

Perfil epidemiológico e histopatológico dos casos de melanoma cutâneo primário diagnosticados em Criciúma no período entre 2005 e 2007 *

Histopathological and epidemiological profile of cases of primary cutaneous melanoma diagnosed in Criciuma-SC between 2005 and 2007

Patrícia Konrad¹
Suelen Melao²

Mariana Rocha Fabris²
Luiz Felipe de Oliveira Blanco³

Resumo: FUNDAMENTO: O melanoma é o tumor cutâneo com maior taxa de mortalidade, apesar de representar apenas 5% do total. Sua incidência vem aumentando em todo o mundo, principalmente, entre indivíduos de pele clara; a cidade de Criciúma, onde predomina a etnia italiana, apresenta maior susceptibilidade a esse tipo de tumor.

OBJETIVO: Conhecer o perfil epidemiológico e histopatológico do melanoma cutâneo primário, na cidade de Criciúma, e compará-lo com a literatura.

MÉTODOS: Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo e transversal dos laudos anatomopatológicos de melanoma cutâneo primário, na cidade de Criciúma, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2007. Analisou-se a população acometida segundo o sexo e a idade, a topografia, o tipo histológico, o nível de Clark e o índice de Breslow. RESULTADOS: Encontraram-se 72 laudos, com média de idade de 51 anos. A localização mais frequente foi o tronco, nos homens (60%), e os membros inferiores nas mulheres (30,5%). O tipo histológico mais comum foi o extensivo superficial (50%). Quanto ao nível de Clark, o mais frequente foi o nível III (32,3%). A maior parte dos melanomas apresentava Breslow in situ (29,6%).

CONCLUSÃO: O perfil do paciente com melanoma cutâneo, em Criciúma, apresenta características semelhantes às descritas na literatura nacional e mundial. Quanto à topografia da lesão, o estudo mostra a importância de um exame clínico mais rigoroso, especialmente, do tronco em homens e dos membros inferiores em mulheres. A incidência de casos de melanoma foi maior que a média nacional e estadual. Por outro lado, os melanomas apresentaram um predomínio de Breslow, considerados de prognóstico mais favorável.

Palavras-chave: Dermatologia; Dermatopatias; Neoplasias cutâneas; Pele

Abstract: BACKGROUND: Melanoma is a skin tumor with the highest mortality, despite representing only 5% of the total. The incidence has increasing all over the world especially among fair-skinned individuals and the Criciuma, with a predominance of Italian ethnic, most susceptible to this type of tumor.

OBJECTIVE: To know the epidemiological profile and histopathology of primary cutaneous melanoma in Criciuma, and compares them with literature.

METHODS: We conducted a retrospective study, sectional and the pathological reports of melanoma primary in Criciuma, between January 2005 and December 2007. Were analyzed the population affected by sex and age, topography, histologic type, the Clark level and Breslow thickness.

RESULTS: There were 72 reports. The age ranged from 15 to 85 years, with an average of 51 years. The most frequent localization in men was the trunk (60%) in women predominated in the lower limbs (30.5%). The most frequent histological type was the extensive superficial (50%). The Clark's level, the most frequent was level III (32.3%) followed by Level I (29.2%). Most melanomas Breslow had in situ (29.6%).

CONCLUSION: The profile of patients with cutaneous melanoma in Criciúma-SC has characteristics similar to those described in the literature and world with regard to gender, age, topography and histology. The topography of the lesion, the study shows the importance of a clinical stricter mainly the trunk in men and women in the lower limbs. In this study there is a high incidence of melanoma per 100,000 in habitants, higher than the national average and state. On the other hand, melanomas showed a predominance of Breslow considered more favorable prognosis.

Keywords: Dermatology; Skin; Skin diseases; Skin neoplasms

Recebido em 01.04.2010.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 11.08.10.

* Trabalho realizado na Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) – Criciúma (SC), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

¹ Médica vinculada à Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) – Criciúma (SC), Brasil.

² Estudante do sexto ano de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) – Criciúma (SC), Brasil.

³ Médico dermatologista; professor de Dermatologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) – Criciúma (SC), Brasil.

INTRODUÇÃO

O melanoma cutâneo é considerado o câncer de pele de maior importância, apesar de representar apenas 3-4% dos tumores cutâneos malignos.¹ A razão disso é que se apresenta de forma mais agressiva, devido ao seu alto potencial metastático.²

A incidência tem aumentado mundialmente, nas últimas décadas, entre indivíduos de cor branca.¹ No Brasil, informações sobre a doença são limitadas. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estão previstos, para 2010, 2.960 casos novos em homens e 2.970 casos novos em mulheres. As maiores taxas estimadas em homens e mulheres encontram-se na Região Sul.²

O melanoma cutâneo ocorre com maior frequência entre os 40 e os 60 anos de idade e predomina em indivíduos de cor branca e sexo feminino.¹ Sua localização varia de acordo com o sexo; nas mulheres, ocorre, preferencialmente, nos membros inferiores (MMII); nos homens, na região do tronco.³

Os fatores de risco mais importantes relacionados ao desenvolvimento do melanoma são: fotótipos I e II, história de queimaduras solares graves, olhos e cabelos claros, presença de múltiplos nevos melanocíticos, nevo atípico ou displásico, desenvolvimento de efélides, história prévia de melanoma e antecedente familiar de melanoma.^{1,4}

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil epidemiológico e histopatológico do melanoma cutâneo primário, na cidade de Criciúma, em um período de três anos, e comparar os achados com a literatura.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo e transversal de abordagem quantitativa e qualitativa dos laudos anatomopatológicos de melanoma cutâneo primário. Os profissionais médicos da rede privada fazem a exérese da lesão suspeita e encaminham o material para análise nos dois únicos laboratórios de patologia da cidade (Laboratório de Anatomia Patológica Alice – Lapa – e Laboratório de Anatomia Patológica Rocha – LPR) e a rede pública de saúde o envia para o Serviço Integrado de Patologia (SIP) na cidade de Joinville (SC).

Incluíram-se no estudo todos os laudos com diagnóstico anatomopatológico de melanoma cutâneo primário oriundos dos três laboratórios (Lapa, LPR e SIP) no período compreendido entre janeiro de 2005 e dezembro de 2007. A variável dependente estudada foi o melanoma cutâneo primário e as inde-

pendentes foram: o sexo, a idade, a topografia da lesão, o tipo histológico, o nível de Clark e o índice de Breslow.

Os dados foram digitados no programa Excel e analisados no *software* SPSS versão 12.0. A diferença entre as variáveis quantitativas e qualitativas foi testada pelo teste qui-quadrado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

RESULTADOS

Nos três anos estudados, o ano de maior número de diagnósticos foi 2006, com um total de 29 casos, seguido de 2005, com 24 casos, e de 2007, com 18 casos (Tabela 1).

Dos 72 laudos, 43 pacientes eram do sexo feminino e 29, do sexo masculino, correspondendo a 59,7% e 40,2% do total, respectivamente. As idades dos pacientes variaram de 15 a 85 anos, com média de 51,07 anos e predomínio entre a 3ª e a 5ª décadas; apenas um laudo não informou a idade (Tabela 2).

Quanto à topografia da lesão, 11 laudos não a descreveram. Dos descritos, a localização mais frequente foi o tronco (40,9%), sendo também a mais encontrada no sexo masculino (60%); nas mulheres, os membros inferiores foram os mais afetados (30,5%) (Tabela 3).

No que diz respeito ao tipo histológico, 64 laudos apresentaram descrições: o mais encontrado foi o Melanoma Extensivo Superficial (MES), com 32 casos (50%), distribuídos em ambos os sexos, com 17 casos em mulheres e 15 em homens. O segundo tipo mais frequente foi o MN (23,4%) (Gráfico 1).

Dos 72 laudos, 65 descreveram o nível de invasão tumoral (Clark), dos quais a maioria foi classificada nos níveis III e I, correspondendo, respectivamente, a 32,3% e 29,2%. Houve predomínio do nível III nas mulheres (38,4%) e nos homens nível I (34,6%) (Tabela 4).

Entre os 72 laudos do estudo, 64 apresentaram uma descrição da espessura tumoral, que variou de 0mm a 9,1mm, com média de 1,89mm. A maior parte dos laudos avaliados apresentou Breslow *in situ* com 29,6%, seguido de melanoma de pequena espessura ao diagnóstico (espessuras $\leq 0,75$ mm – 25% – e de 0,76mm-1,5mm – 23,4%). Nas mulheres, prevaleceram espessuras $\leq 0,75$ mm, com 11 casos (28,9%); nos homens, Breslow *in situ*, com nove casos (34,6%) (Tabela 5).

TABELA 1: Distribuição do número de casos segundo o ano de diagnóstico

Ano	2005	2006	2007
Número de casos	24	29	18
Incidência	12,6/100.000 hab.	15,2/100.000 hab.	9,4/100.000 hab.

TABELA 2: Distribuição da amostra segundo a faixa etária e o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
15-30	1	3,4	4	9,5	5	7,0
31-50	12	41,3	18	42,8	30	42,2
51-70	12	41,3	15	35,7	27	38,0
71-85	4	13,7	5	11,9	9	12,6
Total	29	100	42	100	71	100

* Anos

TABELA 4: Distribuição da amostra segundo o nível de Clark e o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
I	9	34,6	10	25,6	19	29,2
II	3	11,5	5	12,8	8	12,3
III	6	23,0	15	38,4	21	32,3
IV	8	30,7	9	23,0	17	26,1
V	0	0	0	0	0	0
Total	26	100	39	100	65	100

DISCUSSÃO

O melanoma cutâneo apresenta significativa relevância entre os tumores malignos de pele. Apesar de sua baixa incidência, representando cerca de 3-4% dos tumores cutâneos malignos, é o de maior mortalidade. Nos últimos 50 anos, a incidência de melanomas cutâneos tem aumentado progressivamente em todo o mundo, o que aumenta a preocupação para que seja diagnosticado precocemente.⁵⁻⁹

A casuística brasileira publicada mostra predomínio do melanoma cutâneo primário no sexo feminino, idade acima dos 40 anos, localização em tronco e membros e tipo histológico extensivo superficial e nodular (Tabela 6).

Na amostra deste estudo, as mulheres representavam a maioria dos casos (59,7%). Um estudo retrospectivo realizado de 1998 a 2004, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, o sexo feminino também prevaleceu (56,69%), assim como em vários estudos epidemiológicos de melanoma cutâneo.^{8,10} O sexo feminino é mencionado na literatura como o mais suscetível ao desenvolvimento de melanoma cutâneo e é considerado, por alguns autores, como fator de risco.^{11,12} No entanto, um estudo realizado na Jordânia (Oriente Médio), entre 1969 e 1994, de 138 casos de melanoma cutâneo primário revelou uma relação de 1,6 homens para cada mulher. Tal fato foi associa-

do à exposição solar mais frequente e intensa pelos indivíduos do sexo masculino.¹² Em dois estudos brasileiros houve predomínio do sexo masculino: em um, realizado em uma clínica particular de São Paulo, a casuística era muito pequena para permitir afirmações a respeito (20 casos);¹³ no outro, feito em Goiânia, também houve ligeiro predomínio do sexo masculino, apenas dois casos a mais do que o feminino (146 homens e 144 mulheres).¹⁴

Segundo o Inca, o estado de Santa Catarina apresenta o maior número de casos de melanoma cutâneo (oito) por 100.00 habitantes do País, muito mais alto do que a média nacional, que é de três casos por 100.000 habitantes. Nos três anos avaliados neste estudo, na cidade de Criciúma, com uma população de cerca de 190.000 habitantes, encontraram-se números muito mais elevados do que a média nacional e estadual. No ano de 2005, registraram-se 24 casos de melanoma cutâneo, o que corresponde a uma média de 12,6 casos/100.000 habitantes. Já no ano de 2006, a incidência foi ainda maior, 15,2 casos/100.000 habitantes; em 2007, o número de casos, apesar de ter sido menor (9,4 casos/100.000 habitantes), ainda foi maior do que a média nacional e estadual. Sabendo-se da importância da estrutura médica de Criciúma para a região, o estudo pode ter sofrido um viés de migração, pois pacientes de cidades vizinhas procuram atendimento naquele município.

TABELA 3: Distribuição da amostra segundo a topografia da lesão e o sexo

Sexo	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Face/Couro cabeludo	5	20	6	16,6
Cervical	1	4	1	2,7
Tronco	15	60	10	27,7
MMSS	1	4	5	13,8
MMII	3	12	11	30,5
Palmoplantar	0	0	3	8,3

TABELA 5: Distribuição da amostra segundo o índice de Breslow e o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Breslow in situ	9	34,6	10	26,3	19	29,6
≤0,75	5	19,2	11	28,9	16	25
0,76-1,5	6	23,0	9	23,6	15	23,4
1,51-4	3	11,5	4	10,5	7	10,9
≥4	3	11,5	4	10,5	7	10,9
Total	26	100	38	100	64	100

* Milímetros

TABELA 6: Casuística brasileira do perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com melanoma cutâneo

Autor/Ano	Nº de casos	Sexo* (%)	Idade em anos § (%)	Localização # (%)	Tipo histológico • (%)
Batisti, 2008 ⁶	81	F (55,6)	51,3 (-)	T (32)	MES (53,5)
Borges, 2007 ⁷	229	F (56,8)	51,73 (-)	T (33,5)	MES (61,6)
Weber, 2007 ⁴⁴	396	F (56)	54,9 (-)	T (-)	MES (-)
Rachou, 2006 ³⁵	290	M (50,4)	54 (-)	MI (25,9) C/P (25,9)	-
Rocha, 2006 ³⁹	90	F (54,4)	56,5 (-)	T (24,4)	MN (61,1)
Fernandes, 2005 ¹⁹	65	F (50,7)	40-69 (64,7)	T (35,3)	MES (30,7)
Godoy, 2004 ²⁰	20	F (80)	50-60 (40)	MI (30) D (30)	MES (55,5)
Pinheiro, 2003 ³⁴	32	F (78)	61-80 (43,7)	MI/MS (50)	MN (45)
Bakos, 2002 ³	103	F (66,9)	52,8 (-)	T (25,2)	MES (61,1)
Lapa, 2002 ²⁶	115	F (64)	40-59 (43,5)	Axial (61)	MN (19,1)
Maia, 2002 ²⁸	190	F (58,9)	55,9 (-)	-	MES (41,1)
Gon, 2001 ²¹	303	F (54,6)	56,4 (-)	T (32,01)	MN (41,9)
Criado, 1999 ¹²	222	F (69,9)	60-69(23,4)	MI (32,8)	-
Castro, 1996 ¹⁰	20	M (65)	45,1 (-)	T (50)	-
Bakos, 1991 ⁰⁵	153	F (60,3)	60-70 (23)	-	MES (51,6)

* F – feminino; M – masculino.

§ Faixa etária de maior prevalência ou média da idade, conforme dados do estudo.

T – tronco; MI – membro inferior; MS – membro superior; C/P – cabeça/pescoço; D – dorso.

• MES – melanoma extensivo superficial; MN – melanoma nodular

As mais altas taxas de incidência do melanoma cutâneo são observadas na Nova Zelândia, na Austrália, na América do Norte e no norte da Europa, registrando-se um aumento anual que variou de 1,5-4,5% em um período de cinco anos. No Brasil, apesar de os dados epidemiológicos serem escassos, verificou-se um aumento de 30% de 1978 a 1991, dados semelhantes aos da população norte-americana.⁵

Na amostra do presente estudo, encontrou-se apenas um caso de melanoma cutâneo em uma pessoa com idade inferior a 18 anos, confirmando a raridade de sua ocorrência na infância e na adolescência, como observado na literatura e em outros estudos; embora alguns destes afirmem não existir predileção por faixa etária, raramente ocorrem casos de melanoma cutâneo antes da puberdade.^{1,12,15}

A média de idade encontrada foi de 51,07 anos, dado semelhante ao publicado por outros estudos, e não apresentou diferença entre os sexos. O pico de incidência situou-se na faixa entre 31 e 50 anos, análogamente ao citado na literatura.

Neste estudo, a maior parte dos melanomas cutâneos tinha como sítio primário o tronco, seguido pelos MMII e face/couro cabeludo. Entre as mulheres, houve predomínio das lesões em MMII e face/couro cabeludo. Nos homens, os locais mais atingidos foram tronco e face/couro cabeludo. Esses dados confirmam as publicações atuais, em que a localização mais frequente é o tronco, no sexo masculino, e os MMII no sexo feminino.^{12,15}

Com relação ao tipo histológico de melanoma cutâneo, o mais prevalente foi o MES, (44,4%), seguido do MN (20,8%), MLM (11,1%), *in situ* (11,1%),

MLA (1,38%) (Gráfico 1). Em revisão de 84.836 registros de melanoma do *National Cancer Base Report*,¹⁶ 57,6% dos melanomas foram classificados como MES, 18,9%, como MN, 21,40%, como MLM e 2,1%, como MLA. Weber, em estudo retrospectivo com 496 laudos anatomopatológicos de melanoma, realizado em Florianópolis, encontrou o extensivo superficial como tipo mais frequente, ocorrendo em 60% dos casos, seguido pelo nodular, em 30% dos casos.¹⁷ Algumas pesquisas mostram predomínio do MN, como a realizada em 2001 por Gon et al. na cidade de Londrina (PR), com 41,9% dos casos, e a levada a cabo em 2003 por Pinheiro et al. no Hospital Universitário de Brasília, com 45% dos casos.^{15,03} Essa diferença pode se dever à influência de fatores étnicos e raciais, pela miscigenação de raças existentes no Brasil.¹⁸

Em 1969, Clark et al. constataram que o nível mais encontrado em seu estudo foi o III, com 21 casos (32,3%), seguido pelo I, com 19 casos (29,2%) e pelo IV, com 17 casos (26,1%). Em estudo retrospectivo de 1963 a 1997, no Hospital do Servidor em São Paulo, o nível de Clark predominante foi o IV, com 39,77% dos casos.¹³ Em estudo realizado na cidade de Londrina (PR) no período de 1990 a 1999, aproximadamente 50% dos tumores foram classificados em estágios mais avançados (níveis IV e V).¹⁵ Em estudos mais recentes, há relatos do predomínio de níveis menores de Clark (I, II e III), assim como o encontrado no presente trabalho, refletindo a maior atenção voltada ao diagnóstico precoce do melanoma nos últimos anos.^{8,18,19}

A espessura tumoral (Breslow) constitui o mais completo e relevante fator prognóstico para o pacien-

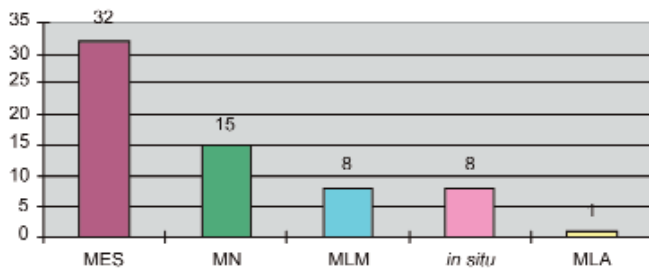


GRÁFICO 1: Distribuição da amostra segundo o tipo histológico

MES – Melanoma extensivo superficial
 MN – Melanoma nodular
 MLM – Melanoma lentigo maligno
 MLA – Melanoma lentiginoso acral

te e é importante para avaliar a sobrevida, o risco de recidiva local e o risco de metástases regionais e a distância.²⁰ Os melanomas finos (<0,76mm) apresentam prognóstico extremamente favorável. Já para melanomas de espessura intermediária, os pacientes apresentam um prognóstico menos favorável e os considerados melanomas espessos (>4mm) apresentam pior prognóstico.²⁰ Neste estudo, houve predomínio dos melanomas com Breslow *in situ* (29,6%) e de peque-

na espessura (≤0,75mm, com 25%, e entre 0,76mm e 1,5mm, com 23,4%), considerados de prognóstico mais favorável. A média encontrada foi de 1,89mm. Gon et al. encontraram 75% dos tumores diagnosticados já com espessura superior a 0,75mm e média de 3,17mm. Criado et al. observaram resultados semelhantes aos deste estudo, com a maioria dos tumores apresentando espessuras ≤0,75mm.^{12,13}

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa houve uma alta incidência de casos de melanoma cutâneo por 100.000 habitantes. Parece que a taxa de incidência de MM em Criciúma é superior à registrada para o restante do País e do estado. Por outro lado, os melanomas apresentaram um predomínio de Breslow considerado de prognóstico mais favorável e, em relação ao nível de invasão tumoral, foram encontrados níveis menores de Clark (III e I).

Os resultados mostram semelhanças com os de estudos nacionais e internacionais quanto a aspectos epidemiológicos e histopatológicos do melanoma. □

REFERÊNCIAS

- Almeida FA, Almeida GO, Michalany NS. Melanoma cutâneo - Aspectos Clínicos. In: NEVES RG, LUPÍ O, TALHARI S. Câncer da Pele. 1. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p.225-32.
- Inca.gov [Internet]. Câncer de pele melanoma. Instituto Nacional do Câncer, 2010. [acesso 2 Abr. 2010]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
- PINHEIRO AMC, FRIEDMAN H, CABRAL ALSV, RODRIGUES HA. Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999. An Bras Dermatol. 2003;78:179-86.
- Souza SRP, Fischer FM, Souza JMP. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão de literatura. Rev Saúde Pública. 2004;38:588-98.
- Azevedo G, Mendonça S. Epidemiologia do câncer de pele. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S. Câncer da Pele. 1. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p.01-15.
- Bakos L, Bakos RM. Nevos Melanocíticos e melanoma. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseada em evidências. 3 ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2004. p.1003-6.
- Canto ACM, Oliveira J. Melanoma cutâneo: Doença curável? Revisão de literatura e apresentação de um organograma de investigação e tratamento. Rev AMRIGS. 2007;51:312-16.
- José RF. Melanoma Cutâneo primário: Características epidemiológicas no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina entre janeiro de 1998 e julho de 2004. [monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
- GBM. gov. [Internet]. Grupo Brasileiro de Melanoma. [acesso 05 Maio 2008]. Disponível em: www.gbm.org.br/gbm
- Battisti R, Nunes DH, Lebsa-Weber A, Schweitzer LC, Sgrott I. Avaliação do perfil epidemiológico e da mortalidade dos pacientes com diagnóstico de melanoma cutâneo primário no município de Florianópolis - SC, Brasil. An Bras Dermatol. 2009;84:335-42.
- Miranda MFR. Evolução biológica dos tumores. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S. Câncer da Pele. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p. 17-29.
- Oumeish OY. Epidemiology of Primary Cutaneous Malignant Melanoma in Jordan. Int J Dermatol. 1997;36:113-5.
- Criado PR, Vasconcellos C, Sittart JAS, Valente NYS, Moura BPS, Barbosa GL, et al. Melanoma maligno cutâneo primário: estudo retrospectivo de 1963 a 1997 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 1999;45:157-62.
- Sortino-Rachou AM, Curado MP, Latorre MRDO. Melanoma cutâneo: estudo de base populacional em Goiânia, Brasil, de 1988 a 2000. An Bras Dermatol. 2006;81:449-55.
- Gon AS, Minelli L, Guembarovski AL. Melanoma Cutâneo primário em Londrina. An Bras Dermatol. 2001;76:413-26.
- Chang AE, Karnell LH, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma: a summary of 84,836 cases from the past decade. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. Cancer. 1998;83:1664-78.
- Lebsa-Weber A, Nunes DH, Souza Filho JJ, Carvalho-Pinto CJ. Avaliação de 496 laudos anátomopatológicos de melanoma diagnosticados no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. An Bras Dermatol. 2007;82:227-32.
- Bakos L. Melanomas malignos e etnia. An Bras Dermatol. 1991;66:299-302.
- Battisti R. Melanoma primário cutâneo: cinco anos de seguimento. Florianópolis, 2008 [monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
- Maia M, Totoli SSM. Prognóstico do Câncer de Pele. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S. Câncer da Pele. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p. 499- 510.

MAILING ADDRESS / ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Mariana Rocha Fabris
Rua Pedro Manoel Apolinário, 140
Santa Bárbara
88804-350 Criciúma - SC, Brazil
E-mail: marirfabris@hotmail.com

How to cite this article/Como citar este artigo: Konrad P, Fabris MR, Melao S, Blanco LFO. Perfil epidemiológico e histopatológico dos casos de melanoma cutâneo primário diagnosticados em Criciúma no período entre 2005 e 2007. An Bras Dermatol. 2011;86(3):457-61.