



Anais Brasileiros de Dermatologia

www.anaisdedermatologia.org.br



ARTIGO ORIGINAL

Características clínico-histológicas e manejo terapêutico do melanoma cutâneo primário em pacientes idosos ☆,☆☆



Juan-Manuel Morón-Ocaña ^{ID a,*}, Isabel-María Coronel-Pérez ^{ID a},
Ana-Isabel Lorente-Lavirgen ^{ID a}, Carmen-Victoria Almeida-González ^{ID b}
e Amalia Pérez-Gil ^{ID a}

^a Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilha, Espanha

^b Unidade de Estatística e Metodologia de Pesquisa, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilha, Espanha

Recebido em 26 de maio de 2024; aceito em 16 de julho de 2024

PALAVRAS-CHAVE

Idoso;
Melanoma;
Terapêutica

Resumo

Fundamentos: A expectativa de vida está aumentando em países desenvolvidos. O impacto da idade nas características do melanoma não é claro, mas parece que os melanomas em idosos têm características distintas que afetam o tratamento e os resultados.

Objetivos: Comparar as características clínicas e histopatológicas do melanoma e o tratamento entre pacientes idosos e mais jovens.

Métodos: Estudo retrospectivo de base populacional que analisou casos de melanoma observados entre 2007 e 2022, realizado na área de saúde do sul de Sevilha (Espanha). Os pacientes foram divididos em duas faixas etárias: < 65 e ≥ 65. Os dados foram coletados de históricos clínicos.

Resultados: Entre 431 melanomas cutâneos primários, 33% ocorreram em pacientes ≥ 65 anos. Pacientes idosos apresentaram mais melanomas de cabeça e pescoço (37,8% vs. 14,9%; $p < 0,001$), lesões maiores (1,3 vs. 0,9 cm; $p < 0,001$), mais melanomas ulcerados (17,8% vs. 8,8%; $p < 0,012$) e maior espessura de Breslow (1,03 vs. 0,65 mm; $p < 0,01$) do que pacientes mais jovens. Não foram encontradas diferenças no número de mitoses ou grau de invasão na histopatologia. Estágio 0 e estágios mais avançados (II/III/IV) foram observados com mais frequência em pacientes ≥ 65 anos (29,3% vs. 23% e 27,1% vs. 15,7%; $p < 0,001$, respectivamente). Menos excisões amplas (28,4% vs. 5,6%; $p < 0,001$), biópsia de linfonodo sentinela (17,6% vs. 2,4%; $p < 0,001$) e terapia adjuvante (11,9% vs. 2,1%; $p < 0,001$) foram realizadas em pacientes ≥ 65 anos.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.07.017>

☆ Como citar este artigo: Moron-Ocaña JM, Coronel-Pérez IM, Lorente-Lavirgen AI, Almedia-González CV, Pérez-Gil A. Clinical-histopathological characteristics and therapeutic management of primary cutaneous melanoma in elderly patients. An Bras Dermatol. 2025;100:422–8.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilha, Espanha e Unidade de Estatística e Metodologia de Pesquisa, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilha, Espanha.

* Autor para correspondência.

E-mail: juamoroca@gmail.co (J. Morón-Ocaña).

2666-2752/© 2025 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/4.0/>).

Limitações do estudo: O estudo foi retrospectivo, cobrindo principalmente os últimos 10 anos, com dados mais antigos ausentes. Os principais fatores de risco, como número de nevos e histórico familiar de melanoma, não foram coletados.

Conclusões: Melanomas em idosos foram diagnosticados com maior frequência em estágios iniciais e avançados, apesar de terem características prognósticas piores em comparação com pessoas mais jovens.

© 2025 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/4.0/>).

Introdução

À medida que a população continua a envelhecer, o sistema de saúde enfrentará a perspectiva de cuidar de número crescente de idosos com diagnóstico de câncer. Em 2019, mais de 1/5 (20,3%) da população da União Europeia (UE) tinha 65 anos ou mais. As projeções indicam que a porcentagem de pessoas com 80 anos ou mais na população da UE se multiplicará por 2,5 entre 2019 e 2100, de 5,8% para 14,6%.¹

Embora a incidência e a mortalidade do câncer sejam geralmente maiores nas faixas etárias mais avançadas, poucos estudos abordaram primariamente pacientes idosos com melanoma. A incidência de melanoma e a mortalidade relacionada têm aumentado constantemente desde 1970 na maioria dos países desenvolvidos.² Nos Estados Unidos, mais de 40% dos melanomas são diagnosticados em pacientes com mais de 65 anos.³

Na Espanha, as taxas de incidência foram estimadas em 16 por 100.000 em 2022. Por idade, os dados indicam que o grupo que tem maior incidência é o de ≥ 65 anos, com 44% dos casos, seguido pelo grupo de 45 a 64 anos, com 39%, e, por fim, o de 0 a 44 anos, com 17%.⁴

Embora seja esperado que o número de casos de melanoma entre idosos (> 65 anos) aumente em decorrência do envelhecimento da população, a influência da idade nas características e no resultado do melanoma não é clara. Na literatura internacional, os fatores clássicos associados a pior prognóstico em pacientes mais idosos são o subtipo nodular, tumores com maior espessura de Breslow, maior índice mitótico e estágios mais avançados ao diagnóstico.^{5–9}

Os cânceres na população idosa, incluindo o melanoma, têm características que os distinguem dos cânceres em coortes mais jovens e potencialmente afetam o tratamento e a evolução desses pacientes. O presente estudo avaliou até que ponto as características clínicas e histopatológicas dos melanomas cutâneos primários e seu manejo terapêutico diferiram em pacientes mais velhos (≥ 65) em comparação com os mais jovens (< 65).

Métodos

População do estudo

O estudo foi realizado com pessoas atendidas no Hospital Universitário Valme, que fornece assistência médica a uma população de cerca de 500.000 habitantes na área sul de Sevilha (Espanha). O estudo incluiu pacientes com mais de 18 anos que foram diagnosticados com melanoma cutâneo primário nos últimos 15 anos e ainda estão sendo acompanhados na unidade de Dermatologia Oncológica do Hospital

Valme. Pacientes com menos de 18 anos e aqueles com melanoma em mucosa, ocular, em linfonodo ou melanoma de sítio primário desconhecido foram excluídos.

Coleta de dados

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Valme em Sevilha (código 1765-N-22). Dois grupos foram estabelecidos no estudo de acordo com a idade. Pacientes idosos foram definidos como indivíduos com 65 anos ou mais e foram comparados àqueles com menos de 65 anos (o grupo mais jovem) para cada variável do estudo.

Os seguintes dados foram coletados para cada paciente: idade ao diagnóstico do primeiro/único melanoma, gênero, área de residência (urbana vs. rural), exposição ao sol (ocupacional vs. recreacional), queimadura solar (alguma vez vs. nunca), uso de cabines UV (alguma vez vs. nunca) e fototipo (I a VI).

Os seguintes dados foram coletados para cada melanoma: idade ao diagnóstico, localização anatômica (cabeça e pescoço, tronco, extremidades superiores e extremidades inferiores), tamanho da lesão (cm), subtipo histopatológico (incluindo melanoma extensivo superficial [MES], melanoma nodular [MN], melanoma tipo lentigo maligno [MLL], melanoma lentiginoso acral [MLA], outros subtipos e melanomas não classificados), espessura de Breslow (mm), ulceração (sim vs. não), mitoses (número), invasão histopatológica (sim vs. não) e lesão melanocítica associada (sim vs. não).

Os dados do tratamento inicial foram classificados como biópsia excisional (indicada e realizada vs. indicada e não realizada), excisão com margem definitiva (indicada e realizada vs. indicada e não realizada), biópsia seletiva de linfonodo sentinela (BLS) (indicada e realizada vs. indicada e não realizada vs. não indicada), e terapias adjuvantes (indicada e recebida vs. indicada e não realizada vs. não indicada). O estadiamento foi classificado como estágio 0, I, II e III/IV.

Análise estatística

Variáveis quantitativas foram descritas como médias e desvios-padrão ou como medianas e quartis no caso de distribuições assimétricas. Variáveis qualitativas foram descritas como números e porcentagens.

Diferentes contrastes de hipóteses foram aplicados dependendo das variáveis em jogo. Comparações entre os grupos idosos e mais jovens foram realizadas usando o teste Qui-quadrado, métodos de Monte Carlo não assintóticos, teste U de Mann-Whitney, modelo Anova ou o teste de Kruskal-Wallis, conforme apropriado; $p < 0,05$ foi

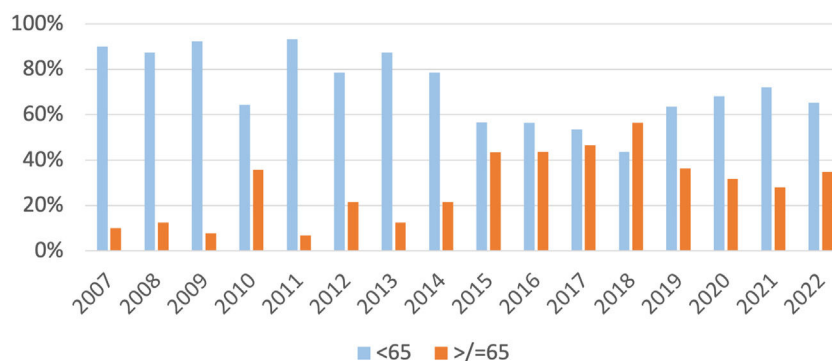


Figura 1 Evolução da incidência de melanoma entre 2007-2022 em idosos.

considerado estatisticamente significativo. Em casos de significância, intervalos de confiança de 95% foram calculados para as estimativas de média e prevalência. As análises estatísticas foram realizadas usando o *software* estatístico IBM SPSS 28.0.

Resultados

Foi incluído no estudo um total de 399 pacientes com melanoma cutâneo, e analisados 431 melanomas cutâneos primários. Entre 2007 e 2022, 33% dos pacientes com melanoma cutâneo primário tinham mais de 65 anos. O número de melanomas primários diagnosticados em pessoas com mais de 65 anos tem aumentado cerca de 10% entre 2007 e 2009 para uma média de 35% nos últimos anos (fig. 1).

Características dos pacientes

A mediana de idade do primeiro/único melanoma primário nos grupos idosos e mais jovens foi de 74 (IIQ = 69,75-78,25) e 48 (IIQ = 37-55,5), respectivamente, com diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$). Diferenças significantes também foram observadas para queimaduras solares (29,6% vs. 70,4%; $p < 0,001$) e uso de cabines UV (1% vs. 14,2%; $p < 0,001$). Não foram observadas diferenças significantes para gênero, área de residência, exposição solar e fototipo (tabela 1).

Características dos melanomas

A mediana de idade do diagnóstico de melanoma nos grupos idosos e mais jovens foi de 74 (IIQ = 70-78) e 48 (IIQ = 37,55-75). Os melanomas localizados na cabeça e pescoço foram mais frequentes em pessoas com mais de 65 anos (37,8% vs. 14,9%; $p < 0,001$). Embora o subtipo histopatológico mais frequente tenha sido o MES, sua frequência diminuiu consideravelmente em relação àqueles com menos de 65 anos (43,4% vs. 74,7%; $p < 0,001$). Houve aumento de MLL (35% vs. 8,7%; $p < 0,001$) e MN (14% vs. 9,4%; $p < 0,001$) em pacientes idosos. Aqueles com mais de 65 anos apresentaram melanomas maiores (mediana de 1,3 cm [IIQ = 1-2] vs. mediana de 0,9 cm [IIQ = 0,6-1,3]; $p < 0,001$), maior Índice de Breslow (mediana de 1,03 mm [IIQ = 0,5-3,1] vs. mediana de 0,65 [IIQ = 0,48-1,3]; $p < 0,01$) e mais melanomas ulcerados (17,8% vs. 8,8%; $p < 0,012$). Não houve diferenças no número

de mitoses ou presença de invasão (linfática, vascular, neural). Por outro lado, melanomas em pessoas com mais de 65 anos foram menos frequentemente associados a lesões melanocíticas anteriores (21,3% vs. 35,5%; $p = 0,022$). Pacientes com menos de 65 anos tiveram risco dobrado de apresentar lesão melanocítica prévia ao melanoma (OR = 2,03 com IC95% [1,1-3,7]; $p < 0,005$), o qual pode ser multiplicado por quase quatro (tabela 2).

Estágio inicial do tumor e manejo inicial do melanoma cutâneo primário

Estágio 0 e estágios mais avançados (II/III/IV) foram observados com mais frequência em pessoas com mais de 65 anos (29,3% vs. 23%; $p < 0,001$ e 27,1% vs. 15,7%; $p < 0,001$, respectivamente), enquanto o estágio I prevaleceu em pessoas com menos de 65 anos (61,3% vs. 43,6%; $p < 0,001$; tabela 3). Em relação ao manejo terapêutico, não houve diferenças no tipo de ressecção do melanoma primário. Entretanto, menos excisões amplas (28,4% vs. 5,6%; $p < 0,001$) e menos BLS (17,6% vs. 2,4%; $p < 0,001$) foram realizadas em pessoas com mais de 65 anos, embora tenham sido indicadas. Além disso, a terapia adjuvante foi iniciada com menos frequência em pacientes idosos (11,9% vs. 2,1%; $p < 0,001$).

Discussão

Os resultados do presente estudo confirmam e estendem aqueles de relatos anteriores sobre a apresentação e as características do melanoma em idosos. De acordo com séries anteriores,^{5,10,11} foi observado que a cabeça e o pescoço foram a localização mais frequente em pacientes idosos (37,8%). Autores anteriores demonstraram que a localização do melanoma na cabeça e no pescoço aumenta com a idade e se torna o local mais comum após os 70 anos.^{12,13} Foi sugerido que essa alta incidência de melanoma na cabeça e no pescoço pode ser atribuída a danos solares cumulativos, resultando notavelmente em numerosos casos de MLL.

Como em estudos anteriores, a diferença mais relevante em termos de características prognósticas basais entre pacientes idosos e mais jovens foi a espessura de Breslow mais alta no grupo idoso.^{5,10-13} Outras características clássicas de mau prognóstico, como tamanho clínico maior e ulceração,

Tabela 1 Características demográficas dos pacientes no momento do diagnóstico do primeiro melanoma

Caraterística	N° (%)			p
	Total	Idade (anos)		
		< 65 n = 265 (66,4%)	≥ 65 n = 134 (33,6%)	
Idade (primeiro/único melanoma)				
Total	399 (100%)	265 (66,4%)	134 (33,6%)	< 0,001
Média (± DP)	56 (± 16,62)	75 (± 6,35)	46 (± 11,22)	
Mediana (IIQ)	56 (44-70)	48 (37-55,5)	74 (69,75-78,25)	
Gênero				
Total	399 (100%)	265 (66,4%)	134 (33,6%)	NS
Masculino	199 (49,9%)	134 (50,6%)	65 (48,5%)	
Feminino	200 (50,1%)	131 (49,4%)	69 (51,5%)	
Área de residência				
Total	398 (99,7%)	265 (66,6%)	133 (33,4%)	NS
Rural	179 (45%)	119 (44,9%)	60 (45,1%)	
Urbana	219 (55%)	146 (55,1%)	73 (54,9%)	
Exposição solar				
Total	358 (89,7%)	252 (70,4%)	106 (29,6%)	NS
Ocupacional/ crônica	118 (33%)	76 (30,2%)	42 (39,6%)	
Recreacional	240 (67%)	176 (69,8%)	64 (60,4%)	
Queimaduras de sol				
Total	358 (89,7%)	252 (70,4%)	106 (29,6%)	< 0,001
Alguma vez	224 (62,6%)	177 (70,2%)	47 (44,3%)	
Nunca	134 (37,4%)	75 (29,8%)	59 (55,7%)	
Uso de cabines UV				
Total	348 (87,2%)	247 (71%)	101 (29%)	< 0,001
Alguma vez	36 (10,3%)	35 (14,2%)	1 (1,0%)	
Nunca	312 (89,7%)	212 (85,9%)	100 (99%)	
Fototipo				
Total	368 (92,2%)	255 (69,3%)	113 (30,7%)	NS
I	1 (0,3%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)	
II	168 (45,7%)	120 (47,1%)	48 (42,5%)	
III	157 (42,7%)	104 (40,8%)	53 (46,9%)	
IV	41 (11,1%)	30 (11,8%)	11 (9,7%)	
V	1 (0,3%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	
VI	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

NS, não significante.

também foram observadas no grupo idoso, como em estudos anteriores.^{5,10–13}

Embora o MES seja o subtipo histopatológico mais frequente em faixas etárias mais jovens,⁸ nos pacientes do presente estudo com idade ≥ 65 anos há um excesso desproporcional de lentigo maligno (35%) e MN (14%), com menos casos de MES (43,4%). Na maioria das séries, o MN ocupa o segundo lugar em frequência;^{5,7} entretanto, no presente estudo, a porcentagem de MLL está na segunda posição, o que provavelmente está significativamente relacionado à exposição crônica ao sol na região geográfica estudada. O excesso de MLL visto neste estudo apoia a associação entre MLL, idade avançada e pele cronicamente exposta ao sol.¹⁴

Estágio 0 e estágios mais avançados (II/III/IV) foram observados com mais frequência em pessoas com mais de 65 anos. Entre os fatores que podem explicar essa diferença,

a frequência de melanomas *in situ* e o subtipo histopatológico nodular podem desempenhar papel importante. No presente estudo, o melanoma *in situ* e o MN ocorreram 1,3 e 1,5 vezes, respectivamente, mais frequentemente no grupo idoso do que no mais jovem. A frequência de MN, lesão muito agressiva e que progride rapidamente, também pode explicar a frequência mais alta do estágio IV em pacientes idosos. Além do MN, o mau prognóstico em idosos pode ser explicado por diagnóstico tardio como consequência da localização em áreas pouco visíveis (couro cabeludo e região dorsal), ausência de parceiro para exame em casa, visão deficiente, desconhecimento de alterações clínicas e/ou confusão entre melanoma e ceratoses seborreicas.¹²

Após o diagnóstico inicial, o tratamento do melanoma também parece ser questão desafiadora. Chang et al.¹⁵ enfatizaram que pacientes idosos devem ser tratados de

Tabela 2 Características clínicas e histopatológicas iniciais do melanoma de acordo com a idade

Característica	Nº (%)			p
	Total	Idade (anos)		
		< 65	≥ 65	
Idade				
Total	431 (100%)	288 (66,8%)	143 (33,2%)	< 0,001
Média (± DP)	55,66 (± 16,45)	46,31 (± 11,13)	74,51 (± 6,20)	
Mediana (IIQ)	55 (44-70)	48 (37-55,75)	74 (70-78)	
Localização				
Total	431 (100%)	288 (66,8%)	143 (33,2%)	< 0,001
Cabeça e pescoço	97 (22,5%)	43 (14,9%)	54 (37,8%)	
Tronco	179 (41,5%)	140 (48,6%)	39 (27,3%)	
Membro superior	60 (13,9%)	39 (13,5%)	21 (14,7%)	
Membro inferior	95 (22%)	66 (22,9%)	29 (20,3%)	
Tamanho (cm)				
Total	383 (88,9%)	254 (66,3%)	129 (33,7%)	< 0,001
Média (± DP)	1,6 (2,54)	1,25 (± 1,8)	2,53 (± 3,5)	
Mediana (IIQ)	0,75 (0,5-1,6)	0,65 (0,48-1,3)	1,03 (0,5-3,1)	
Subtipo histopatológico				
Total	431 (100%)	288 (66,8%)	143 (33,2%)	< 0,001
MES	277 (64,3%)	215 (74,7%)	62 (43,4%)	
Nodular	47 (10,9%)	27 (9,4%)	20 (14%)	
MLL	75 (17,4%)	25 (8,7%)	50 (35%)	
MLA	19 (4,4%)	11 (3,85)	8 (5,6%)	
Outro	13 (3%)	10 (3,5%)	3 (2,1%)	
Espessura de Breslow (mm)				
Total	429 (99,5%)	288 (67,1%)	141 (32,9%)	< 0,01
Média (± DP)	1,65 (± 2,54)	1,25 (± 1,83)	2,53 (± 3,5)	
Mediana (IIQ)	0,75 (0,5-1,6)	0,65 (0,48-1,3)	1,03 (0,5-3,1)	
Ulceração				
Total	378 (87,7%)	249 (65,9%)	129 (34,1%)	0,012
Sim	45 (11,9%)	22 (8,8%)	23 (17,8%)	
Não	333 (88,1%)	227 (91,2%)	106 (82,2%)	
Mitoses (número)				
Total	351 (81,4%)	227 (64,7%)	124 (35,3%)	NS
Média (± DP)	1,82 (± 4,03)	1,68 (± 4,15)	2,07 (± 3,81)	
Mediana (IIQ)	0 (0-2)	0 (0-1,)	1 (0-2,75)	
Invasão na histopatologia (linfática/perineural/vascular)				
Total	319 (74,0%)	208 (65,2%)	111 (34,8%)	NS
Sim	16 (5%)	7 (3,4%)	9 (8,1%)	
Não	303 (95%)	201 (96,6%)	102 (91,9%)	
Lesão melanocítica associada				
Total	249 (57,8%)	155 (62,2%)	94 (37,8%)	0,022
Sim	75 (30,1%)	55 (35,5%)	20 (21,3%)	
Não	174 (69,9%)	100 (64,5%)	74 (78,7%)	

NS, não significante; MES, melanoma extensivo superficial; MLM, melanoma tipo lentigo maligno; MLA, melanoma lentiginoso acral.

acordo com as características e fatores prognósticos de seus tumores e não de acordo com a idade mais avançada. Em contraste com essa afirmação, foi observado que 28,4% dos idosos, em comparação com 5,6% dos mais jovens, nunca tiveram excisão ampla.

Entre os pacientes tipicamente elegíveis para BLS, 17,3% do grupo idoso vs. 2,4% no mais jovem foram submetidos a esse procedimento apenas pela idade ou comorbidades. Isso pode ser, em parte, o resultado do valor prático limitado da BLS em pacientes idosos, para os quais as terapias adjuvan-

Tabela 3 Estadiamento e tratamento inicial do melanoma cutâneo de acordo com a idade

Característica	Nº (%)			p
	Total	Idade (anos)		
		n = 431 (100%)	< 65	
		n = 288 (66,8%)	n = 143 (33,2%)	
Estadiamento inicial				
Total	427 (98,4%)	287 (67,2%)	140 (32,8%)	< 0,001
0 (<i>in situ</i>)	107 (25,1%)	66 (23%)	41 (29,3%)	
I	237 (55,5%)	176 (61,3%)	61 (43,6%)	
II	43 (10,1%)	20 (7%)	23 (16,4%)	
III/IV	40 (9,3%)	25 (8,7%)	15 (10,7%)	
Excisão				
Total	424 (98,4%)	281 (66,3%)	143 (33,7%)	NS
Indicada realizada	422 (99,5%)	281 (100%)	141 (98,6%)	
Completa	396 (93,4%)	268 (95,4%)	128 (89,5%)	
Incompleta	26 (6,1%)	13 (4,6%)	13 (9,09%)	
Indicada/ não realizada	2 (0,5%)	0 (0%)	2 (1,4%)	
Excisão ampla				
Total	429 (99,5%)	288 (67,1%)	141 (32,9%)	< 0,001
Indicada realizada	373 (86,9%)	272 (94,4%)	101 (71,6%)	
Positiva	15 (3,5%)	7 (2,4%)	8 (5,7%)	
Negativa	358 (83,4%)	265 (92%)	93 (66%)	
Indicada / não realizada	56 (13,1%)	16 (5,6%)	40 (28,4%)	
BLS				
Total	430 (99,8%)	288 (67%)	142 (33%)	< 0,001
Indicada realizada	134 (31,2%)	95 (33%)	39 (27,5%)	
Positiva	32 (7,4%)	21 (7,3%)	11 (7,7%)	
Negativa	102 (23,7%)	74 (25,7%)	28 (19,7%)	
Indicada / não realizada	32 (7,4%)	7 (2,4%)	25 (17,6%)	
Não indicada	264 (61,4%)	186 (64,6%)	78 (54,9%)	
Terapia adjuvante				
Total	431 (100%)	288 (66,8%)	143 (33,2%)	< 0,001
Indicada	61 (14,1%)	33 (11,5%)	28 (19,6%)	
Recebida	38 (8,8%)	27 (9,4%)	11 (7,7%)	
Não realizada	23 (5,3%)	6 (2,1%)	17 (11,9%)	
Não indicada	370 (85,8%)	255 (88,5%)	115 (80,4%)	

NS, não significante; BLS, biopsia seletiva de linfonodo sentinela.

tes não são opção. Entretanto, o papel da BLS em pacientes idosos é controverso, dada sua expectativa de vida limitada e a presença de outras causas concorrentes de mortalidade; no entanto, é recomendado que a decisão de empregar ou não a BLS seja avaliada caso a caso.¹¹

Outra grande diferença entre pacientes idosos e mais jovens foi a taxa de terapia adjuvante proposta e concluída. Os 11,9% dos pacientes idosos, em comparação com 2,1% dos mais jovens elegíveis para terapia adjuvante, não passaram pelo curso completo da terapia. Muitos pacientes idosos têm problemas de saúde, dificultando a prescrição de terapias adjuvantes. Além disso, os pacientes idosos podem relutar em aceitar tratamento com efeitos adversos significantes e pouco benefício.

Existem algumas limitações neste estudo. Foi um estudo retrospectivo, e o que foi observado na área onde ele foi conduzido pode não ser generalizado para outros territórios. A maioria dos pacientes do presente estudo foi avaliada nos últimos 10 anos. Embora muitos dos pacientes diagnosticados antes de 2012 tenham recebido alta e seus dados não estejam disponíveis, não foram observadas diferenças significantes entre esses anos para as características dos pacientes, melanomas e principais características do tratamento, exceto por aumento no número de diagnósticos de melanoma cutâneo primário nos últimos anos. Outros fatores, como número de nevos, histórico familiar de melanoma e histórico de câncer de pele não melanoma ou câncer não cutâneo, não foram coletados. Mais estudos são necessários

para comparar esses fatores de risco e características entre pacientes idosos e mais jovens.

Conclusão

O número de casos de melanoma em pessoas com mais de 65 anos tem aumentado na última década. Em comparação com o grupo mais jovem, os pacientes idosos tiveram melanomas cutâneos primários mais frequentemente na cabeça e pescoço com maior espessura, maior tamanho clínico e ulceração. Os melanomas foram diagnosticados com mais frequência nos estágios inicial (*in situ*) e avançado (II, III, IV) e têm menor associação com lesões anteriores. Além disso, mais intervenções e tratamentos oncológicos são descartados apenas pela idade, apesar do fato de não haver contraindicações.

O estágio no diagnóstico continua sendo a diferença mais importante entre pacientes mais jovens e idosos. Mais campanhas de saúde pública sobre melanoma devem se concentrar no acesso de idosos ao diagnóstico precoce e à excisão com margens apropriadas. A avaliação das comorbidades do paciente, expectativa de vida prevista, fragilidade e capacidade de suportar o tratamento proposto devem ser consideradas no planejamento do tratamento desses pacientes.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Juan-Manuel Morón-Ocaña: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Isabel-María Coronel-Pérez: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Ana- Isabel Lorente-Lavirgen: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito,

Carmen-Victoria Almeida-González: Análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

Amalia Pérez-Gil: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Eurostat statistic explained. Estructura demográfica y envejecimiento de la población. [atualizado em nov. 2021; acesso em 09 nov. 2022] Disponível em: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCzLXZzt36AhVS44UKHdyOCy8QFnoECACQAw&url=https%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Feurostat%2Fstatistics-explained%2Findex.php%3Ftitle%3DArchive%3AEstructura_demogr%25C3%25A1fica_y_envejecimiento_de_la_poblaci%25C3%25B3n%26oldid%3D510186&usg=AOvVaw2hQfH3YA01OnP6Evwoea36>.
2. Tsai S, Balch C, Lange J. Epidemiology and treatment of melanoma in elderly patients. *Nat Rev Clin Oncol*. 2010;7:148–52.
3. Surveillance, epidemiology, and end results program. United States of America: National Cancer Institute [acesso em 06 ago. 2022]. Disponível em: <<http://seer.cancer.gov>>.
4. Sociedad Española Oncología Médica. Melanoma cutáneo en España. Estimaciones incidencia 2022. [atualizado em 2022; acesso em 09 nov. 2022] Disponível em: <https://seom.org/images/INFOGRAFIA_MELANOMA_14.07.2022.pdf>.
5. Rees MJ, Liao H, Spillane J, Speakman D, McCormack C, Donahoe S, et al. Melanoma in the very elderly, management in patients 85 years of age and over. *J Geriatr Oncol*. 2018;9:488–93.
6. Garcovich S, Colloca G, Sollena P, Andrea B, Balducci L, Cho WC, et al. Skin cancer epidemics in the elderly as an emerging issue in geriatric oncology. *Aging Dis*. 2017;8:643–61.
7. Loggie B, Ronan SG, Bean J, Das Gupta TK. Invasive cutaneous melanoma in elderly patients. *Arch Dermatol*. 1991;127:1188–93.
8. Morris BT, Sober AJ. Cutaneous malignant melanoma in the older patient. *Clin Geriatr Med*. 1989;5:171–81.
9. Balch CM, Soong SJ, Gershenwald JE, Thompson JF, Reintgen DS, Cascinelli N, et al. Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system. *J Clin Oncol*. 2001;19:3622–34.
10. McHenry PM, Hole DJ, MacKie RM. Melanoma in people aged 65 and over in Scotland, 1979–89. *BMJ*. 1992;304:746–9.
11. Ciocan D, Barbe C, Aubin F, Granel-Brocard F, Lipsker D, Velten M, et al. Distinctive features of melanoma and its management in elderly patients: a population-based study in France. *JAMA Dermatol*. 2013;149:1150–7.
12. Macdonald JB, Dueck AC, Gray RJ, Wasif N, Swanson DL, Sekulic A, et al. Malignant melanoma in the elderly: different regional disease and poorer prognosis. *J Cancer*. 2011;2:538–43.
13. Cohen HJ, Cox E, Manton K, Woodbury M. Malignant melanoma in the elderly. *J Clin Oncol*. 1987;5:100–6.
14. Tumors. WHOCoTPGS. Chapter 2. Melanocytic Tumors. 2011. Disponível em: <<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb6/bb6-chap2.pdf>>.
15. Chang CK, Jacobs IA, Vizgirda VM, Salti GI. Melanoma in the elderly patient. *Arch Surg*. 2003;138:1135–8.