

3) AVALIAÇÃO INICIAL DO USO DO SPECT/CT NA PESQUISA DO LINFONODO SENTINELA NO MELANOMA CUTÂNEO.

Autor: Wostenildo Crispim Ramalho.

Coautores: Eduardo Miranda Brandão; João Karimai; Daniela Takano; Rodrigo de Carvalho Flamini; Nildevande Firmino Lima Júnior; Lucas Martins Ximenes.

Instituição: Universidade de Pernambuco – UPE.

O melanoma é tumor maligno pouco comum, forma-se a partir dos melanócitos que, por sua vez, migram da crista neural para toda a epiderme durante a embriogênese, tendo um grande poder de metástase. A primeira descrição que se refere ao melanoma surgiu durante o período 460 a 375 a.C. nas escrituras de Hipócrates. Mas o termo “melanoma” foi originalmente empregado em 1838 por Robert Carswell, que o utilizou para descrever lesões malignas pigmentadas da pele. Já em 1858, Pemberton realizava e advogava a excisão ampla e profunda como tratamento da doença. Pouco depois, em 1907, Handley recomendava a ressecção em blocos com margens amplas. Nas décadas de 50 e 60 vários pesquisadores como Allen, Spitz, Petersen e Bodenhahn já tentavam identificar os fatores prognósticos relacionados ao melanoma. Em 1969 Clark e colaboradores aprimoraram o sistema de micro estadiamento utilizando como critério os níveis de invasão da pele, e em seguida, Breslow demonstrou a importância da espessura do melanoma primário. Finalmente em 1992 Morton introduziu o rastreamento linfático per-operatório e a linfadenectomia seletiva do(s) linfonodo(s) marcado(s) (linfonodo sentinela), técnica que atualmente foi incorporada como procedimento de rotina na maioria dos grandes centros especializados em câncer. Analisou-se 24 casos de melanomas ocorridos no ano de 2013 na Unidade de Oncologia e Cirurgia Unionco. Através da análise de prontuários analisamos 23 variáveis: idade ao diagnóstico inicial, sexo, localização da lesão primária, tipo histológico, fase de crescimento, Clark, Breslow, índice mitótico, invasão vascular/linfática, invasão perineural, infiltração peritumoral, infiltração intratumoral, regressão, satelitose microscópica, ulceração, margens cirúrgicas, menor margem lateral, SPECT/CT, linfonodos sentinelas no SPECT/CT, T, N, M e Estadio Clínico. A partir da análise dos dados encontrou-se que a idade mínima foi de 18 e a máxima de 79 anos na data do diagnóstico, sendo que a mediana das idades foi de 53,08 anos. Lesões com predomínio do gênero masculino (62%), com 10 lesões no tronco e 14 nas extremidades. O estadiamento predominante foi o tipo histológico extensivo superficial. Quando analisados os dados de imagem no SPECT/CT (6 pacientes) verificamos que em 100 % dos casos que foram submetidos a este foi identificado linfonodo sentinela (LNS), sendo que o número máximo foi 3 e o mínimo 1 linfonodo, com predomínio das regiões axilares e inguinais. O nível Clark 3 e o estadiamento clínico IA tiveram 37,5% de incidência. O índice de insucesso na localização do LNS foi zero para os pacientes que se submeteram ao SPECT/CT. No período avaliado não houve recidivas linfonodais nos casos negativos. Concluímos que o SPECT/CT é um importante recurso diagnóstico para a identificação de LNS e permite aumento da segurança e sensibilidade em relação à linfocintilografia biplanar.