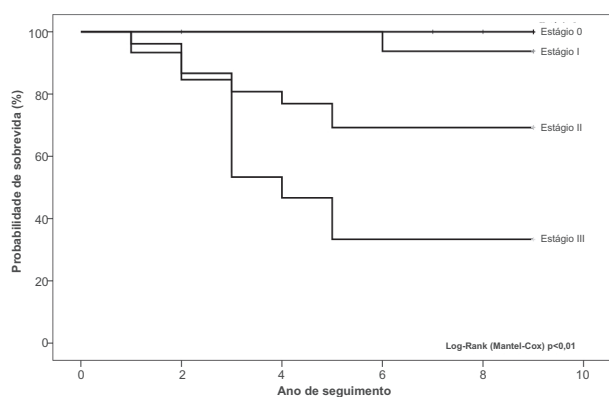


Figura 5. Curva de sobrevida comparando o estágio da doença no momento do diagnóstico (n=78)

dos imigrantes europeus que se estabeleceram no Brasil e seus descendentes se dedicaram ao trabalho rural^{2,6}. É possível encontrar, nas regiões Sudeste e Sul, comunidades agrícolas com grande concentração de pessoas de pele clara. Esses indivíduos expõem-se ao sol continuamente, muitas vezes desde a primeira infância⁷. Além disso, a exposição solar decorrente de atividades esportivas de lazer é bastante comum em todos os extratos sociais de todo o território nacional⁸⁻⁹.

A faixa territorial brasileira que compreende os Estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul está entre os paralelos 26° e 31°. Entre esses paralelos, encontra-se boa parte do território australiano, onde são registrados os maiores índices de prevalência e incidência do MC do planeta. O fato de que ocorra o predomínio de população semelhante ao da Oceania, com predomínio de fototipos I e II; associado à localização geográfica, pode explicar as altas taxas de registro de MC nessa região brasileira^{6,9-10}.

Uma análise feita por Lens e Dawes, de todas as mortes registradas de MC na Austrália entre 1931 e 1994, mostrou que a mortalidade por MC naquele país tinha aumentado acentuadamente¹¹. No entanto, mais recentemente, apesar da incidência crescente de MC, nota-se uma acentuada melhoria concomitante da taxa de sobrevida em cinco anos, que representa em média de 90%³. O presente estudo encontrou uma sobrevida no período de oito anos de seguimento de 71%, considerando todos os estágios da doença.

Em estudos brasileiros prévios, também foi possível verificar índices de sobrevida semelhante, mas ambos foram realizados na região Sudoeste. Um deles foi realizado baseado em pacientes de um hospital de São Paulo, onde houve acompanhamento clínico em 131 pacientes; após a confirmação diagnóstica pelo período de cinco anos, foi observada uma taxa de sobrevida de aproximadamente 70%¹². Em um estudo retrospectivo

realizado na Unidade de Melanoma da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde 364 casos foram estudados de maio de 1993 a janeiro de 2006, 20% dos pacientes com MC tinham doença avançada e morreram antes de completar cinco anos de sobrevida¹³. Em um estudo epidemiológico realizado no Norte do Estado do Rio Grande do Sul (local próximo a região Oeste de Santa Catarina), a sobrevida encontrada, considerando oito anos de seguimento foi próxima a 80%¹⁴. Esses resultados podem refletir características comuns a essas populações, onde predominam pessoas de pele branca e o tipo histológico extensivo superficial (que é conhecido por apresentar melhor prognóstico)^{6-7,9-10,14-15}. Também pode ser sugerido que o fato de a região se localizar em um estado com características socioeconômicas acima da média nacional facilitaria o diagnóstico precoce do MC devido ao acesso aos serviços de saúde ser influenciado pelo nível de escolaridade e pela organização dos sistemas de saúde.

Considerando fatores prognósticos clínicos, é possível fazer algumas observações. A idade superior a 60 anos está fortemente vinculada a um pior prognóstico¹⁶⁻¹⁷. Esse mesmo achado é válido tanto para o sexo feminino quanto para o sexo masculino¹⁸. No presente estudo, dos 56 pacientes que tinham menos que 60 anos, a sobrevida foi de 71,4%; e, dos 26 que tinham mais que 60 anos, 65,4% estavam vivos no final do período estudado (p=0,509). Esse achado pode ser justificado pelo predomínio do número de casos com idade inferior a 60 anos (67,5%), o que tornou a comparação de dois grupos heterogêneos de pacientes.

Apesar de o MC ser mais comum no sexo feminino, os índices de sobrevida são melhores quando comparados a pacientes do sexo masculino¹⁷⁻¹⁸. No presente estudo, 44 (53%) pacientes eram do sexo feminino e apresentaram melhor sobrevida comparados com o sexo masculino. Uma das justificativas encontradas para explicar essa diferença de sobrevida entre os sexos é de que o MC ocorre mais comumente em tronco e pescoço nos homens, e em braços pernas nas mulheres. O local de origem da lesão cutânea primária é relacionado com os resultados de sobrevida dos pacientes com MC^{10,18-19}.

Considerando as diferenças de sobrevida encontradas entre os pacientes expostos, de forma crônica, aos raios ultravioleta, comparados aos expostos de forma intermitente; é possível relacionar a exposição crônica à luz solar com os locais da lesão primária que apresentam pior prognóstico como cabeça e pescoço, assim como a hiperexpressão do gene p53 em lesões primárias desses locais¹⁸. Mesmo assim, ainda não existe consenso sobre a relação do tipo de exposição solar e um maior risco de desenvolvimento de MC⁴.

Entre os fatores anatomopatológicos preditivos de sobrevida em MC primários, os mais importantes são o envolvimento de linfonodos regionais, a espessura da lesão primária (índice de *Breslow*) e a presença de ulceração. Índice mitótico, presença de regressão e o tipo histológico do MC também influenciam nos resultados de sobrevida^{18,20-21}.

O tipo histológico nodular do MC possui pior prognóstico comparado ao de extensivo superficial. Também é conhecido que o tipo acral possui pior prognóstico em relação aos demais: extensivo superficial, nodular e tipo lentigo maligno¹⁸. Devido às características fenotípicas da população da região Oeste do Estado de Santa Catarina, o predomínio do tipo histológico extensivo superficial sobre os demais pode justificar a melhor sobrevida global dos pacientes, mostrando resultados semelhantes aos estudos que descrevem populações semelhantes^{16,18-19-20}.

Apesar de ser bem descrita a associação da presença de ulceração, regressão da lesão primária e a positividade do linfonodo sentinela, com pior resultado de sobrevida em relação à ausência desses achados, o presente estudo não encontrou significância. Esses achados provavelmente são justificados devido ao número pequeno de pacientes que foram incluídos na análise^{19,22}. Isso ocorreu, pois a maioria dos casos são encaminhados sem a lesão primária (já foram submetidos à biópsia excisional), não sendo possível avaliar a presença de ulceração e regressão. Somente 34 pacientes foram submetidos à biópsia do linfonodo sentinela, pois 21 tinham MC *in situ* e 26 pacientes estavam no estágio III no momento do diagnóstico. Além disso, nos anos de 2002 e 2003, a técnica de localização e retirada do linfonodo sentinela estava sendo implantada no serviço.

De acordo com a última edição do estadiamento do MC, o índice mitótico é considerado um fator prognóstico independente²¹, sendo que a presença de pelo menos uma mitose por milímetro quadrado é suficiente para classificar um melanoma fino de T1 para T1b^{19,21}. Neste estudo, houve diferença de sobrevida, considerando a presença de mitose na lesão cutânea primária; apesar de a metodologia utilizada pelo serviço de Patologia ser a contagem do número de mitoses/10CGA. Mesmo assim, foi possível verificar o que os estudos concluíram sobre a importância desse achado na sobrevida dos pacientes com MC^{19,21}. Esse resultado foi encontrado sem a realização de análise multivariada, pois sabe-se que existe relação entre o número de mitoses e a profundidade de invasão da lesão cutânea primária¹⁸.

Com o diagnóstico precoce, é possível realizar o tratamento cirúrgico adequado antes que ocorra maior comprometimento das camadas mais profundas da pele. A taxa de cura em 10 anos é de 92% dos MC primários com menos que 1,0 mm de espessura (AJCC - estágio

I); no entanto, o índice de sobrevida cai para 50% em tumores espessos (>4 mm de espessura)²¹. Já quando o paciente possui metástases a distância, a sobrevida média permanece baixa, de 4 a 8 meses, dependendo do sítio da metástase^{19,21}. Em nosso estudo, apesar de os estádios I, II e III não serem subdivididos em “A”, “B”, “C”; foi possível observar taxas médias semelhantes às dos estudos revisados^{16,18-19-20}.

CONCLUSÃO

A taxa de sobrevida encontrada para os pacientes com MC no Oeste de Santa Catarina no período de seguimento foi de 71% e assemelha-se a dados encontrados em estudos realizados em áreas de grande incidência do Brasil e de outros países que possuem características populacionais semelhantes. Na avaliação dos fatores prognósticos, destacaram-se, significativamente, para uma maior sobrevida: sexo feminino, trabalho sem exposição solar, ausência de ulceração no tumor primário, a não identificação de mitoses e estádios I e II.

CONTRIBUIÇÕES

Marcelo Moreno contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Fábio Roberto Bardemaker Batista e Thaís Cristina Bonetti contribuíram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Holman CD, Armstrong BK, Heenan PJ. A theory of the etiology and pathogenesis of human cutaneous malignant melanoma. *J Natl Cancer Inst* 1983; 71(4): 651-6.
2. Werlang A. A colonização do oeste catarinense. Chapecó: Argos; 2002.
3. Whiteman DC, Bray CA, Siskind V, Green AC, Hole DJ, Mackie RM. Changes in the incidence of cutaneous melanoma in the west of Scotland and Queensland, Australia: hope for health promotion? *Eur J Cancer Prev* 2008; 17(3): 243-50.
4. Elwood MAJ, English DR. Prevention and screening. In: Balch CMHA, Sober AJ, Soong S, editor. *Cutaneous melanoma*. St Louis: Missouri; 2003. p. 93-120.
5. Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM). Registro brasileiro de melanoma 2012 [cited 2011 out 20]. Available from: <http://www.gbm.org.br/gbm/>
6. Bakos L, Masiero NC, Bakos RM, Burttet RM, Wagner MB, Benzano D. European ancestry and cutaneous

- melanoma in Southern Brazil. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23(3):304-7.
7. Bakos L, Wagner M, Bakos RM, Leite CS, Sperhacke CL, Dzekaniak KS, et al. Sunburn, sunscreens, and phenotypes: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. *Int J Dermatol* 2002; 41(9):557-62.
 8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Pele melanoma. 2011 [cited 2011 Out 20]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma/definicao
 9. Bonfa R, Bonamigo RR, Bonfa R, Duro KM, Furian RD, Zelmanowicz Ade M. Early diagnosis of cutaneous melanoma: an observation in southern Brazil. *An Bras Dermatol* 2011;86(2):215-21.
 10. Battisti R, Nunes DH, Weber AL, Schweitzer LC, Sgrott I. Evaluation of the epidemiological profile and the mortality rate of the patients with primary cutaneous melanoma in Florianopolis - SC, Brazil. *An Bras Dermatol* 2009;84(4):335-42.
 11. Bakos L, Masiero NC, Burttet RM, Moreira LM, Santos KO, Brunetto LT, et al. Is season important for the diagnosis of cutaneous melanoma in southern Brazil? A 10-year hospital-based study. *Int J Dermatol* 2010;49(1):44-7.
 12. Naser N. Cutaneous melanoma: a 30-year-long epidemiological study conducted in a city in southern Brazil, from 1980-2009. *An Bras Dermatol* 2011;86(5):932-41.
 13. Konrad P, Fabris MR, Melao S, Blanco LF. Histopathological and epidemiological profile of cases of primary cutaneous melanoma diagnosed in Criciuma-SC between 2005 and 2007. *An Bras Dermatol* 2011;86(3):457-61.
 14. Moreno M, Schimitt RL, Lang MG, Gheno V. Epidemiological profile of patients with cutaneous melanoma in a region of southern Brazil. *J Skin Cancer* 2012;1-8.
 15. Gershenwald ABC, Song SJ, Thompson JF. Prognostic factors and natural history. In: Balch CM, HSUEH, Sober AJ, Soong S, editor. *Cutaneous melanoma*. St Louis: Missouri; 2003. p. 25-54.
 16. Homsy J, Kashani-Sabet M, Messina JL, Daud A. Cutaneous melanoma: prognostic factors. *Cancer Control* 2005;12(4):223-9.
 17. Lens MB, Dawes M. Global perspectives of contemporary epidemiological trends of cutaneous malignant melanoma. *Br J Dermatol* 2004;150 (2):179-85.
 18. Criado PR, Vasconcellos C, Sittart JA, Valente NY, Moura BP, Barbosa GL, et al. Primary cutaneous malignant melanoma: retrospective study from 1963 to 1997 at Hospital do Servidor Publico Estadual de Sao Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 1999;45(2):157-62.
 19. Ferrari Junior NM, Muller H, Ribeiro M, Maia M, Sanches Junior JA. Cutaneous melanoma: descriptive epidemiological study. *Sao Paulo Med J* 2008;126(1):41-7.
 20. 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.
 21. Chao C, Martin RC, Ross MI, Reintgen DS, Edwards MJ, Noyes RD, et al. Correlation between prognostic factors and increasing age in melanoma. *Ann Surg Oncol* 2004; 11(3):259-64.
 22. Thorn M, Adami HO, Ringborg U, Bergstrom R, Krusemo UB. Long-term survival in malignant melanoma with special reference to age and sex as prognostic factors. *J Natl Cancer Inst* 1987;79(5):969-74.
 23. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, Thompson JF, Atkins MB, Byrd DR, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol* 2009; 27(36):6199-206.
 24. Retsas S. Progress but not enough: the 2009 (7th) revision of the American Joint Committee on Cancer (AJCC) for melanoma staging and classification. *J BUON* 2011;16(1):38-9.
 25. Rubin KM, Lawrence DP. Your patient with melanoma: staging, prognosis, and treatment. *Oncology (Williston Park)* 2009;23(8 Suppl):13-21.

Abstract

Introduction: The Western region of Santa Catarina has environmental and population-based characteristics that contribute to a higher incidence of cutaneous melanoma. **Objective:** The aim of this study was to identify the survival rate of patients diagnosed with cutaneous melanoma in the west of the State of Santa Catarina and correlate it with prognostic factors. **Methodology:** A retrospective longitudinal study was performed, based on clinical and anatomopathological data from patients treated with cutaneous melanoma in a referral center for treatment and Cancer Registry in the west of Santa Catarina, considering an eight-year follow-up. **Results:** The survival rate was 71%. The prognostic factors associated with better survival were: female gender, occupation without a history of sun exposure, lesions with mitosis and the superficial spreading melanoma and lentigomaligna melanoma histological types. **Conclusion:** The survival rate found in patients with cutaneous melanoma in the West of Santa Catarina is similar to findings in studies conducted in areas of high incidence of this neoplasm.

Key words: Melanoma; Skin Neoplasms; Survival Rate; Prognosis; Mortality; Longitudinal Studies

Resumen

Introducción: La región oeste de Santa Catarina presenta características ambientales y de población que contribuyen a una mayor incidencia del melanoma cutáneo. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue identificar la tasa de supervivencia de los pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo en el oeste de Santa Catarina y que se correlacionan con los factores pronósticos. **Método:** Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo, a partir de variables clínicas y anatomopatológicas de los pacientes tratados con melanoma cutáneo en un centro de referencia para el tratamiento y registro del cáncer en el Oeste de Santa Catarina, teniendo en cuenta un período de ocho años de seguimiento. **Resultados:** La tasa de supervivencia fue de 71%. Los factores pronósticos asociados con una mayor supervivencia han sido: sexo femenino, con profesión sin historial de exposición solar, la falta de la mitosis y ulceración en la lesión cutánea primaria, y los tipos histológicos extensivo superficial y lentigo maligna. **Conclusión:** La tasa de supervivencia en los pacientes con melanoma cutáneo en el oeste de Santa Catarina es similar a los encontrados en los estudios realizados en zonas de alta incidencia de ese tipo de neoplasia.

Palabras clave: Melanoma; Neoplasias Cutáneas; Tasa de Supervivencia; Prognóstico; Mortalidad; Estudios Longitudinales