



CASO CLÍNICO

Melanoma primário no escroto: é hora de desestigmatizar as lesões genitais^{☆,☆☆}

Ezgi Özkur * e İlknur Kıvanç Altunay 

Departamento de Dermatologia do Hospital de Treinamento e Pesquisa Şişli Etfal, Universidade de Ciências da Saúde, Istanbul, Turquia

Recebido em 11 de novembro de 2018; aceito em 31 de dezembro de 2018
Disponível na Internet em 14 de dezembro de 2019

PALAVRAS-CHAVE

Escroto;
Melanoma;
Neoplasias
urogenitais

Resumo Os melanomas primários na região genital em homens são muito raros e estão associados a uma alta mortalidade e reconhecimento tardio. O melanoma escrotal é a apresentação menos comum, com apenas 23 casos relatados. Neste trabalho, os autores apresentam o caso de um paciente de 30 anos com melanoma escrotal de estágio IIIC (T4b, N2a, M0), relatam as características, o tratamento e o desfecho. O estudo destaca ainda a importância do exame genital, da informação sobre o autoexame e da desestigmatização das lesões genitais para aumentar a probabilidade de detecção precoce.

© 2019 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

Os melanomas primários da região genital em homens são muito raros; entre eles, o melanoma escrotal é o menos comum, com apenas 23 casos relatados na literatura médica.¹ Os melanomas do aparelho genitourinários (GU) podem surgir na superfície cutânea (escroto e pênis) ou na mucosa (urotelial). Estima-se que os melanomas GU primários representem menos de 1% de todos

os melanomas.² Infelizmente, esses pacientes geralmente apresentam doença em estágio avançado e resultados mais desfavoráveis.³ Neste trabalho, os autores apresentam o caso de um paciente com melanoma escrotal, relatam as características, o tratamento e o desfecho. O estudo destaca também a importância do exame genital.

Relato de caso

O paciente, de 30 anos, apresentava história de lesão de coloração preta no escroto, que havia começado um ano antes e aumentara gradualmente. O paciente relatou ter aguardado um ano, esperou cura espontânea, por ter vergonha de fazer um exame genital. Não apresentava sintomas sistêmicos ou histórico médico de qualquer doença. No exame físico, descobriu-se uma mácula de 5 cm de diâmetro, de cor preto-azulada, no lado esquerdo do escroto, com um nódulo róseo bem circunscrito de 3 cm de diâmetro, não doloroso, sobre a mácula (fig. 1). O exame físico

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2018.12.005>

☆ Como citar este artigo: Özkur E, Altunay İK. Primary scrotal melanoma: it is time to destigmatize genital lesions. An Bras Dermatol. 2019;94:721-3.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital de Treinamento e Pesquisa Şişli Etfal, Universidade de Ciências da Saúde, Istanbul, Turquia.

* Autor para correspondência.

E-mail: ezgierdal@hotmail.com (E. Özkur).



Figura 1 Mácula melanocítica de cor azul-preta, com tumor rosado sobreposto.

e as investigações laboratoriais de rotina não apresentaram outras alterações. Os autores fizeram uma biópsia de 4 mm no nódulo. A histopatologia evidenciou um melanoma nodular composto de melanócitos atípicos, formando ninhos na derme, com frequentes figuras de mitose e imunorreatividade com S-100 e Melan-A (fig. 2). Foi feita uma ampla excisão local, com margens cirúrgicas de 2 cm. A microestadiamento foi T4b, com espessura de Breslow de 6 mm, nível IV de Clark, ulceração e 6 mitoses/mm², sem invasão vascular ou linfática, nem microssatelitose; o tumor também foi positivo para a mutação BRAF V600. Na biópsia do linfonodo sentinela, detectou-se metástase em dois linfonodos sem extensão extracapsular. Duas semanas depois, foi feita dissecação eletiva dos linfonodos regionais, mas não se detectou qualquer comprometimento. A tomografia computadorizada por emissão de pósitrons não apresentou evidências de doença metastática. A doença foi classificada como estágio IIIC (T4b, N2a, M0) com base na diretriz de estadiamento de melanomas do *American Joint Committee on Cancer*. O paciente foi encaminhado ao departamento de oncologia médica e iniciou alta dose de interferon α -2b (20.000.000 UI/m², cinco dias por semana) por um mês,

seguido de injeções subcutâneas (10.000.000 UI/m², três vezes por semana). O paciente foi submetido a exame clínico a cada três meses e não foi observada recidiva nem metástase a distância durante o primeiro ano de seguimento.

Discussão

Os melanomas da região escrotal estão associados a uma alta mortalidade e detecção tardia. Zikry et al.¹ fizeram uma revisão sistemática da literatura, identificaram 23 casos de melanoma escrotal. Esses autores descobriram que, em 18,75% dos casos, o tumor estava no estágio I/II, em 56,3%, no estágio II; e em 25%, estágio IV. Por outro lado, 84% dos casos de melanoma cutâneo típico apresentam-se como estágio I/II. Eles também relataram recidiva em metade dos pacientes. Sanchez-Ortiz et al.² relataram que, embora um controle local efetivo seja observado em pacientes submetidos a escrotoectomia, eles podem permanecer em risco significativo de recidiva regional. Os mesmos pesquisadores sugeriram que uma excisão local ampla e linfadenectomia profilática modificada devem ser feitas em pacientes com melanoma escrotal com uma espessura de Breslow de 1 mm ou mais, ulceração ou nível de Clark IV ou V. No presente paciente, inibidores de BRAF não foram usados, já que o seguro de saúde apenas cobriria os custos desse tratamento em caso de doença metastática a distância.

As evidências atuais indicam que os melanomas GU primários detectados em fases tardias apresentam resultados mais desfavoráveis; por isso, é muito importante que os dermatologistas façam exames genitais detalhados. A literatura não apresenta dados claros quanto à incidência, às características clinicopatológicas, ao tratamento e aos índices de sobrevivência para o melanoma primário GU.⁴ Assim, não está claro se o estágio avançado dos melanomas GU na apresentação é causado pela detecção tardia ou pelas características intrínsecas do tumor.

Houston et al. sugeriram que os pacientes são mais propensos a concordar com um exame de pele completo quando suas preferências em relação ao gênero do médico são

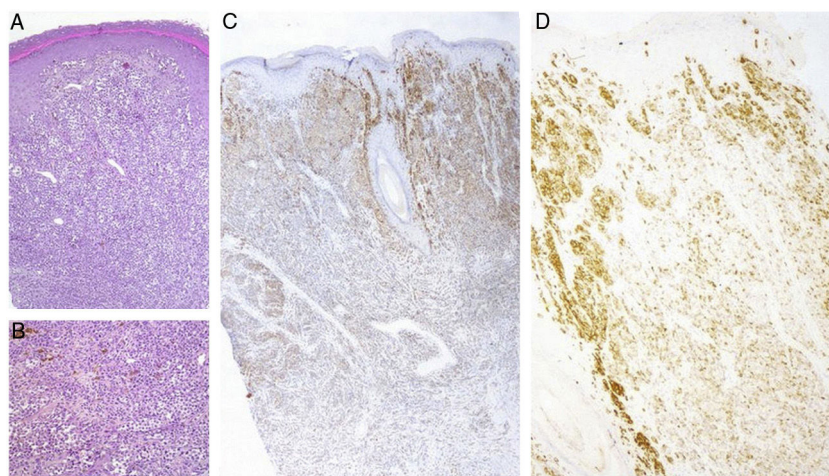


Figura 2 A, Cortes histológicas coradas com Hematoxilina & eosina (20 \times) evidenciaram neoplasia na derme, composta de melanócitos atípicos sem conexão com a epiderme; B, Melanócitos atípicos (Hematoxilina & eosina, 40 \times); C, Imunomarcagem com Melan-A; D, Imunomarcagem com HMB-45.

respeitadas.⁵ Com relação ao posicionamento dos pacientes durante esses exames genitais, Zikry et al.⁶ recomendaram que a genitália masculina seja examinada com o paciente em pé e o médico sentado em um banco diante do paciente. Além disso, esses autores acrescentaram que os exames da pele genital masculina devem incluir a retração do prepúcio e a inspeção das faces dorsal e ventral do pênis, bem como todas as partes do escroto. Além disso, é importante educar os pacientes sobre o autoexame e desestigmatizar as lesões genitais para aumentar a probabilidade de detecção precoce e melhores taxas de sobrevida.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ezgi Ozkur: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

İlknur Kıvanç Altunay: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Zikry J, Chapman LW, Korta DZ, Smith J. Scrotal melanoma: a systematic review of presentation, treatment, and outcomes. *Dermatol Surg.* 2017;43:765–70.
2. Sánchez-Ortiz R, Huang SF, Tamboli P, Prieto VG, Hester G, Pet-taway CA. Melanoma of the penis, scrotum and male urethra: a 40-year single institution experience. *J Urol.* 2005;173:1958–65.
3. Sanchez A, Rodríguez D, Allard CB, Bechis SK, Sullivan RJ, Boeke CE, et al. Primary genitourinary melanoma: epidemiology and disease-specific survival in a large population-based cohort. *Urol Oncol.* 2016;34(166), e7-14.
4. van Geel AN, den Bakker MA, Kirkels W, Horenblas S, Kroon BB, de Wilt JH, et al. Prognosis of primary mucosal penile melanoma: a series of 19 Dutch patients and 47 patients from the literature. *Urology.* 2007;70:143–7.
5. Houston NA, Secrest AM, Harris RJ, Mori WS, Eliason MJ, Phillips CM, et al. Patient preferences during skin cancer screening examination. *JAMA Dermatol.* 2016;152:1052–4.
6. Zikry J, Chapman LW, Korta DZ, Smith J. Genital melanoma: are we adequately screening our patients? *Dermatol Online J.* 2017;23, pii: 13030/qt7zk476vn.