

**ANÁLISE DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS DOS LAUDOS
ANATOMOPATOLÓGICOS DE MELANOMA CUTÂNEO DIAGNOSTICADOS NO
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

Cutaneous melanoma: analysis of epidemiological data and reports of histopathological diagnosed
in Criciúma/SC

Álvaro Artur Costa Unfried^{1*}, Volnei Pedro Dias de Souza^{1*}, Luana Boeira Rocha²

1 - Acadêmicos da 11^a fase do curso de medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC
– Criciúma – SC.

2 - Médica Dermatologista, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul
Catarinense (UNESC). Professora do curso de graduação em Medicina da UNESC. Membro Titular da
Sociedade Brasileira de Dermatologia.

* Estes autores têm igual participação no desenvolvimento do presente trabalho.

Autor correspondente: Volnei Pedro Dias de Souza

Av. Universitária, 1105, Bloco S. Criciúma, SC, Brasil. 88806-000.

Telefone: + 55 48 9945-0690, e-mail: agster_17@hotmail.com

Laudos de anatomopatológicos de melanoma cutâneo

RESUMO

O melanoma cutâneo é o câncer cutâneo com maior letalidade. Sua incidência vem aumentando em todo o mundo, principalmente em pessoas com fototipos mais baixos o que é considerado um fator de risco. Tendo em vista a colonização europeia da cidade de Criciúma, torna-se importante o estudo dessa doença para que políticas públicas sejam implantadas no sentido de educar a população e alertá-la quanto ao diagnóstico precoce. Este estudo teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico do melanoma cutâneo primário no município de Criciúma, caracterizando sua distribuição pela idade, sexo, procedência, localização cutânea, nível de Clark e índice de Breslow. Foi realizado um estudo retrospectivo, do tipo descritivo e observacional com coleta de laudos anatomopatológicos de dois laboratórios de patologia, localizados no município em questão, do período de janeiro de 2010 até janeiro de 2015, de abordagem quantitativa. Foram incluídos no estudo 133 laudos com diagnóstico de melanoma cutâneo. Os dados coletados foram analisados com auxílio do *software* SPSS versão 22.0. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e confiança de 95%. O tipo histológico mais comum encontrado no sexo feminino foi do tipo extensivo superficial com localização mais prevalente em membros inferiores e tronco, no sexo masculino o mais encontrado foi o melanoma nodular de maior localização em região de tronco. No total, 83 laudos, não relacionaram a localização da lesão e nenhum havia raça descrita. Os melanomas apresentaram um predomínio de Breslow, considerados de prognóstico mais favorável.

Palavras-chave: Melanoma cutâneo. Tipos histológicos. Dermatologia. Epidemiologia.

ABSTRACT

Cutaneous melanoma is the skin cancer with increased mortality. Its incidence is increasing worldwide, especially in people with lower phototypes what is considered a risk factor. In view of the European colonization of the city of Criciúma, it is important to study this disease so that public policies be implemented to educate the public and alert it to an early diagnosis. This study aimed to evaluate the epidemiological profile of primary cutaneous melanoma in Criciúma municipality, characterizing its distribution by age, sex, origin, skin location, Clark level and Breslow thickness. A retrospective study was conducted descriptive and observational with collecting pathological reports of two pathology laboratories, located in the municipality in question, the period January 2010 to January 2015, a quantitative approach. The study included 133 reports with a diagnosis of cutaneous melanoma. The collected data were analyzed using the SPSS software version 22.0. Statistical tests were performed with a significance level $\alpha = 0.05$ and 95% confidence. The most common histological type found in females was the extensive superficial type more prevalent location in the lower limbs and trunk, in males the most found was the nodular melanoma larger location in the trunk region. In total, 83 report, does not list the location of the lesion and none had described breed. Melanomas showed a predominance of Breslow considered more favorable prognosis.

Key-words: Cutaneous melanoma. Histological types. Dermatology. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A palavra melanoma tem origem do grego, *Melas* significa escuro, negro, e o sufixo *oma*, tumor. O melanoma cutâneo é um tipo de tumor que resulta da transformação maligna dos melanócitos (células produtoras de melanina, pigmento que determina a cor da pele), localizados na epiderme, derme ou epitélio das mucosas¹. A maior parte dos melanomas localiza-se preferencialmente na pele, mas poderão surgir em outros locais, como nas mucosas (oral, nasal, faringe, ânus)².

Cerca de um terço dos melanomas advém de um nevo preexistente, sendo que o sol parece ter um importante papel na sua etiologia. A história de queimaduras solares prévias é um dos fatores de risco além de fototipo I e II, olhos e cabelos claros, presença de múltiplos nevos melanocíticos, nevo atípico ou displásico, história prévia de melanoma, antecedentes familiares, genética (CDKN2A), hábitos de vida e localização geográfica^(3,4).

A irradiação solar vem se mostrando um fator determinante, principalmente em lugares onde a população é de origem branca e pele clara, como é o caso da região sul do Brasil, que somada à diminuição da camada de ozônio tem aumentado a incidência de melanoma⁵. Mundialmente o número de casos aumentou nas últimas décadas, entre indivíduos de cor branca. No Brasil, informações sobre a doença são limitadas, pois muitos casos não chegam a ser diagnosticados ou não são reportados pelo próprio médico. 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 feminino⁷.

A localização da lesão varia de acordo com o sexo; nas mulheres, ocorre, preferencialmente, nos membros inferiores (MMII); nos homens, na região do tronco⁸. Apesar de o melanoma representar 3-4% dos tumores cutâneos malignos é o câncer de pele de maior importância devido a sua alta mortalidade e pelo seu grande potencial de produzir metástase⁹. O melanoma é classificado histologicamente em quatro principais tipos: melanoma extensivo superficial, nodular, lentigo maligno e lentiginoso acral¹⁰.

A espessura do tumor mostrou-se o fator prognóstico mais importante no melanoma maligno localizado. Para melhor classificar este fator, são utilizadas as classificações de Breslow e Clark, que são baseadas na espessura do tumor e no nível de invasão da pele, respectivamente¹¹.

É importante que se faça o diagnóstico precoce das lesões melanocíticas suspeitas de melanoma, devido ao seu potencial metastático. Esta pode ser facilitada pela aplicação da regra ABCDEs: Assimetria, Bordas irregulares, Cores variadas, diâmetro maior que 6 mm e Evolução da lesão com base nos citados anteriormente. Qualquer lesão pigmentada que tenha sofrido alteração ou outras características sugestivas de melanoma maligno deve ser submetido a biopsia excisional¹². Os sinais iniciais mais comuns incluem um aumento no tamanho do nevo e uma alteração em sua cor ou forma, sendo o sintoma inicial mais comum o prurido e os mais tardios são sensibilidade, sangramento e ulceração¹³. O prognóstico desse tipo de câncer pode ser considerado bom, se detectado nos estádios iniciais. Nos últimos anos, houve uma grande melhora na sobrevivência dos pacientes com melanoma, principalmente devido à detecção precoce do tumor¹⁴.

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

MÉTODOS

Realizou-se um estudo documental, retrospectivo com coleta de dados secundários. Foram incluídos nesse estudo laudos anatomopatológicos provenientes de 2 (dois) laboratórios de patologia de referência na região do sul catarinense, durante o período de janeiro de 2010 a janeiro de 2015. Após a aprovação do comitê de ética local (parecer 1.202.967/2015), foram colhidas informações referentes à idade, sexo, procedência, tipo histológico, nível de Clark e índice de Breslow.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. A idade foi expressa por média e desvio padrão.

Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, confiança de 95%. A distribuição da idade quanto à normalidade foi investigada por meio da aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação do teste qui-quadrado de Pearson.

RESULTADOS

Foram analisados 133 laudos que continham diagnóstico de melanoma cutâneo. Dentre esses laudos a idade foi estratificada em faixas etárias, a cada 10 anos, iniciando com 10-20 anos, não havendo acontecimento antes da mesma. Na tabela 1 são apresentadas as características demográficas dos pacientes estudados. Obteve-se uma maior taxa entre os 50-60 anos de idade com 35 (26,3%) pacientes, e a menor taxa com 5(3,8%) pacientes entre os 10-20 anos. As idades mínimas e máximas foram, respectivamente, 12 e 90 anos, sendo a mediana de 53,98(AIQ 18,63) anos. Na totalidade da amostra, 87(65,4%) dos pacientes eram do sexo feminino, enquanto 46(34,6%) eram do sexo masculino. Em relação ao ano do diagnóstico, foi constatado maior número de casos em 2013, 40(30,1%); e o menor em 2011, 18(13,5%). No quesito procedência, a Cidade de Criciúma apresentou maior número de laudos 120(90,2%) e enquanto em seu interior 13(9,8%).

Dentre os tipos histológicos de melanoma cutâneo, o extensivo superficial foi o mais comum com 74(55,6%) casos. O tipo histopatológico nodular foi o segundo mais comum com 42(31,6%) casos, seguidos do Lentigo Maligno com 13(9,8%) e o Acral com apenas 2(1,5%) casos e em 2(1,5%) casos trata-se de outros tipos (microinvasivo e metastático). A localização da lesão foi dividida em quatro regiões anatômicas, sendo que 83(55,6%) dos laudos não possuíam a localização da lesão. Nos laudos em que foi possível avaliar essa variável, a maioria dos melanomas estavam localizados na região do tronco 22(16,5%), e nas demais localizações MMII 14(10,5%), MMSS 10(7,5%) e face/couro cabeludo 4(3,0%) – tabela 2.

A invasão tumoral em nível I apresentou 28(21,1%), nível II 22(16,5%), nível III 26(19,5%), nível IV 49(36,8), nível V 7(5,3) e apenas 1(0,8%) paciente não apresentou nível de classificação de invasão. Já quanto à espessura, a mais prevalente foi entre 0,1-075 mm com 35 casos (26,3%), o restante apresentou: *in situ*/não se aplica 26(19,5%) casos; 0,75-1,5mm: 21(15,8%) casos, 1,5-4,0mm: 26(19,5%) casos, e acima de 4,0mm 25(18,8%) casos (tabela 2).

De acordo com a Tabela 3, foi possível correlacionar o tipo extensivo superficial com o sexo feminino 57(65,5%), já no sexo masculino o tipo mais comum foi melanoma nodular 23(50%), a razão demonstrou associação estatisticamente significativa ($p=0,010$).

Em se tratando do tipo histológico versus localização verificou-se que os tipos extensivo superficial, nodular e lentigo maligno tiveram uma maior incidência na região de tronco com 13(59,1%), 6(27,3%), 3(13,6%) respectivamente, sendo que, o tipo acral se apresentou apenas em MMII com 2(14,3%). A razão demonstrou associação estatisticamente significativa ($p=0,09$). Os demais dados estão descritos na Tabela 4.

Quando correlacionado o sexo do paciente com a localização da lesão, excluindo os laudos sem referência da topografia, no sexo feminino, os locais mais prevalentes foram membros inferiores e na região de tronco com 11(12,6%) cada, no sexo masculino o local mais comum foi também na região tronco 11(23,9%). Essa correlação não demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p=0,177$) - tabela 5.

DISCUSSÃO

No presente estudo percebeu-se estabilidade em relação ao número de casos novos de melanoma cutâneo entre 2010 e 2014. A maioria das publicações mais recentes sobre o assunto refere um aumento de 4,45%¹⁴. Dentre esses laudos, obteve-se uma maior taxa de diagnóstico de melanoma entre os 50-60 anos de idade com 35 (26,3%) pacientes. A mediana de idade de 53,98 anos, ratifica dados da literatura, que relata que os adultos jovens são mais susceptíveis ao melanoma¹⁵. Dennis e colaboradores referem uma maior ocorrência de melanoma em faixas etárias mais avançadas, em virtude do efeito cumulativo da radiação solar e deterioração do sistema imune¹⁶.

Com relação ao gênero, verificou-se um predomínio no sexo feminino 65,4%, corroborando os dados da literatura¹⁷. Porém em um trabalho realizado na cidade Criciúma com esse mesmo tema, entre os anos de 1998 a 2004, não se observou diferença significativa entre os sexos¹⁸. A maioria dos artigos relacionados sempre mostrou uma prevalência no sexo feminino, no entanto, a

literatura mais recente vem mostrando uma aproximação entre os sexos, fato este que pode está relacionado a uma maior conscientização do público masculino e dos diagnósticos mais precoces.

O tipo histológico mais encontrado foi o do tipo extensivo superficial, 55,6% dos casos, seguido do melanoma nodular com 31,6%. Resultado muito semelhante foi encontrado num estudo realizado na cidade de Florianópolis, onde 53,3% eram do tipo extensivo superficial e 34,9% eram nodulares¹⁹. Em outro trabalho realizado na cidade de Criciúma entre os anos de 2005 a 2007 também encontrou resultados parecidos²⁰. O *National Cancer Data Base Report*, em revisão de 84.836 casos, apresentou estatística semelhante²¹. Alguns estudos ainda citam o melanoma nodular como o mais prevalente, como é o caso de mais uma casuística realizada na região de Criciúma entre os anos de 1998 – 2004¹⁸.

No que se refere ao grau de invasão a maioria dos tumores apresentava invasão além da camada basal: 36,8% de nível IV de Clark, contra 21,1% dos casos de melanoma *in situ*. Valores proporcionalmente semelhantes aos encontrados em dois estudos já referidos nesta mesma região de Santa Catarina, no período de 1998-2007^(18,20) e diferenciando do estudo realizado em Hospital de Brasília de 1994-1999 que predominou nível V enquanto Florianópolis e Blumenau houve predomínio dos tipos I e II^(5,17). Esses dados, divergentes entre a literatura, podem ser decorrentes de particularidades de cada amostra, tais como, diagnósticos tardios e sub diagnósticos que pode sugerir, elevada investigação precoce de casos suspeitos nas cidades de Florianópolis e Criciúma para o diagnóstico de melanoma.

Neste estudo houve um predomínio dos melanomas com espessura entre 0,1-0,75mm, com 26,3% dos casos, valor próximo ao número de laudos com melanoma *in situ* que teve 19,5%, sugerindo que na região de criciúma e outras regiões do Brasil, diagnóstico de melanoma cutâneo, está sendo realizado cada vez mais precocemente. Sendo este um importante dado, pois a espessura tumoral (Breslow) constitui o mais completo e relevante fator prognóstico para o paciente e é importante para avaliar a sobrevida, o risco de recidiva local e o risco de metástases regionais e a distância²³.

A média de Breslow encontrada neste estudo foi de 2,41mm, sendo superior à observada no Hospital Universitário de Brasília entre 1999 a 2004 que teve a média de 0,75mm⁸, e inferior a um realizado em Florianópolis com 2,63mm de espessura¹⁹.

A localização da lesão mais comum em mulheres foi em região de tronco e membros inferiores com 12,6% cada, já nos homens a região de tronco apresentou 23,9%, seguindo um mesmo padrão de trabalhos anteriores, como o realizado na cidade de Criciúma entre 1998-2007^(18,20), no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Rio de Janeiro 1996²², e no município de Blumenau que durou de 1980-2009, onde se avaliou a incidência do melanoma cutâneo⁵. Esses dados confirmam as publicações atuais, em que o local mais acometido é o tronco no sexo masculino, e membros inferiores no sexo feminino²⁴.

Quando se correlaciona o tipo histológico com sexo, esta casuística verificou uma prevalência do tipo superficial extensivo no sexo feminino com 65,5%, enquanto que homens o tipo nodular com 50% foi o achado no momento do diagnóstico. Resultado um pouco divergente ao encontrado no estudo feito em Criciúma entre 1998-2004, em que tanto no sexo feminino como no masculino o tipo nodular prevaleceu¹⁸.

No tocante ao tipo histológico e a topografia da lesão, o extensivo superficial que foi o mais encontrado neste estudo, teve uma maior prevalência na região de tronco com 59,1%, já o tipo nodular ocorreu com maior frequência em membros superiores com 50% dos laudos, em contrapartida o tipo acral que esteve em apenas 1,5% dos laudos, teve uma prevalência absoluta em membros inferiores. Corroborando com achados da literatura¹².

Este estudo teve algumas limitações como ausência de informação em grande parte dos laudos sobre raça e topografia da lesão. Ainda, pode-se ressaltar que algumas características da população estudada podem ter influenciado os resultados, como por se tratar de uma região com altas taxas câncer de pele há uma investigação maior de casos suspeitos, aumentando desta forma o diagnóstico precoce.

A exposição solar no Brasil é hábito cultural e está ligada a diversas atividades recreativas, e a proteção contra os efeitos deletérios do sol ainda é pouco valorizada, mesmo com campanhas de prevenção ao câncer de pele. Essas características são marcantes no estado de Santa

Catarina²⁵. Portanto é preciso desenvolver esforços junto à classe médica, aos gestores do sistema de saúde e aos formuladores de políticas de educação para que a prevenção do câncer de pele seja incorporada ao cotidiano da população e podendo ser iniciada já na infância, reduzindo, assim, a exposição cumulativa ao sol e suas consequências.

Sugere-se que estratégias educacionais no combate precoce sejam realizadas e incorporadas cada vez mais na cidade de Criciúma e região a fim de reduzir a incidência desta afecção, assim como diminuir a mortalidade por este tipo de câncer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Lotze MT et al. Cutaneous melanoma. In: De Vita, Hellman S, Rosenberg SA. (eds.) Principle and Oncology. 6 ed. Philadelphia: LippincottCompany 1993, p. 2012-2069.

2 - Fitzpatrick JE, Morelli JG. Dermatology Secrets in Color. 3ed. Philadelphia: Mosby, 2007.

3 - Azulay-Abulafia L et al. Atlas de dermatologia: da semiologia ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. il.

4 - Souza SRP, Fischer FM, Souza JMP. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão de literatura. Rev Saúde Pública. 2004; 38:588-98.

5 - Naser N. Melanoma cutâneo - estudo epidemiológico de 30 anos em cidade do sul do Brasil, de 1980-2009. An. Bras. Dermatol. vol.86 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000500011>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000500011>

6 - _____. Câncer de pele Melanoma 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: set/2010.

7 - Almeida FA, Almeida GO, Michalany NS. Melanoma cutâneo - Aspectos Clínicos. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S. Câncer da Pele. 1 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p.225-32.

8 - 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.

9 - INCA – Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007a.

10 - AJCC. American Joint Committee e Cancer Staging Manual. 6th ed. New York:Springer - Verlag; 2002.

11 - Marghoob AA, Koenig K, Bittencourt FV, Kopf AW, Bart RS. Breslow thickness and Clark level in melanoma: support for including level in pathology reports and in American Joint Committee on Cancer Staging. Câncer. 2000; 88 (3): 589-95.

- 12 - Longo et al. Medicina interna de Harrison. 18 ed, v1. Porto Alegre: AMGH, 2013.
- 13 - Habif TP. Doenças da pele: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 14 - INCA – Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2013a.
- 15 - Borges SZ, Bakos L, Cartell A, Wagner M, Agostini A, Lersch E. Distribution of clinical-pathological types of cutaneous melanomas and mortality rate in the region of Passo Fundo, RS, Brazil. *Int J Dermatol*. 2007; 46:679-86.
- 16 - Dennis LK. Increasing risk of melanoma with increasing age. *JAMA*. 1999; 282:1037-8.
- 17 – Lebsa-Weber A, Nunes DH, Souza Filho JJ, Carvalho- Pinto CJ. Avaliação de 496 laudos anátomo-patológicos de melanoma diagnosticados no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2007; 82:227-32.
- 18 – Rocha LB. Análise dos dados epidemiológicos e histopatológicos dos laudos anatomo-patológicos de melanoma cutâneo diagnosticados no município de Criciúma – SC. Junho de 2006. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.
- 19 - *An Bras Dermatol*. 2009; 84(4): 335-42.
- 20 – Konrad P et al. Perfil epidemiológico e histopatológico dos casos de melanoma cutâneo primário diagnosticados em Criciúma no período entre 2005 e 2007. *An. Bras. Dermatol*. vol.86 no.3 Rio de Janeiro May/June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000300006>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000300006>
- 21 - Chang AE, Karnell LH, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cutaneous and non cutaneous 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.
- 22 - Fernandes NC, Cardoso ICL, Maceira J, Perez M. Melanoma: estudo retrospectivo de 47 casos. *An Bras Dermatol*, Rio de Janeiro, 1996;71(5):381-385.
- 23 - 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
- 24 - 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.
- 25 - Sociedade Brasileira de Dermatologia. Análise de dados das campanhas de prevenção de câncer de pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. *An Bras Dermatol*. 2006;81:533-9.

Tabela 1. Características gerais da amostra

| Variáveis | Mediana (AIQ) ou n (%) |
|---------------------|------------------------|
| Idade (anos) | 53,98±18,63 |
| Faixa etária (anos) | |
| 10 - 20 Anos | 5 (3,8) |
| 20-30 Anos | 7 (5,3) |
| 30-40 Anos | 21 (15,8) |
| 40-50 Anos | 22 (26,5) |
| 50-60 Anos | 35 (26,3) |
| 60-70 Anos | 14 (10,5) |
| 70-80 Anos | 15 (11,3) |
| Maiores que 80 | 14 (10,5) |
| Sexo | |
| Masculino | 46 (34,6) |
| Feminino | 87 (65,4) |
| Ano do Diagnóstico | |
| 2010 | 24 (18,0) |
| 2011 | 18 (13,5) |
| 2012 | 23 (17,3) |
| 2013 | 40 (30,1) |
| 2014 | 28 (21,1) |
| Procedência | |
| Criciúma | 120 (90,2) |
| Interior | 13 (9,8) |

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2. Dados do Melanoma

| Variáveis | Mediana (AIQ) ou n (%) |
|--------------------------|------------------------|
| Tipo histológico | |
| Extensivo superficial | 74 (55,6) |
| Nodular | 42 (31,6) |
| Lentigo maligno | 13 (9,8) |
| Acral | 2 (1,5) |
| Outro | 2 (1,5) |
| Localização | |
| Não referida | 83 (62,4) |
| Tronco | 22 (16,5) |
| MMII | 14 (10,5) |
| MMSS | 10 (7,5) |
| Face | 4 (3,0) |
| Nível de Clark | |
| I | 28 (21,1) |
| II | 22 (16,5) |
| III | 26 (19,5) |
| IV | 49 (36,8) |
| V | 7 (5,3) |
| Não se aplica | 1 (0,8) |
| Índice de Breslow | |
| Não se aplica/in situ | 26 (19,5) |
| 0,1-0,75 | 35 (26,3) |
| 0,76-1,5 | 21 (15,8) |
| 1,51-4,0 | 26 (19,5) |
| Acima de 4,0 | 25 (18,8) |

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 3: Correlação entre Sexo do paciente e o Tipo histológico.

| | Sexo | | Valor - <i>p</i> |
|------------------|----------|-----------|------------------|
| | Feminino | Masculino | |
| Tipo histológico | | | |

| | | | |
|------------------|-----------|-----------|-------|
| Lentigo maligno | 8 (9,2) | 5 (10,9) | 0,010 |
| Ext. Superficial | 57 (65,5) | 17 (37,0) | |
| Nodular | 19 (21,8) | 23 (50,0) | |
| Acral | 1 (1,1) | 1 (2,2) | |
| Outro | 2 (2,3) | 0 (0,0) | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 4: Correlação entre localização no corpo e tipo histológico.

| Tipo Histológico | Localização | | | | Valor - <i>p</i> |
|------------------|-------------|--------|------|------|------------------|
| | Face | Tronco | MMSS | MMII | |
| | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-------|
| Lentigo maligno | 0 (0,0) | 3 (13,6) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 10 (12,0) | 0,009 |
| Ext. Superficial | 2 (50,0) | 13 (59,1) | 4 (40,0) | 8 (57,1) | 47 (56,6) | |
| Nodular | 2 (50,0) | 6 (27,3) | 5 (50,0) | 3 (21,4) | 26 (31,3) | |
| Acral | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (14,3) | 0 (0,0) | |
| Outro | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (10,0) | 1 (7,1) | 0 (0,0) | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 5. Correlação entre localização na pele com e o sexo do paciente.

| | Sexo | | Valor - <i>p</i> |
|--|----------|-----------|------------------|
| | Feminino | Masculino | |

Localização

| | | | |
|------------------|-----------|-----------|-------|
| Face/c. cabeludo | 3 (3,4) | 1 (2,2) | 0,177 |
| Tronco | 11 (12,6) | 11 (23,9) | |
| MMSS | 9 (10,3) | 1 (2,2) | |
| MMII | 11 (12,6) | 3 (6,5) | |
| NR | 53 (60,9) | 30 (65,2) | |

Fonte: Dados da pesquisa.