

O melanoma do couro cabeludo ou do pescoço tem maior risco de mortalidade específica pelo melanoma do que o melanoma das extremidades

QUESTÃO DO ESTUDO

Em pacientes com melanoma, os tumores do couro cabeludo ou do pescoço estão associados com aumento no risco de mortalidade específica pelo melanoma?

DESENHO DO ESTUDO

Desenho: Coorte a partir da fase inicial da doença

Localização: 13 registros do programa de vigilância e epidemiologia *Surveillance, Epidemiology, and End Results* [SEER] nos EUA.

Pacientes: 51 704 adultos brancos não hispânicos com idade \geq 20 anos (média de 56 anos, 56% homens) que tiveram um primeiro melanoma cutâneo invasivo microscopicamente confirmado e que foram incluídos nos 13 registros do SEER do *National Cancer Institute* entre 1992 e 2003 (>42% acompanhados por \geq 5 anos).

Fatores de prognóstico: localização do tumor (couro cabeludo/pescoço, extremidades, face/orelhas e desconhecida), outras características do tumor (espessura de Breslow, ulceração, comprometimento de linfonodo e subtipo histológico).

Desfechos: mortalidade específica pelo melanoma.

RESULTADOS PRINCIPAIS

9% dos pacientes morreram devido o melanoma durante o seguimento. A sobrevivência específica pelo melanoma foi menor em pacientes com melanoma do couro cabeludo/pescoço do que para

aqueles com melanoma em outras localizações (sobrevivência em 5 anos 83% v 92%). As análises multivariadas mostraram que a mortalidade específica pelo melanoma foi maior para tumores do couro cabeludo/pescoço e do tronco do que para os de extremidades (tabela). Idade mais avançada (razão de risco [RR] 1,17; IC 95% 1,14 a 1,20), espessura de Breslow maior (RR 1,41; IC 1,39 a 1,43) e presença de ulceração (RR 2,61; IC 2,36 a 2,90) também aumentaram o risco de mortalidade específica pelo melanoma; ser do sexo feminino reduziu o risco (RR 0,67; IC 0,62 a 0,73). Para pacientes com status dos linfonodos conhecido, linfonodos positivos estiveram associados com risco aumentado de mortalidade pelo melanoma (n = 27 913, RR 4,81; IC 4,29 a 5,40).

CONCLUSÃO

Em pacientes com um primeiro melanoma invasivo, tumores do couro cabeludo ou do tronco, idade maior, sexo masculino, espessura do tumor e ulceração estiveram associados com maior risco de mortalidade específica pelo melanoma.

O resumo e o comentário também apareceram no "ACP Journal Club: The Best Evidence for Patient Care" no *Annals of Internal Medicine*.

RESUMIDO DE

Lachiewicz AM, Berwick M, Wiggins CL, et al. Survival differences between patients with scalp or neck melanoma and those with melanoma of other sites in the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) program. *Arch Dermatol* 2008;**144**:515–21.

Correspondência para: Dr N E Thomas, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA; nancy_thomas@med.unc.edu

Fontes de financiamento: National Cancer Institute.

► Escores de impacto clínico: CG/CF/Atenção primária 6/7; Dermatologia 6/7; saúde pública 6/7; Oncologia/Geral 5/7

Mortalidade específica pelo melanoma para pacientes com um primeiro melanoma invasivo*

Localização do tumor	Número de pacientes (% do total)†	Mortalidade	Razão de risco (IC 95%)‡
Extremidades	22 363 (43%)	6%	1,0 (grupo de referência)
Tronco	17 754 (34%)	8%	1,27 (1,16 a 1,40)
Face/orelhas	6219 (12%)	7%	0,95 (0,83 a 1,09)
Couro cabeludo/pescoço	3271 (6%)	14%	1,84 (1,62 a 2,10)

*Abreviaturas definidas no glossário. Seguimento em 5 anos para > 42% dos pacientes.

†4% dos pacientes tinham a localização do tumor desconhecida.

‡Análises multivariadas (n = 42 237) ajustadas para idade, sexo, espessura de Breslow e ulceração e excluiu pacientes que estavam vivos, mas com 0 mês de tempo de sobrevivência registrado ou que tinham tumores de localização anatômica, espessura ou status de ulceração desconhecidos.

Das 3 formas mais comuns de câncer de pele, o melanoma maligno é o mais sério, apresentando um risco considerável de morte. Embora menos comum do que os carcinomas basocelular e espinocelular, o risco ao longo da vida de melanoma é atualmente estimado em 1 em cada 41 homens e 1 em cada 61 mulheres.¹ Apesar de programas de detecção precoce, a mortalidade geral por melanoma tem permanecido estável ou aumentado, dependendo do subgrupo.

O estudo de Lachiewicz et al utilizou dados longitudinais de 51 704 casos de melanoma registrados no banco de dados do SEER para examinar a relação independente da localização tumoral com a mortalidade. A análise é essencialmente um exercício de contagem e a precisão dos achados depende da adequação do banco de dados. Qualquer estudo baseado no relato de diversas instituições corre o risco de que o seguimento seja inadequado ou incompleto. Apenas 42% dos casos de melanoma tinham seguimento por um período de pelo menos 5 anos.

Digno de nota, a espessura dos tumores nos casos estudados era bastante baixa (espessura de Breslow mediana de 0,64 mm) e a mortalidade específica pelo melanoma esteve entre 6% e 8%, exceto na região do couro cabeludo e do pescoço onde foi de 14%. A mortalidade específica pelo melanoma para o melanoma de tronco (8%) foi essencialmente a mesma daquela de face e orelhas, o que levanta duas preocupações. Primeiro, é improvável que o desfecho do melanoma da face e das orelhas difira daquele do couro cabeludo e pescoço, o que sugere que os dados podem não ser representativos de toda uma população. Segundo, o melanoma da cabeça e do pescoço é geralmente aceito como tendo um prognóstico ligeiramente pior do que regiões mais periféricas. Entretanto, a diferença ostensiva no risco de mortalidade entre as localizações na cabeça e no pescoço relatada neste e em outros estudos² pode ser confundida pela inclusão de lentigo maligno-melanoma, de evolução menos agressiva, como melanoma

facial. Embora os resultados de análises de subgrupos que excluíram melanoma lentigo maligno conhecidos tenham sido similares às análises principais no estudo de Lachiewicz et al, é difícil de avaliar a adequação da classificação tumoral em estudos que envolvem múltiplos centros sem uma revisão independente da patologia. Finalmente, como os autores assinalaram, estes achados precisam ser confirmados. Por estas razões, os resultados deste estudo precisam ser interpretados com cautela.

Bill McCarthy, MD

University of Sydney
Sydney, New South Wales, Australia

1. **Jemal A**, Siegel R, Ward E, et al. *CA Cancer J Clin* 2008;**58**:71–96.
2. **Golger A**, Young DS, Ghazarian D, et al. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;**133**:442–7.