

5. INPE – Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais [Internet]. Porto Alegre: Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos [Acessado em 26 mai 2017]. Disponível em: <http://www.cptec.inpe.br/>.

Carla Corrêa Martins , Renato Marchiori Bakos 
e Manuela Martins Costa 

Departamento de Dermatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

*Autor para correspondência.

E-mail: carlamartins.dermato@gmail.com (C.C. Martins).

Recebido em 20 de maio de 2019; aceito em 8 de novembro de 2019

Disponível na Internet em 20 de junho de 2020

2666-2752/ © 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fatores de risco para melanoma em uma população latino-americana

Prezado Editor,

O melanoma maligno (MM) é um tumor de pele associado a alta mortalidade em todo o mundo. A taxa de sobrevivência em cinco anos é de 95% se o melanoma for detectado precocemente e de apenas 5% para o melanoma metastático.¹ Na Colômbia, o registro nacional apontou um aumento da incidência de melanoma de quatro para seis casos por 100.000 pessoas em apenas quatro anos.² Isso reforça a importância de se identificar os fatores de risco para o melanoma, especialmente nos países latino-americanos, onde a distribuição dos subtipos histopatológicos de melanoma diverge dos relatos em outros países, o melanoma acral lentiginoso (MAL) é o subtipo de MM mais frequentemente observado.³ Embora uma possível associação com trauma tenha sido relatada, ela ainda não foi claramente demonstrada.^{4,5}

Considerando o exposto, fez-se um estudo de casos e controles entre 2010-2014 na população atendida no Centro de Dermatologia Federico Lleras Acosta, um hospital de referência dermatológica em Bogotá, Colômbia. Foram coletados dados de pacientes com diagnóstico histopatológico de melanoma. Os controles foram aqueles pacientes internados no mesmo hospital por doença dermatológica não melanoma ou câncer de pele não melanoma. Todos os controles foram submetidos a um questionário e exame físico para garantir que não apresentassem melanoma nem lesões clinicamente sugestivas de melanoma. Os casos e controles foram pareados por idade com variação de aproximadamente cinco anos. Dois controles foram atribuídos para cada caso.

Foram estudadas variáveis sociodemográficas, histórico de trabalho ao ar livre e participação em esportes ao ar livre ao longo da vida, exposição a inseticidas, tabagismo, histórico de queimaduras solares e histórico familiar de câncer de pele. Também foram estudadas características fenotípi-

cas individuais, inclusive fototipo de pele, cor dos olhos, cor dos cabelos e sinais de danos causados pelo sol.

O teste do qui-quadrado, o *t* de Student e soma do ranking de Wilcoxon foram usados para análises estatísticas e foi feita uma análise multivariada com regressão logística condicional, com variáveis estatisticamente significativas, clinicamente relevantes e potencialmente confundidoras. Os dados foram analisados no *software* estatístico Stata.

Este estudo incluiu 243 participantes: 81 casos e 162 controles. A idade média foi de 64 anos. Na análise da idade por subtipo, a média entre os pacientes com lentigo maligno foi de 67 anos; entre os pacientes com MAL e melanoma nodular, 63 anos; e entre aqueles com melanoma extensivo superficial, 58 anos.

Dos participantes, 160 eram mulheres (66%) e 83 eram homens (34%). A proporção do sexo feminino foi de 68% (55/81) no grupo caso e de 65% (105/162) no grupo controle. A **tabela 1** apresenta a classificação histopatológica dos tumores. O subtipo de melanoma mais comum foi MAL (32%), seguido por lentigo maligno (29%). Os melanomas estavam localizados principalmente nas bochechas (21/81; 26%), unhas (14/81; 26%), nariz (11/81; 13%) e solas dos pés (9/81; 11%).

Quase 73% (59/81) dos casos concluíram o ensino médio, em comparação com 71% (115/162) dos controles, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,7$ pelo teste do qui-quadrado).

A **tabela 2** apresenta os resultados da análise bivariada, indica que o trabalho ao ar livre durante o começo da vida adulta (15 a 30 anos) aumentou o risco de desenvolver mel-

Tabela 1 Subtipos histopatológicos de melanoma nos casos estudados

Subtipo histológico	Casos (n = 81)	
	n	%
Melanomas <i>in situ</i>		
Lentigo maligno	24	29,62
Outros melanomas <i>in situ</i>	9	11,11
Melanomas invasivos		
Melanoma acral lentiginoso	26	32,09
Melanoma nodular	10	12,34
Melanoma extensivo superficial	4	4,93
Melanoma tipo lentigo maligno	4	4,93
Melanoma não categorizado	4	4,93

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.11.009>

☆ Como citar este artigo: Nova JA, Sánchez-Vanegas G, Gamboa M, Gil-Quiñones SR. Melanoma risk factors in a Latin American population. *An Bras Dermatol.* 2020;95:531-3.

☆☆ Trabalho realizado no Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, Colômbia.

Tabela 2 Diferenças entre as variáveis relacionadas à exposição ao sol e características fenotípicas nos pacientes com melanoma e nos controles

Variável	Casos		Controles		valor-p (Chi ²)	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
Trabalho ao ar livre entre os 15 e 30 anos de idade	37/81	46	49/162	30	0,01	1,93	1,07-3,48
Exposição a inseticidas	9/81	11	4/160	2,5	0,005	4,8	1,29-22,23
Esportes ao ar livre após os 30 anos	15/81	18	58/162	36	0,00	0,4	0,19-0,80
Mais de cinco queimaduras solares na vida	18/81	22	4/162	2	0,00	11,28	3,49-47,13
Mais de cinco queimaduras solares na infância (< 16 anos)	10/81	12	3/162	1,85	0,00	7,46	1,83-43,08
Mais de cinco queimaduras solares entre 15 e 30 anos	18/81	22	13/162	8	0,001	3,27	1,41-7,70
Mais de cinco queimaduras solares após os 30 anos de idade	10/80	12	4/162	2	0,00	5,64	1,55-25,30
Histórico pessoal de câncer de pele	3/80	4	0/162	0	0,03	.	.
Olhos claros (verde, azul, ou mel)	67/81	83	73/162	45	0,00	5,83	2,93-12,09
Cabelos claros (loiros, ruivos ou castanhos)	47/81	58	38/162	23	0,00	4,51	2,44-8,31
Conjuntivite actínica	25/79	32	19/162	12	0,00	3,48	1,68-7,24
Comedões actínicos	2/79	2	19/162	12	0,01	0,19	0,02-0,84
Poiquilodermia de Civatte	47/79	59	41/162	25	0,00	4,33	2,35-7,99
Presença de muitas sardas	11/81	13	2/162	1	0,00	12,57	2,61-118,3
Inúmeros lentigos no rosto	10/81	12	6/162	4	0,01	3,66	1,14-12,68

Tabela 3 Fatores de risco para o desenvolvimento de melanoma, segundo análise multivariada

Variável	OR	p	IC 95%
Olhos azuis ou verdes	4,62	0,00	2,24-9,52
Conjuntivite actínica	4,95	0,00	2,25-10,91
Presença de muitas sardas	11,35	0,00	2,00-64,12
Dez ou mais queimaduras solares ao longo da vida	8,34	0,00	2,49-28,17
LR Chi: 77,58			
Pseudo R ² : 0,25			

noma em 1,9 vez. As ocupações mais frequentes entre casos e controles nesse período foram trabalho rural (54% vs. 67%), construção civil (5% vs. 4%) e vendas ao ar livre (11% vs. 14%). Não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos.

Os sinais de danos crônicos causados pelo sol aumentaram o risco de desenvolver melanoma (tabela 2). Os fototipos 1 e 2 foram mais frequentes no grupo caso (41/81; 51%) do que no grupo controle (68/162; 42%); no entanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

O histórico de exposição a inseticidas aumentou o risco de desenvolver melanoma em quatro vezes (OR = 4,8; IC 95%: 1,29-22,23). MAL foi observado em 36% (4/11) dos pacientes que relataram exposição a pesticidas. Não foram encontradas diferenças significativas entre os casos e controles nas demais variáveis estudadas, como tabagismo (35/81 vs. 72/162), uso de filtro solar (3/81 vs. 8/162) ou uso de camas de bronzeamento (0).

A tabela 3 apresenta os fatores de risco identificados após a análise multivariada: olhos azuis ou verdes, conjuntivite actínica, presença de numerosas sardas e histórico de 10 ou mais queimaduras solares ao longo da vida.

Este estudo constatou que, embora os fototipos III e IV predominem em nosso país, características fenotípicas como cor do cabelo, olhos claros (verde, castanho claro ou azul), assim como a quantidade de sardas e histórico de queimaduras solares, apresentam maior risco de desenvolvimento de MM.

Consistentemente com estudos anteriores, MAL foi o subtipo de MM mais frequentemente observado nesta população. O presente achado da associação entre exposição a inseticidas e risco de melanoma poderia fortalecer o argumento de que esse é um elemento importante na explicação da fisiopatologia do MAL.

Suporte financeiro

Este estudo foi desenvolvido e financiado inteiramente pelo Centro de Dermatologia Federico Lleras Acosta.

Contribuição dos autores

John Alexander Nova: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Guillermo Sánchez-Vanegas: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação

intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Mauricio Gamboa: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Sebastian Ramiro Gil Quiñones: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.





Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Giblin AV, Thomas JM. Incidence, mortality and survival in cutaneous melanoma. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2007;60:32–40.
2. Sánchez G, de la Hoz NJ, Castañeda FC. Incidencia de câncer de piel en Colombia, años 2003-2007. *Piel.* 2011;26:7.

3. Brandão FV, Pereira AF, Gontijo B, Bittencourt FV. Epidemiological aspects of melanoma at a university hospital dermatology center over a period of 20 years. *An Bras Dermatol.* 2013;88:344–53.
4. Jung HJ, Kweon SS, Lee JB, Lee SC, Yun SJ. A clinicopathologic analysis of 177 acral melanomas in Koreans: relevance of spreading pattern and physical stress. *JAMA Dermatol.* 2013;149:1281–8.
5. Li Y, Chen H, Chen G, Liu J, Zhu H, Nugasur B, et al. Trauma could as a triggering factor for development of acral lentiginous melanoma: a clinicopathologic study of 56 cases. *Int J Clin Exp Pathol.* 2016;9:7800–6.

John Alexander Nova , Guillermo Sánchez-Vanegas ,
Mauricio Gamboa 
e Sebastian Ramiro Gil-Quíñones *

Departamento de Ensino e Investigação em Câncer de Pele, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, Colômbia

* Autor para correspondência.

E-mail: sebastian.gil@urosario.edu.co (S.R. Gil-Quíñones).

Recebido em 22 de maio de 2019; aceito em 9 de novembro de 2019

Disponível na Internet em 16 de junho de 2020

2666-2752/ © 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Metástases cutâneas de neoplasias primárias sólidas e hematopoiéticas em um hospital de referência na Colômbia: um estudo transversal^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

As metástases cutâneas (MC) representam 2% de todos os tumores de pele e estão presentes em até 10% de todos os pacientes com câncer. Suas manifestações clínicas e histopatológicas são variáveis e dependem do tipo de tumor primário, idade e sexo.¹

Atualmente não há estudos de MC registrados na Colômbia; portanto, este foi um estudo pioneiro no país.

Um estudo observacional, transversal e retrospectivo foi feito. Foram revisados os prontuários médicos de pacientes com MC confirmadas histopatologicamente no Hospital Militar Central de Bogotá entre janeiro de 2015 e junho

de 2018. Pacientes com tumores primários de pele e aqueles sem registros de acompanhamento por pelo menos seis meses foram excluídos da análise. Um banco de dados foi construído no Microsoft Excel®, inclusive os dados clínicos e histopatológicos do tumor primário e das metástases. Posteriormente, foi feita análise estatística descritiva com o software SPSS 20®.

Foram coletados 26 casos de MC; cinco pacientes foram excluídos da análise devido à presença de tumor primário originado na pele. A idade média foi de 56 anos e o estudo contou com 52,38% (n = 11) de pacientes do sexo masculino. O tumor primário mais frequentemente associado foi o de mama (28,5%), seguido pelo de medula óssea (23,8%).

O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico de MC foi de 2,84 meses; o número médio de lesões de pele foi de 3,76. Os locais mais frequentemente acometidos foram o tórax (28,5%; n = 6) e abdome (19%); na apresentação clínica, os nódulos (52,3%; n = 11) foram os achados mais comuns. O comportamento das MC foi avaliado por meio de diferentes marcadores imuno-histoquímicos; foram identificados três pacientes com KI67 elevado no tecido das MC em comparação ao tumor primário (tabela 1).

Recidiva do tumor primário antes do surgimento das MC foi notada em 47,6% dos pacientes. A maioria dos pacientes (80,9%) recebeu quimioterapia sistêmica, mas apenas 23,8% (n = 5) apresentaram resposta cutânea. Apenas quatro pacientes foram submetidos a uma intervenção para as

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.12.005>

[☆] Como citar este artigo: Ordóñez-Rubiano MF, Dávila-Osorio VL, Rubiano-Mojica PC, Mariño-Álvarez AM. Cutaneous metastases from primary solid and hematopoietic neoplasms at a referral hospital in Colombia: a cross-sectional study. *An Bras Dermatol.* 2020;95:533–5.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital Militar Central de Bogotá, Bogotá, Colômbia.