

Dupla drenagem para cadeias linfonodais distintas, detectada por técnica de biópsia de linfonodo sentinela em pacientes com melanoma cutâneo - Relato de dois casos*

*Double drainage to distinct lymphonodal basins detected by sentinel lymph node biopsy in cutaneous melanoma patients - Report of two cases**

Luiz Guilherme M. Castro¹

João Pedreira Duprat²

Gilles Landman³

Resumo: Os principais méritos da biópsia de linfonodo sentinela em pacientes com melanoma cutâneo residem na possibilidade de serem evitadas linfadenectomias radicais desnecessárias e de permitir a correta identificação da cadeia de drenagem linfática, principalmente quando o tumor se localiza em áreas de drenagem ambígua. Atualmente já foi incorporada como fator prognóstico, sendo importante dado para o correto estadiamento do paciente. No presente relato são apresentados dois casos em que a utilização desta técnica foi extremamente útil, sobretudo por ter identificado a presença de drenagem linfática para duas cadeias linfáticas distintas. É importante que o dermatologista esteja consciente da correta indicação da técnica, para poder orientar da melhor forma possível seus pacientes.

Palavras-chave: Biópsia de linfonodo sentinela; Cintilografia; Melanoma; Neoplasias cutâneas; Oncologia

Abstract: *The main merits of sentinel lymph node biopsy in patients with cutaneous melanoma reside in the possibility of avoiding unnecessary radical nodectomies and of allowing a correct identification of the lymphatic draining basin, specially when the tumor is located in areas of ambiguous drainage. It is currently incorporated as a prognostic factor, being important for correct staging of the patient. This paper reports two cases in which the use of this technique was extremely useful, above all for having identified the presence of lymphatic drainage for two distinct basins. It is important for dermatologists to be aware of the correct indication of such technique, in order to guide patients in the best possible manner.*

Keywords: *Sentinel lymph node biopsy; Radionuclide imaging; Melanoma; Skin neoplasms; Medical oncology*

Recebido em 22.03.2004.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 28.01.2005.

* Trabalho realizado no Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo e na Oncoderma - São Paulo (SP) Brasil.

¹ Médico supervisor - Doutor, Divisão de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP); Oncoderma - São Paulo (SP) Brasil.

² Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo; Oncoderma - São Paulo (SP) Brasil.

³ Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo - São Paulo (SP) Brasil.

INTRODUÇÃO

A técnica da biópsia de linfonodo sentinela (BLNS) vem sendo empregada de modo cada vez mais freqüente no tratamento dos melanomas cutâneos (MC). Embora seja sabido que as metástases dos MC nem sempre seguem a via linfática para se disseminar, utilizando também a corrente sanguínea para seu espalhamento, e que outros fatores podem alterar o prognóstico dos MC, fatos que limitam a absoluta validade da BLNS como preditivo de evolução e sobrevida, o método apresenta vantagens inegáveis, o que faz com que seja indicado para um número cada vez maior de pacientes com MC.^{1,2} Um de seus principais méritos reside na possibilidade de serem evitadas linfadenectomias desnecessárias.^{3,4} A correta identificação da cadeia de drenagem linfática é outro ponto forte do método, principalmente quando o tumor se localiza em áreas de drenagem ambígua. No presente relato são apresentados dois casos em que a utilização da técnica de BLNS foi extremamente útil, sobretudo por ter identificado a presença de drenagem linfática para duas cadeias distintas. A abordagem cirúrgica das duas cadeias de drenagem seria, pelo menos em tese, mais eficaz na detecção de possíveis focos de metástase, permitindo melhores estadiamento e orientação terapêutica.⁵

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Paciente do sexo feminino, de 32 anos, veio encaminhada ao serviço com o histórico recente de ressecção de lesão névica na parede abdominal logo acima do umbigo (Figura 1). O exame anatomopatológico revelou tratar-se de MC extensivo superficial, com Breslow de 1mm e nível de Clark III. Não havia sinais de regressão, invasão vascular ou neural. O exame revelou tratar-se de paciente obesa, apresentando centenas de lesões névicas espalhadas por todo o tegumento (Figuras 1 e 2). A paciente referia histórico familiar (pai) de MC, sugerindo, assim, tratar-se de caso de síndrome do nevo atípico familiar. Apresentava cicatriz linear, de 3cm de comprimento, na linha média da parede abdominal, poucos centímetros acima do umbigo (Figura 1). Não foram identificados linfonodos palpáveis em nenhuma cadeia de drenagem. Foram indicadas a BLNS e ampliação das margens do melanoma. O estudo cintilográfico revelou drenagem para ambas as axilas, de forma simétrica (Figura 3A), havendo, na direita, dois linfonodos marcados.

Foram realizadas BLNS bilateralmente e ampliação das margens (1cm) da lesão primária. Os exames anatomopatológico e imuno-histoquímico (HMB 45 e S100) dos linfonodos sentinelas não reve-

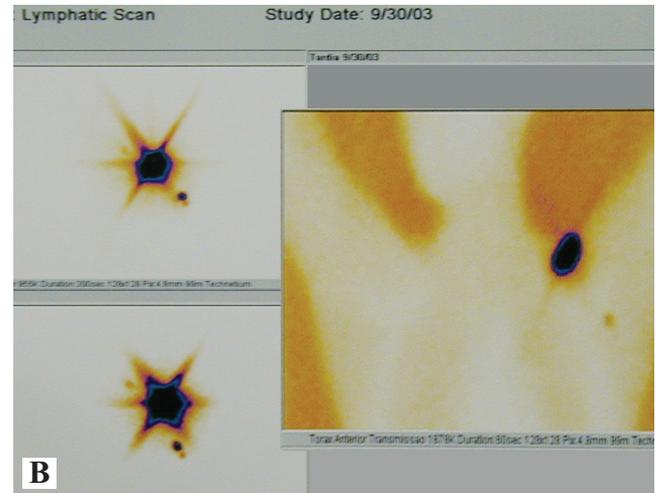
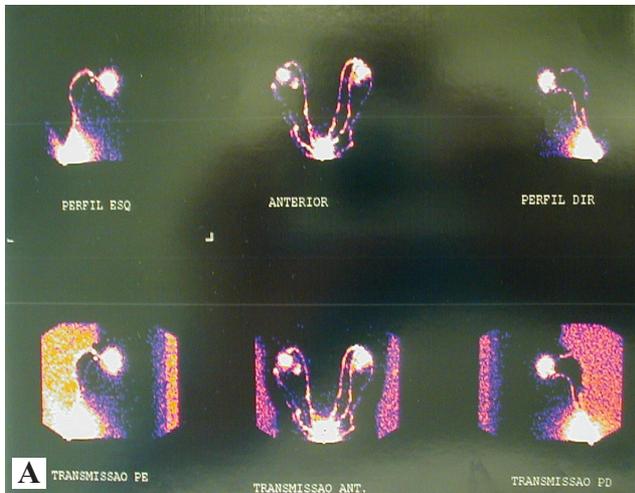


FIGURA 1: Parede abdominal com cicatriz linear de cerca de 3cm, resultante da exérese prévia de melanoma extensivo superficial, com 1mm de Breslow e Clark nível III. Notar lesão pigmentada na porção superior esquerda da cicatriz, posteriormente diagnosticada como melanoma *in situ*

laram presença de células metastáticas. Para nossa surpresa, foi detectada presença de um novo melanoma em uma lesão névica localizada na porção cranial da cicatriz da primeira cirurgia (Figura 1). Tratava-se de melanoma *in situ*. Tendo em vista que a margem de ampliação do primeiro melanoma já alcançava os 0,5cm preconizados para o tratamento do segundo melanoma *in situ*, não foi necessário realizar nova ampliação. A paciente completou 18 meses de seguimento e se encontra assintomática. Foi solicitado acompanhamento dermatoscópico das lesões



FIGURA 2: Múltiplos nevos no tegumento da paciente, totalizando mais de 100 lesões. Esse achado, isoladamente, é indicativo de risco aumentado para melanoma.¹⁶ A paciente também apresentava histórico familiar (pai) de melanoma, sugerindo tratar-se de síndrome do nevo atípico familiar



FIGURAS 3: A e B Cintilografia realizada 24 horas antes da cirurgia, revelando drenagem para duas cadeias linfonodais distintas: (a) drenagem para ambas as axilas. Na axila direita foram localizados dois linfonodos sentinelas, e na esquerda apenas um; (b) drenagem para axila e região cervical. Em ambos os casos o local de maior captação do radiofármaco é o da lesão primária, onde foi injetado o marcador

restantes. A posterior exeresse de mais cinco lesões revelou tratarem-se de nevos atípicos.

Caso 2

Paciente do sexo masculino, de 41 anos, era acompanhado no serviço há vários anos, por carcinoma basocelular (CBC) e queratoses actínicas. Em consulta de rotina foi evidenciada presença de lesão névica na região clavicular esquerda, localizada cerca de três centímetros acima da cicatriz da excisão prévia do CBC, quatro anos antes. A hipótese clínica foi de nevo atípico, sendo indicada a exeresse da lesão. Foi realizada biópsia excisional, sem margem de segurança. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de MC extensivo superficial, com Breslow de 0,8mm e nível de Clark III, em fase de crescimento vertical. Não havia sinais de regressão, invasão vascular ou neural. Não foram identificados linfonodos palpáveis em nenhuma cadeia de drenagem. Seguindo as diretrizes preconizadas pelo Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM),⁶ foram indicadas a BLNS e ampliação das margens do melanoma. O estudo cintilográfico revelou dupla drenagem, para axila e região cervical esquerdas (Figura 3B), sendo a drenagem para a axila mais intensa. Foram realizadas BLNS dos dois linfonodos e ampliação das margens (1cm) da lesão primária. Os exames anatomopatológico e imuno-histoquímico (HMB 45 e S100) não revelaram presença de células metastáticas. O pós-operatório evoluiu sem intercorrências, e o paciente e familiares foram orientados quanto à necessidade de acompanhamento.

DISCUSSÃO

A possibilidade de drenagem linfática para mais de uma cadeia linfonodal e a presença de drenagem anômala são fatores que podem comprometer grandemente a eficácia da linfadenectomia no tratamento do MC. Sabe-se que o padrão de drenagem linfática de certas áreas da pele é muito variável, mesmo quando se utilizam as conhecidas linhas de Sappey para fazer a avaliação clínica.^{7,8} Inúmeros relatos demonstram essa variabilidade, enquanto outros comprovam a drenagem para mais de uma cadeia linfonodal, como ocorreu no presente caso.^{5,7-10} Este relato reforça a utilidade da técnica de BLNS no tratamento dos MCs. Na maioria dos estudos sobre o assunto a indicação da BLNS limita-se aos MCs com espessura de Breslow igual ou superior a 1mm; no entanto, sua utilização para MCs com menos de 1mm de espessura de Breslow vem sendo discutida, já que se sabe que até 10% dos pacientes com MC com espessura entre 0,76 e 1mm podem apresentar positividade na pesquisa.^{6,11,12}

A identificação de um segundo melanoma no mesmo paciente não é rara, ainda mais em pessoas com grande número de nevos, como ocorreu na paciente 1 do presente relato.¹⁴ O histórico familiar, o número de nevos e o fato de já ter apresentado dois melanomas fazem com que essa paciente apresente grande risco de desenvolver novos melanomas, exigindo controle rigoroso das lesões precursoras.¹⁵ □

REFERÊNCIAS

1. Caraco C, Celentano F, Lastoria S, Botti G, Ascierto PA, Mozzillo N. Sentinel lymph node biopsy does not change melanoma-specific survival among patients with Breslow thickness greater than 4 mm. *Ann Surg Oncol*. 2004;11:198S-202S.
2. Thompson JF, Stretch JR, Uren RF, Ka VS, Scolyer RA. Sentinel node biopsy for melanoma: where have we been and where are we going? *Ann Surg Oncol*. 2004; 11:147S-51S.
3. Cascinelli N, Santinami M, Maurichi A, Patuzzo R, Pennacchioli E. World Health Organization experience in the treatment of melanoma. *Surg Clin North Am*. 2003;83:405-16.
4. Leong SP. Selective sentinel lymphadenectomy for malignant melanoma. *Surg Clin North Am*. 2003;83:157-85.
5. Perrot RE, Glass F, Reintgen DS, Fenske NA. Reassessing the role of lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy in the management of cutaneous malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:567-88.
6. Neves RI, Belfort FA, Brandão M, Silva DCP. Relatório final do consenso nacional sobre linfonodo sentinela (LNS) do Grupo Brasileiro de Melanoma. *Acta Oncol Bras*. 2003;23:499.
7. Uren RF, Howman-Giles R, Thompson JF. Patterns of lymphatic drainage from the skin in patients with melanoma. *J Nucl Med*. 2003;44:570-82.
8. Norman J, Cruse CW, Espinosa C, Clark R, Saba H, Wells K et al. Redefinition of cutaneous lymphatic drainage with the use of lymphoscintigraphy for malignant melanoma. *Am J Surg*. 1991;162:432-7.
9. Thompson JF, Uren RF, Shaw HM, Howman-Giles RB. Location of sentinel lymph nodes in patients with cutaneous melanoma: new insights into lymphatic anatomy. *J Am Coll Surg*. 1999;189:195-204
10. Sumner WE 3rd, Ross MI, Mansfield PF, Lee JE, Pricto VG, Schacherer CW et al. Implications of lymphatic drainage to unusual sentinel lymph node sites in patients with primary cutaneous melanoma. *Cancer*. 2002;95:354-60.
11. Jacobs IA, Chang CK, Das Gupta TK, Salti GI. Role of Sentinel Lymph Node Biopsy in Patients With Thin (<1 mm) Primary Melanoma. *Ann Surg Oncol*. 2003;10:558-61.
12. Lowe JB, Hurst E, Moley JF, Cornelius LA. Sentinel lymph node biopsy in patients with thin melanoma. *Arch Dermatol*. 2003;139:617-21.
13. Jansen L, Nieweg OE, Kapateijn AE, Valdes Olmos RA, Muller SH, Hoefragel CA et al. Reliability of lymphoscintigraphy in indicating the number of sentinel nodes in melanoma patients. *Ann Surg Oncol*. 2000;7:624-30.
14. Nashed D, Kocer B, Schiller M, Luger T, Grabbe S. Significant risk of a second melanoma in patients with a history of melanoma but no further predisposing factors. *Dermatology*. 2003;206:76-7.
15. Seykora J, Elder D. Dysplastic nevi and other risk markers for melanoma. *Semin Oncol*. 1996;23:682-7.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Luiz Guilberme M. Castro
Rua Mato Grosso, 128 cj 44 - Higienópolis
01239-040 - São Paulo - SP
Tel / Fax: (11) 3258-9990
E-mail: guiga@dermaclinica.com.br