

Jéssica Vianna Starek <sup>1</sup>  <sup>a,\*</sup>,  
 Cristina Santos Ribeiro Bechara <sup>2</sup>  <sup>a</sup>,  
 Mariana Reis e Rocha Dultra <sup>3</sup>  <sup>a</sup>  
 e Juliana de Moraes Fernandes Krakheche <sup>4</sup>  <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil

<sup>b</sup> Ambulatório de Dermatologia Geral e Psoríase grave do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [jessicastarek@gmail.com](mailto:jessicastarek@gmail.com) (J.V. Starek).

Recebido em 18 de outubro de 2020; aceito em 9 de novembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.09.025>

2666-2752/ © 2021 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/>).

## Melanose tumoral sem metástase: um relato com três anos de seguimento <sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

Melanose tumoral é manifestação clínica rara de um melanoma completamente regredido, geralmente representado por lesão pigmentada clinicamente suspeita de melanoma invasivo. O exame histopatológico revela infiltrado dérmico denso de melanóforos, porém sem melanócitos atípicos.<sup>1</sup> O prognóstico dessa entidade incomum é incerto, mas foram descritas metástases durante o seguimento ou mesmo no momento do diagnóstico.<sup>2</sup>

Apresentamos o caso de paciente do sexo feminino, branca, 56 anos de idade, sem história prévia de queimaduras solares, com lesão pigmentada escura no dorso com 1,2 cm de diâmetro e halo hipopigmentado, detectada durante consulta médica e sem histórico de crescimento. Na dermatoscopia foram observadas áreas de *peppering* na periferia, irregularidade das bordas e véu cinza-azulado (fig. 1). Não foram encontrados linfonodos endurecidos ou aumentados durante a palpação.

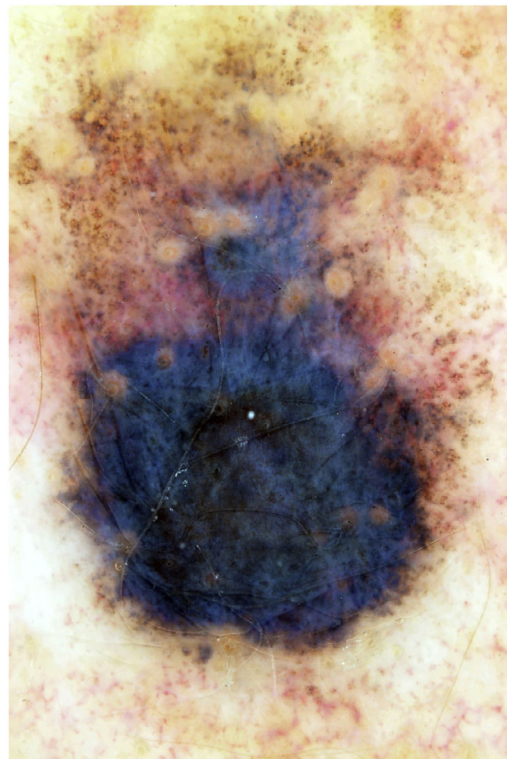
Foi realizada biópsia excisional com 2 mm de margem, com a hipótese de melanoma; o exame histopatológico revelou múltiplos agregados de melanóforos na derme reticular (Clark III), melhor visualizados após contracoloração com Giemsa (figs. 2 e 3). O diagnóstico de melanose tumoral foi estabelecido, e optou-se pela ampliação com margens de 2 cm de diâmetro. O exame clínico e a tomografia computadorizada do corpo total não revelaram lesões metastáticas. Foi realizada ultrassonografia de abdome e linfonodos, sem a presença de aumento ou sinais de metástase. A paciente foi mantida em acompanhamento clínico a cada três meses, por três anos consecutivos, sem sinais de recorrência local da lesão ou metástase, confirmada pelo exame clínico e ultrassonográfico.

Regressão é ocorrência comum na neoplasia melanocítica, esperada em aproximadamente 30% dos casos. Geralmente ocorre de modo focal e parece ter pouco

ou nenhum efeito no prognóstico do melanoma excisado. No entanto, extensas áreas de regressão estão associadas a pior prognóstico.<sup>3</sup> Dado que a melanose tumoral representa regressão completa das células atípicas melanocíticas, elas também podem ser encontradas nos linfonodos com sinais clínicos de metástase. Também são relatados casos de melanose tumoral após tratamento de melanoma metastático com anticorpos monoclonais (por exemplo, dabrafenibe/trametinibe).<sup>4</sup>

Na literatura, existem dados conflitantes sobre o efeito prognóstico da regressão no melanoma. Sugere-se que a regressão parcial em menos de 50-75% das células tumorais não afete o prognóstico, enquanto a regressão completa ou extensa acima desse percentual de tecido tumoral está associada à doença metastática.

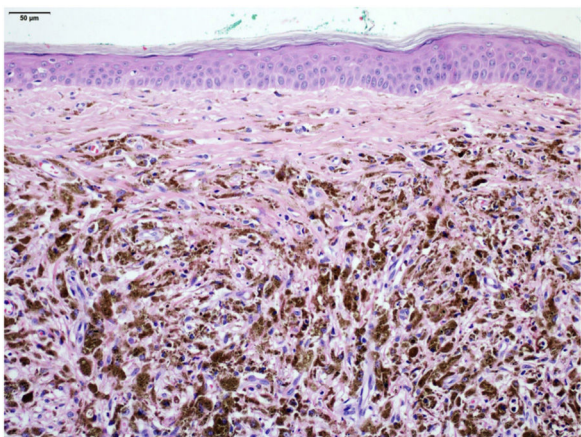
O nível do infiltrado de melanóforos é comumente correlacionado com a invasividade da lesão anterior, além de outros sinais histopatológicos, como elastose solar, na



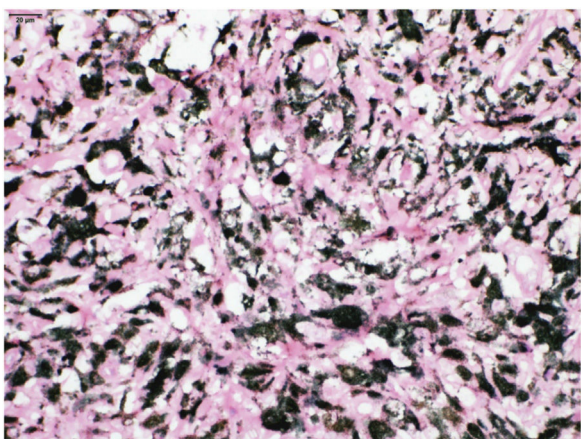
**Figura 1** Lesão enegrecida, com 1,2 cm de diâmetro, com halo hipopigmentado; na dermatoscopia, irregularidade das bordas e véu cinza-azulado.

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Miola AC, Esposito AC, Stolf HO, Miot AA. Tumoral melanosis without metastasis: a report after three years of follow-up. *An Bras Dermatol*. 2021;96:797–8.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.



**Figura 2** Magnificação: intenso infiltrado de melanóforos na derme (Hematoxilina & eosina, 100 ×).



**Figura 3** Presença de macróforos abarrotados de pigmento melânico (melanóforos), melhor evidenciados no H&E após contracoloração com Giemsa.

melanose tumoral.<sup>5</sup> No caso apresentado, embora os melanóforos estejam situados na derme – sem contato com a epiderme, o que dificulta a alegação de que é o caso de uma lesão primária –, acreditamos que o paciente apresentava um melanoma fino que evoluiu para regressão completa, o que explica o acompanhamento sem recidiva ou metástase durante o período de três anos.

Este caso relata a importância do conhecimento desse aspecto histopatológico incomum da lesão e de se considerar a necessidade de acompanhamento próximo, mesmo em casos com aparente boa evolução.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Anna Carolina Miola: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação

intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Ana Claudia Cavalcante Esposito: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Hamilton Ometto Stolf: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Helio Amante Miot: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Barr RJ. The many faces of completely regressed malignant melanoma. *Pathology*. 1994;2:359–70.
2. Satzger I, Völker B, Kapp A, Gutzmer R. Tumoral melanosis involving the sentinel lymph nodes: a case report. *J Cutan Pathol*. 2007;34:284–6.
3. Guitart J, Lowe L, Piepkorn M, Prieto VG, Rabkin MS, Ronan SG, et al. Histological characteristics of metastasizing thin melanomas: a case-control study of 43 cases. *Arch Dermatol*. 2002;138:603–8.
4. Laino A, Shepherd B, Atkinson V, Fu H, Soyer HP, Schaidler H, et al. Tumoral melanosis associated with combined BRAF/MEK inhibition (dabrafenib/trametinib) in metastatic melanoma. *JAAD Case Rep*. 2018;4:921–3.
5. Kaur C, Thomas RJ, Desai N, Green MA, Lovell D, Powell BWEM, et al. The correlation of regression in primary melanoma with sentinel lymph node status. *J Clin Pathol*. 2008;61:297–300.

Anna Carolina Miola <sup>a,\*</sup>,  
 Ana Claudia Cavalcante Esposito <sup>a</sup>,  
 Hamilton Ometto Stolf <sup>a,b</sup>  
 e Helio Amante Miot <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

<sup>b</sup> Disciplina de Dermatologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [anna.c.miola@unesp.br](mailto:anna.c.miola@unesp.br) (A.C. Miola).

Recebido em 18 de dezembro de 2019; aceito em 28 de abril de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.09.001>  
 2666-2752/ © 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).