



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Avaliação da influência do grupo racial dos portadores do melanoma maligno: Revisão sistemática da literatura

Rafael Cavalcanti Mota

Salvador (Bahia)
fevereiro, 2014

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Mota, Rafael Cavalcanti

M917 Avaliação da influência do grupo racial dos portadores do melanoma maligno:
revisão sistemática da
Literatura / Rafael Cavalcanti Mota. Salvador:RC, MOTA, 2014

VIII: 30fls.: il. [fig.].

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Juliana Dumet Fernandes.

Monografia (Conclusão de Curso) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia,
Salvador, 2014

1. Melanoma. 2. Multiétnico. 3. Raça. 4. Etnia. I. Fernandes, Juliana Dumet. II.
Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. III. Título.

CDU: 616-006.81



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Avaliação da influência do grupo racial dos portadores do melanoma maligno: Revisão sistemática da literatura

Rafael Cavalcanti Mota

Professor orientador: **Juliana Dumet Fernandes**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2013.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
fevereiro, 2014

Monografia: Avaliação da influência do grupo racial dos portadores do melanoma maligno: revisão sistemática da literatura, de Rafael Cavalcanti Mota.

Professor orientador: **Juliana Dumet Fernandes**

COMISSÃO REVISORA:

- **Juliana Dumet Fernandes** (Presidente), Professor Adjunto I do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Marcia Sacramento Cunha Machado**, Professora Adjunto I do Departamento de Ginecologia-Obstetria RH da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Marcus Antonio Mello Borba**, Professor Adjunto I do Departamento de Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Clara Mônica Lima**, Doutorando do Curso de Doutorado do Programa de Pós graduação em Ciências da Saúde (PPgCS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VI Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

“Slow down your mind
Feel the unknown spaces with truth and lie
If you can find the time
Time seems so slow
Now we're stuck here asking, where did it go?
And what are we here for?...”
(Extraído da música Jacksonville de *Bradon Flowers*)

Aos meus pais e minha irmã.

EQUIPE

- Rafael Cavalcanti Mota, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.. Correio-e: rafacmota@hotmail.com
- Juliana Dumet Fernandes, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
➤ Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao minha Professora orientadora, Doutora Juliana Dumet Fernandes, pela presença constante, dedicação e substantivas orientações acadêmicas.
- ◆ Aos meus amigos e futuros colegas de profissão, Adriano Guimarães, Mateus Majdalani e Larissa Cabral, pelos constantes incentivos e transmissão sobre conhecimento e metodologia científica.
- ◆ Ao acadêmico Bruno Oliveira pela substancial ajuda na elaboração e formatação da fundamentação teórica.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS	2
1. RESUMO	3
2. OBJETIVOS	4
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
4. METODOLOGIA	8
4.1 PROCURA DOS DADOS E FONTE	8
4.2 SELEÇÃO DOS ESTUDOS	8
4.3 EXTRAÇÃO DOS DADOS	8
5. RESULTADOS	9
5.1. ACHADOS DA BUSCA	10
5.2. ETNIA E TIPO HISTOLÓGICO DA LESÃO	11
5.3. ETNIA E SÍTIO PRIMARIO DA LESÃO	12
5.4. ETNIA E ESPESSURA MÉDIA/BRESLOW	13
5.5. ETNIA E IDADE	14
6. DISCUSSÃO	15
6.1. ASPECTOS GERAIS	15
6.2. TIPOS HISTOLÓGICOS E ETNIA	16
6.3. SITIO PRIMARIO E ETNIA	16
6.4. NÍVEIS DE BRESLOW E ETNIA	17
6.5. IDADE E ETNIA	17
6.6. ASPECTOS ÉTICOS	17
6.7. ASPECTOS SOCIAIS	18
7. SUMMARY	19
8. REFERÊNCIAS	20

ÍNDICE DE QUADROS E FÍGURAS

FIGURA 1	
Diagrama Prisma	9
QUADRO 1	
Índice Breslow	6
QUADRO 2	
Nível de Clark	6
QUADRO 3	
Relação de Artigos, Raças, tipo histológico prevalente e país de origem do estudo	10
QUADRO 4	
Relação entre Raça/Etnia e Sítio Primário do MM	12
QUADRO 5	
Relação dos artigos, raça, espessura média e idade média	14

1 RESUMO

AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DO GRUPO RACIAL DOS PORTADORES DO MELANOMA MALIGNO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.

O Melanoma Maligno (MM) é uma das neoplasias mais incidentes na população mundial e é o tumor de pele que possui maior grau de malignidade. Os fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem fatores familiares e de ordem física. Alguns estudos mostraram que as características clínicas, patológicas, sítio anatômico e prognóstico diferem significativamente entre as diferentes etnias. O seu diagnóstico é clínico e histopatológico e pode ser classificado em 5 tipos: Extensivo Superficial (MES), Lentigo Maligno (LMM), Lentiginoso Acral (MLA), Nodular (MN) e Amelanótico (MA).

Objetivo: Investigar a influência dos fatores raciais no comportamento do melanoma maligno.

Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, feita a partir do levantamento de artigos nos bancos de dados Pubmed e Scielo.

Resultados: Foram analisados 13 artigos, resultando nas seguintes informações: no grupo étnico asiático, o MES foi o tipo mais comum, seguido pelo tipo MLA. Para este grupo, o sítio primário mais prevalente foi o membro inferior, seguido por lesões no tronco. Para negros, o MLA foi tipo mais prevalente, seguido pelo MES, sendo que nesta etnia e os sítios mais comuns de lesão primária foram os membros inferiores e pés, seguidos por lesões de tronco. Na população branca, o MES foi o tipo de MM encontrado com maior frequência, enquanto que o MN ocupou a segunda posição. Para esta categoria étnica, o sítio mais prevalente das lesões primárias foi o tronco. As variações do nível de Breslow foram: Asiáticos Tis-TV; Asiáticos sem chineses Tis-TI; Negros TII-TIII; Brancos Tis-TII; Maori TII; PP TIII. A faixa de idade em que se percebeu o aparecimento da primeira lesão foi entre 50 e 60 anos para todas as raças. **Discussão:** Existe influência do grupo étnico racial sobre os subtipos histológicos e sítio primário da lesão do MM. A diversidade de raças dificulta uma análise precisa desta relação, com isso, novos estudos devem ser feitos para um melhor entendimento da doença, repercutindo, assim, na conduta médica e ajudando no planejamento de ações de tratamento e prevenção dos MM.

Palavras-chave: 1. Melanoma; 2. Multiétnico; 3.Raça; 4.Etnia.

2 . OBJETIVO

PRINCIPAL

Investigar a influência dos fatores raciais no comportamento do Melanoma Maligno.

3. FUNDAMENTOS

O Melanoma Maligno (MM) é o tumor de pele que possui maior malignidade, ocorrendo geralmente na fase adulta (entre 30 e 60 anos)(1). Pode ocorrer em qualquer área de pele, particularmente na face, região plantar, mucosas, tronco e região lombar. Atualmente, dentre as neoplasias, o MM é aquele que possui uma das maiores incidências na população mundial, chegando a ser o 6º câncer mais diagnosticado entre homens e mulheres nos Estados Unidos (2). Além disso, sua mortalidade chega a 75% dos casos relacionados aos tumores de pele e 1% a 2% de todas as mortes por câncer nos Estados Unidos(3). No Brasil, segundo estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o ano de 2012 foram propostos 6320 novos casos de Melanoma, sendo 3170 em homens e 3060 em mulheres, e, no ano de 2010, estimou-se 1507 mortes relacionadas a este tipo de câncer, sendo 842 óbitos em homens e 665 em mulheres(4).

Os fatores de risco para o melanoma podem ser divididos, dentre outros, em fatores familiares e fatores de ordem física. Em relação aos primeiros tem-se: nevos displásicos, grande quantidade de nevos, sardas, história familiar de melanoma, olhos claros e cabelos ruivos ou loiros. Já como fatores de ordem física há a exposição intermitente à luz solar e o acúmulo de elevadas taxas de radiação ultravioleta (1, 5). Por outro lado, como fator de proteção pode-se citar a densidade aumentada de melanina, a qual reduz o risco de MM induzido pela radiação solar. (6)

É senso comum que os fatores étnicos e raciais influenciam no comportamento do MM. Alguns estudos mostraram que as características clínicas e patológicas, o sítio anatômico e o prognóstico diferem significativamente entre as diferentes etnia (7, 8). Isso pode explicar o porquê do melanoma maligno possuir diferentes características no grupo étnico calcasiano (brancos) em relação às outras etnias.

Contudo, a ação dos fatores étnicos e raciais no comportamento dos MM ainda não é bem esclarecida e a diversidade e miscigenação de etnias dificulta que haja uma análise precisa da

relação entre a doença e os fatores raciais. A doença apresenta, ainda, diversos fatores prognósticos que independem da etnia (9). Soma-se a isso o fato de que existem poucos estudos que relacionam o comportamento do MM à raça, sendo que os estudos existentes, em geral, não contemplam uma grande variedade de etnias.

O diagnóstico do MM é clínico e histopatológico. Para a avaliação das lesões onde há suspeita de MM deve-se observar determinadas características: assimetria da lesão, bordas irregulares, cor acentuada ou variedades de tons da lesão, diâmetro maior que 0,6mm e evolução de acordo com suas características histológicas e clínicas. Podem-se classificar os MM em 5 tipos: Extensivo Superficial (MES); Lentigo Maligno (MLM); Lentiginoso Acral (MLA); Nodular (MN); Amelanótico (MA). Seu estadiamento é feito de acordo com as classificações de Breslow e Clark.(1) (Quadro 1, Quadro 2)

Quadro 1- Classificação do Melanoma Maligno Primário Cutâneo – Índice de Breslow.

Espessura	Classificação
In Situ	In Situ
Até 0,75 mm	MM I
De 0,75 a 1,5 mm	MM II
De 1,5 a 3 mm	MM III
De 3 a 4 mm	MM IV
Além de 4 mm	MM V

Fonte: SAMPAIO, 2007

Quadro 2- Classificação do Melanoma Maligno Primário Cutâneo – Nível de Invasão de Clark.

Nível (N)	Localização
I	In situ, intra-epidérmico
II	Invasão da derme papilar
III	Invasão da derme papilar, até o limite da derme papilar-reticular
IV	Invasão da derme reticular
V	Invasão da hipoderme

Fonte: SAMPAIO, 2007

Em geral os níveis de Breslow e Clark definem a conduta terapêutica e as taxas de cura estão relacionadas com o estadiamento do tumor no momento da excisão cirúrgica. A depender do estadiamento pode ser indicada uma linfadenectomia regional (1). Quando diagnosticado cedo, o MM é amplamente curável com excisão cirúrgica (10). A radioterapia e a imunoterapia também são métodos de tratamento (1).

Estudos sobre a influência dos fatores étnicos no comportamento clínico do melanoma certamente contribuirão para uma melhor compreensão desta doença de alta morbidade, repercutindo, também, na conduta médica e no planejamento de ações de combate e prevenção ao MM.

Neste contexto foi realizada esta revisão sistemática da literatura que tem por objetivo definir as principais diferenças em relação às distintas raças no comportamento do melanoma maligno. Sendo assim, os resultados deste trabalho reuniram as informações da literatura médica, tópicos já elucidados no tema em questão, bem como as lacunas ainda presentes e que podem ser objeto de futuras pesquisas.

4. METODOLOGIA

4.1 PROCURA DOS DADOS E FONTE

Foi realizado uma busca sistemática nos bancos de dados Pubmed e Scielo com utilização das seguintes palavras-chave: “*Melanoma and Race*”, “*Melanoma and Ethnicity*”, “*Melanoma and Multiethnic*”. A busca foi limitada a estudos redigidos em inglês e português, com as palavras-chaves e ter sido publicado entre 01/01/2002 e 31/12/2012.

4.2 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

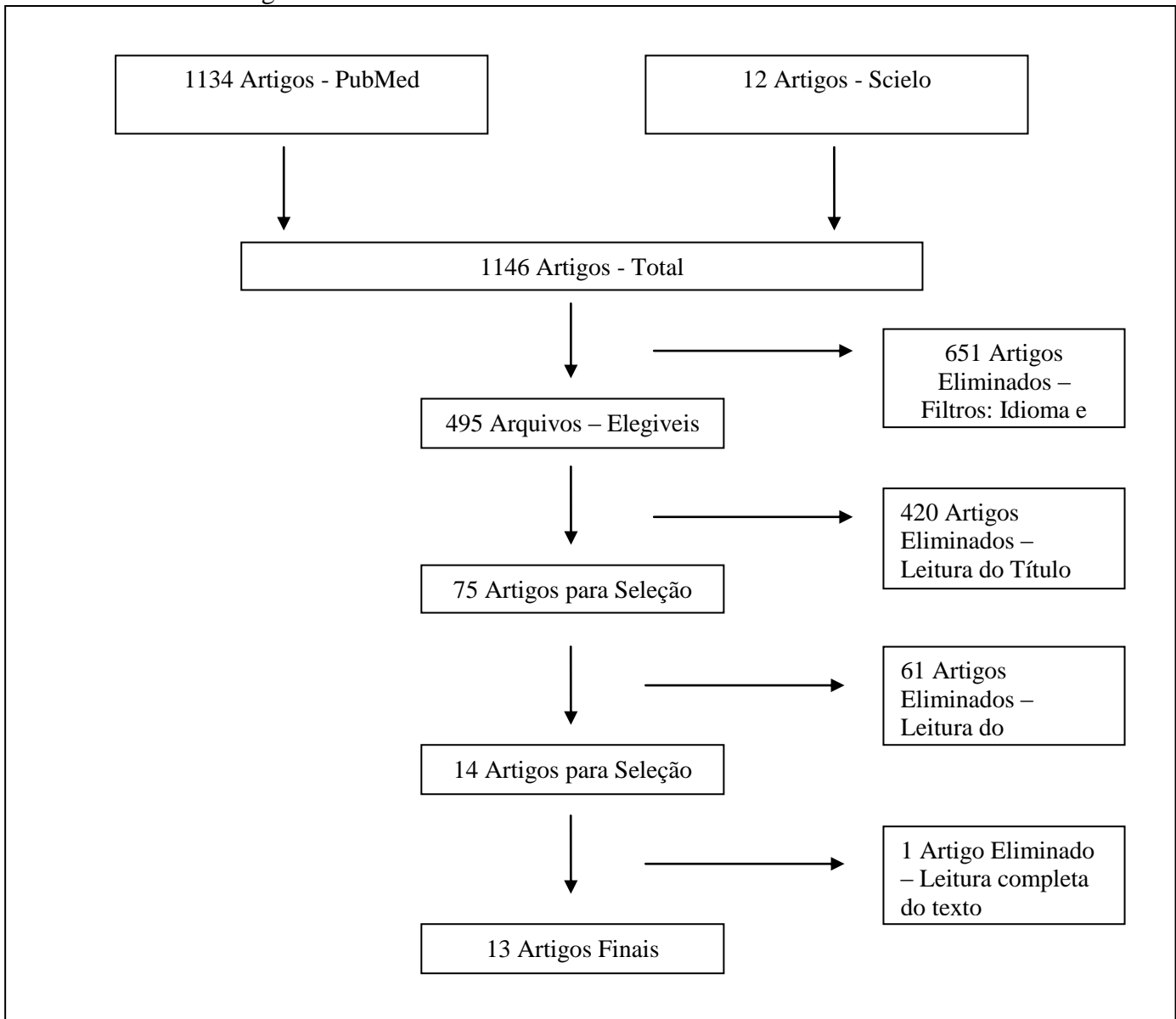
Os critérios de elegibilidade dos estudos foram: 1- Possuir correlação entre melanoma e etnia, grupo étnico ou epidemiologia do melanoma 2- O artigo deve correlacionar Melanoma com comportamento racial. Os critérios de exclusão foram: 1- Não possuir boa validade interna e 2- Ter sido publicado fora do tempo pré-delimitado. Após eleição dos artigos, estes, foram selecionados pela: 1- Leitura do Título, 2- Leitura do “*Abstract*”, 3- Leitura completa do artigo.

4.3 EXTRAÇÃO DOS DADOS

Este estudo foi realizado de acordo com as recomendações do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*) Statement para relatos de revisão sistemática e meta-análise (figura 1). Dois revisores (J.D e R.M) extraíram os dados dos bancos de forma independente. As discordâncias entre os revisores foram resolvidas por consenso quando necessário.

5.3 RESULTADOS

FIGURA 1 - Diagrama PRISMA.



5.1 ACHADOS DA BUSCA

A busca na literatura identificou 1146 artigos, dos quais 75 foram selecionados por leitura do título, destes, 35 foram selecionados por leitura do “*abstract*” e, por fim, 13 foram selecionados por leitura completa e por atingirem os critérios ideais de inclusão. (Figura 1)

Quadro 3 - Relação de Artigos, Raças, tipo histológico prevalente e país de origem do estudo.

Artigos	Raças/Etnias	Tipos Histológicos Prevalentes	Raças/Etnias	Tipos Histológicos Prevalentes	País de Origem do Estudo
1. Martin et al. 2003	Caucasian(n=4966)	1.MES 2.MN	#	#	New Zeland
2. Hemmings et al. 2004	Whites	#	Non Whites	#	USA
3. Luk et al. 2004	Chinese(n=63)	1.MLA 2.MN	#	#	Hong Kong
4. Byrd et al. 2004	Caucasian(n=613)	-	AA (n=36)	1.MLA	USA
5. Cormier et al. 2006	Asian(n=394) AI(n=52) Hipanic(n=932) Whites(n=48143)	SS 1.MES 2.MN	AA(n=251)	SS 1.MES 2.MLA	USA
6. Wu et al. 2006	Asian(n=974) AI(n=567) Hispanic(n=5613) White(n=274052)	SS 1.MES 2.MN	Blacks(n=1396)	SS 1.MLA 2.MES	USA
7. Ferrari Junior et al. 2008	Whites(n=314)	1. MES 2.MN	Non-whites(n=50)	1.MLA 2.MN	Brasil
8. Shin et al. 2008	Asian(n=1232)	SS 1.MES 2.MN	Non-Hispanic- Whites(n=409564)	SS 1.MES 3.MLM	USA
9. Sneyd et al. 2009	Asian Maori Europeans	SS 1.MES 3.MN	Pacific People	SS 1.MLA	New Zeland
10. Chi et al. 2011	Chinese(n=522)	1.MLA 2.M.Muc. 3.MN	#	#	China
11. Sneyd et al. 2011	Maori(n=131) Europeans(n=14646)	1.MES 2.MN SS-Maori	Pacific People(n=25)	1.MLA 2.MN	New Zeland
12. Myles et al. 2012	Blacks(n=1439)	#	#	#	USA
13. Lee et al.2012	Asian(n=47)	1.MLA 2.MES	Caucasian(n=7)	1.MES 2.MN	Singapore

- Falta de dados

SS- Melanoma sem subtipo histológico

AA- African American AI-American Indian M muc- Melanoma Mucoso

5.2 RAÇA E TIPO HISTOLÓGICO DA LESÃO

A relação entre raça e tipo histológico primário do MM foi descrito em 10 dos 13 estudos. Para o grupo asiático (“*Asian*”, “*Chinese*”), existe uma concordância de 4 estudos (Cornier et al. 2006, Shin et al. 2008, Sneyd et al. 2009 e Wu et al. 2012) no que se diz respeito ao tipo histológico do MM mais prevalente, mostrando que o MES é a lesão com maior prevalência, seguida pelo MN. Contudo, para estudos com a população Chinesa (Luk et al. 2004 e Chi et al. 2011) e para o trabalho de Lee et al, 2012 que tem a maior parte da população chinesa, demonstra-se que em relação a este povo asiático específico, os subtipos histológicos mais comuns são o MLA e MN. (Quadro 3)

Para o grupo populacional intitulado de “*pacific people*”, dois estudos possuem resultados semelhantes mostrando que o melanoma mais frequente nesta população é o MLA seguido do MN (Sneyd et al. 2009 e Sneyd et al. 2011). Considerando melanomas sem subtipo histológico específico – SS, esta população também possui grande quantidade de melanomas sem definição histológica (Sneyd et al. 2009). (Quadro 3)

Na população negra (“*blacks*”, “*african americans*”) os dados são divergentes em seus resultados. Enquanto os estudos de Bryd et al. 2004 e Wu et al. 2006 convergem para uma maior prevalência do subtipo MLA, seguido pelo MES (Wu et al.), o estudo de Cormier et al.2006 mostra maior prevalência para MES e MLA respectivamente. (Quadro 3)

A população branca (“*european*”, “*calcasian*”, “*whites*”) apresenta maior prevalência para o MES seguido do MN (Martin et al. 2003, Wu et al. 2006, Cormier et al. 2006, Ferrari Junior et al. 2008, Sneyd et al. 2009, Lee et al. 2011), contudo, para o artigo 5, a segunda maior prevalência é referente o MLM. (Quadro 3)

As etnias “maori” (artigos 6 e 8), “*american indians*”(artigos 2 e12) e “*hispanics*”(artigos 2 e 12) possuem taxas semelhantes de apresentação dos subtipos histológicos do MM, sendo o primeiro o MES e o segundo o MN. (Quadro 3)

5.3 RAÇA E SÍTIO PRIMÁRIO DA LESÃO

Quadro 4 - Relação entre Raça/Etnia e Sítio Primário do MM.

Artigos	Raças/Etnias	Sítio Primário do MM	Raças/Etnias	Sítio Primário do MM	País de Origem do Estudo
1. Martin et al. 2003	Caucasian(n=2419)	1.Tronco(M) 2.Face(M)	Caucasian(n=2547)	1.Face(F) 2.Tronco(F)	New Zeland
2. Hemmings et al. 2004	Whites	1.Membros	Non Whites	1.Membros	USA
3. Luk et al. 2004	Chinese(n=63)	1.Pé	#		Hong Kong
4. Byrd et al. 2004	Caucasian(n=613)	1.Tronco 2.MMII	AA (n=36)	1.Pé 2.MMII	USA
5. Cormier et al. 2006	AI(n=52) Whites(n=48143)	1.Tronco	AA(n=251) Hispanic(n=932) Asian(n=394)	1.MMII 2.Tronco	USA
6. Wu et al. 2006	AI(n=567) White(n=274052)	1.Tronco 2.MMSS	Blacks (n=1396) Asian(n=974) Hispanic* (n=5613)	1.MMII 2.Tronco	USA
7. Ferrari Junior et al. 2008	Whites(n=314)	1.Tronco 2.Cabeça e Pescoço	Non-whites(n=50)	1.Pé 2.Tronco	Brasil
8. Shin et al. 2008	Asian(n=1232)	1.MMII 2.Tronco	Non-Hispanic-Whites(n=409564)	1.Tronco 2.MMSS	USA
9. Sneyd et al. 2009	Maori Europeans	1.Tronco (M) 2.MMII(F)	Asian Pacific People	1.MMII	New Zeland
10. Chi et al. 2011	Chinese(n=522)	1.Palmoplantar 2.Mucosa 3.Troco	#	#	China
11. Sneyd et al. 2011	Europeans(n=14646) Maori*(n=131)	1.Tronco 2.MMII	Pacific People(n=25)	1.MMII 2.Tronco	New Zeland
12. Myles et al. 2012	Blacks(n=1439)	1.MMII 2.Tronco	#	#	USA
13. Lee et al. 2012	Asian(n=47)	#	Caucasian(n=7)	#	Singapore

- Falta de dados

* - Similaridade entre Sítio 1 e 2

(M) –Restrito ao sexo Masculino Homem (F)- Restrito ao sexo Feminino

MMII- Membros Inferiores

MMSS- Membros Superiores

AA- African American AI-American Indian

A relação entre raça e sítio primário da lesão foi descrito em 12 dos 13 artigos selecionados.

Na etnia asiática (“*asian*”, “*chinese*”, estudos de Cormier et al. 2006, Shin et al. 2008, Sneyd et al. 2009 e Wu et al. 2012), para negros (considerando “*blacks*”, “*african americans*”, estudos Bryd et al. 2004, Cormier et al. 2006, Wu et al. 2006 e Myles et al. 2012), hispânicos (“*hispanic*”, estudos Wu et al. 2006 e Cormier et al. 2006) e para o grupo populacional intitulado de “*pacific people*”(Sneyd et al. 2009 e Sneyd et al. 2011), as regiões mais comuns para o aparecimento da

lesão primária do MM foram o membro inferior seguido do tronco. Outro sítio prevalente foi a região palmoplantar em asiáticos e PP (Luk et al. 2004 e Chi et al. 2011). (Quadro 4)

Na população branca (considerando “*european*”, “*calcasian*”, “*whites*”), as lesões primárias do MM foram mais prevalentes no tronco (Martin et al. 2003, Bryd et al. 2004, Hemmings et al. 2004, Wu et al. 2006, Cormier et al. 2006, Shin et al. 2008, Ferrari Junior et al. 2008, Sneyd et al. 2009, Sneyd et al. 2011). A segunda região mais comum variou a depender do estudo, sendo considerada o membro inferior em 4 artigos a face em 2 artigos e o membro superior em 2 artigos. (Quadro 4)

Para os “Maori” (Sneyd et al. 2009 e Sneyd et al. 2011) e “*american indians*”(Wu et al. 2006) o sítio primário mais prevalente foi o tronco, seguido do membro inferior para os maori e do membro superior para os AI. (Quadro 4)

5.4 RAÇA E ESPESSURA MÉDIA/BRESLOW

A relação entre raça e média da espessura foi descrita em 6 dos 13 artigos seleccionados. Entre a população asiática (“*asian*”, “*chinese*”) a espessura média variou de 0,73mm-5,73mm, variando de Tis (*in situ*) a TV (acima de 4,0mm). Retirando a parcela chinesa da análise, a população Asiática (representada somente por “*asian*”) assume uma variação de espessura de 0,73mm-1,07mm e Tis – TI. (Quadro 5)

Na etnia negra, a variação da espessura média das lesões foi de 1,2mm-2,75mm e pela classificação de Breslow de TII-TIII . (Quadro 5)

Na população branca (considerando “*european*”, “*calcasian*”, “*whites*”), encontrou-se uma variação de 0,66mm-1,45mm e Tis-TII pela classificação de Breslow. (Quadro 5)

Nos “maori” a variação foi de 1,2-1,21, tendo estadiamento TII pela classificação de Breslow. (Quadro 5)

Na população “*pacific people*” foi verificado uma variação de 2,06-2,5 e estadiamento TIII.

(Quadro 5)

5.5 RAÇA E IDADE

Dos artigos selecionados, somente 9 apresentaram a relação da raça com a idade média. Para esses dados foi encontrado a seguinte variação: 56-62, 59-63, 50-62, 52-54 e 52-54 para asiáticos, negros, brancos, AI e hispânicos respectivamente. (Quadro 5)

Quadro 5 - Relação dos artigos, raça, espessura média e idade média.

Artigos	Raça x Espessura média	Raça x Espessura média	Raça x Espessura média	Raça x Espessura média	Raça x Espessura média	País
1. Martin et al. 2003	Caucasian(n=4916): #/ 62anos	#	#	#	#	New Zealand
2. Hemmings et al. 2004	Whites:1,45mm/57, 5anos	Non Whites:2,3mm/61,2anos	#	#	#	USA
3. Luk et al. 2004	Chinese(n=63): 5,73mm/61,5anos	#	#	#	#	Hong Kong
4. Byrd et al. 2004	Caucasian(n=613) : 1,16mm/50anos	AA (n=36):2,75mm/63anos	#	#	#	USA
5. Cormier et al. 2006	AI(n=52):0,77mm/5 2anos	Whites(n=48143):0,66 mm/57anos	AA(n=251):1,2 mm/59anos	Asian(n=394):1,07 mm/57anos	Hipanic(n=932): 1,1/54anos	USA
6. Wu et al. 2006	AI(n=567):#/54anos	White(n=274052) :#/59anos	Blacks (n=1396) :#/63anos	Asian(n=974):#/56 anos	Hispanic(n=5613):#/52anos	USA
7. Ferrari Junior et al. 2008	Whites(n=314):#/ []	Non-whites(n=50):#/[]	#	#	#	Brasil
8. Shin et al. 2008	Asian(n=1232)#/57 anos	Non-Hispanic-Whites(n=409564):#/ 59anos	#	#	#	USA
9. Sneyd et al. 2009	Maori: 1,2mm/[]	Europeans:0,78mm/[]	Asian:0,73mm/[]	Pacific People:2,5mm/[]	#	New Zealand
10. Chi et al. 2011	Chinese(n=522):#/ []	#	#	#	#	China
11. Sneyd et al. 2011	Europeans(n=14646) :0,91mm/[]	Maori(n=131):1,21m m/[]	Pacific People(n=25):2, 06mm/[]	#	#	New Zealand
12. Myles et al. 2012	Blacks(n=1439):#/6 1 anos	#	#	#	#	USA
13. Lee et al. 2012	Asian(n=47): #/ 62anos	Caucasian(n=7):#/52a nos	#	#	#	Singapore

Falta de dados ou de relação raça x espessura média

[] Falta de relação entre raça x idade média

AA- African American AI-American Indian

6. DISCUSSÃO

6.1 ASPECTOS GERAIS

Este estudo visou demonstrar e descrever a correlação de diferentes grupos étnicos com o comportamento do melanoma maligno. Sabe-se que os aspectos étnicos exercem influência nas características clínicas, patológicas, sítio anatômico e prognóstico do MM(7, 8). Negros parecem apresentar maior incidência de MLA (21) enquanto que Europeus possuem maiores incidências do subtipo MES(14). Negros geralmente possuem diagnóstico tardio e pior prognóstico em relação aos brancos/europeus(7, 14). O Diagnóstico tardio e o pior prognóstico da doença estão intimamente relacionados com baixa condição socioeconômica e conseqüente baixo acesso aos serviços de saúde e por questões histórico-sociais, geralmente, as “minorias” étnicas encontram-se nestas situações.

Estes últimos exemplos demonstram a relação entre etnia e MM. Neste estudo, foram coletados artigos publicados no período de 2002-2012 e que necessariamente relacionassem etnia e MM, tendo como resultado final 13 artigos selecionados. As populações estudadas nos artigos foram variadas: brancos, negros, índios americanos, asiáticos, hispânicos, “*pacífic people*” e maori.

Durante a coleta dos dados, a falta de padronização entre as etnias prejudicou a análise, pois existem diferentes termos para denominar uma única etnia, como é o caso do grupo étnico europeu. Neste caso, europeus, brancos e caucasianos foram englobados no mesmo grupo, em contrapartida o grupo intitulado de “*pacífic people*” não pode ser enquadrado em nenhum grande grupo étnico visto que é uma denominação específica de alguns estudos (Sneyd et al. 2009, Sneyd et al. 2011)

Como fatores confundidores da análise, especula-se, a grande miscigenação das populações, sendo difícil encontrar traços exclusivos de uma etnia nos indivíduos em geral. Outro ponto é que as pesquisas diferiram nas regiões geográficas, logo, as populações estudadas estão sujeitas a diferentes pressões ambientais apesar de serem de um grupo étnico semelhante. Ex: Caucasianos dos EUA e Australianos. A associação de baixas condições socioeconômicas e menor acessibilidade

aos serviços de saúde por parte de algumas etnias específicas também podem ser classificadas como fatores confundidores.

Quando se analisa o papel do Brasil no panorama mundial, é possível observar uma escassez de trabalhos científicos e de bancos de dados relacionados aos pacientes portadores de MM, este fato dificulta a inclusão e elaboração de estudos que contemplem a população brasileira.

6.2 TIPOS HISTOLÓGICOS E ETNIA

Após a análise dos 13 artigos selecionados, observou-se que 10 possuíam a descrição da relação entre etnia e subtipo histológico do melanoma maligno. Entre os brancos, maori, AI, hispânicos e asiáticos, com exceção dos chineses, o subtipo mais comum foi o MES. Para chineses, negros e “pacific people” o subtipo de maior incidência foi o MLA. Esses resultados demonstram que grupos étnicos podem ter variações internas nos subtipos histológicos do MM, como é o caso de Chineses em relação aos Asiáticos. Os resultados para brancos e hispânicos confirmam o que já está estabelecido na literatura. (7, 22, 23)

O trabalho de Cornier et al. 2006 demonstrou maior incidência de lesões do tipo MES em negros, contudo a população negra apresentou a maior taxa de MLA em relação as outras etnias.

6.3 SÍTIO PRIMARIO E ETNIA

A relação entre sítio primário do MM e etnia foi descrita em 12 dos 13 artigos selecionados para esta revisão. Asiáticos, “*Pacific People*”, negros e hispânicos apresentaram maior incidência de lesões nos membros inferiores, enquanto brancos, maori e AI mostraram maior incidência da lesão primária no tronco. Estes dados concordam com o que está estabelecido na literatura (8) e demonstram que a densidade de melanina pode influenciar a região da lesão inicial.

Em alguns artigos, para brancos, o segundo sítio mais comum foi o pescoço (9, 18) e os membros superiores (12, 13) enquanto que em negros e asiáticos o segundo sítio mais comum foi o tronco (13, 19). Os MM diagnosticados em grupos étnicos com maior pigmentação cutânea

geralmente ocorrem em áreas não expostas ao sol, como: região subungueal, palma da mão e planta do pé. (24)

Em asiáticos, PP, hispânicos e principalmente em negros, o aparecimento de lesões iniciais em regiões cobertas e em extremidades pode estar relacionado com o diagnóstico tardio do MM.

6.4 NÍVEIS DE BRESLOW E ETNIA

O estadiamento de Breslow e Clark é de grande importância, pois definirá a conduta médica e a sobrevida. 6 artigos descreveram a relação entre os níveis de Breslow e a Raça. As variações do nível de Breslow observadas foram: Asiáticos Tis-TV; Asiáticos sem chineses Tis-TI; Negros TII-TIII; Brancos Tis-TII; Maori TII; PP TIII.

Analisando o etnia asiática, observamos que a inclusão do grupo populacional chinês aumenta a variação na classificação de Breslow de forma que podemos inferir que os chineses possuem apresentações mais avançadas do MM, conseqüentemente, piores prognósticos.(13) Na etnia Negra, a apresentação avançada do estadiamento (TII-TIII) contribui para o pior prognóstico em relação a etnia europeia/branca (Tis-TII). (14)

6.5 IDADE E ETNIA

Todas as etnias apresentaram variação de idade ao diagnóstico de 50 a 60 anos. Estes dados estão de acordo com a literatura. (1)

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Durante a busca de dados, foram utilizadas as palavras-chave “Melanoma and Race”, “Melanoma and Ethnicity”, “Melanoma and Multiethnic”, contudo o autor desta revisão acredita que apesar de possuírem o mesmo sentido linguístico, as palavras “Raça”, Etnia e Étnico, diferem em sentido histórico em relação a discriminação e ao racismo, de modo que a palavra “raça” possui

um contexto de segregação no meio social brasileiro, sobretudo, soteropolitano. Segundo Jay. S. Kaufman, epidemiologista americano, “As raças não existem em nossas mentes porque são reais, mas são reais porque existem em nossa mente”.

6.7 ASPECTOS SOCIAIS

O estudo do comportamento étnico/racial do melanoma maligno é de grande importância para o entendimento desta doença, que possui diversos fatores associados: raciais, genéticos e comportamentais. Atualmente, no Brasil, apesar de existência de campanhas de conscientização e ações sociais contra o melanoma e demais cânceres de pele, o combate e prevenção do MM deve ser amplificado, visto que, quando diagnosticado cedo o MM possui grandes taxas de cura, e, provavelmente, uma das causas para o diagnóstico tardio é a falta de conhecimento acerca da doença.

Neste contexto, vale ressaltar a importância de novas pesquisas que contemplem a população brasileira, assim como, da criação de um banco de dados nacional que viabilize e fomente o surgimento de estudos mais detalhado do perfil do paciente portador de MM no Brasil.

7. SUMMARY

EVALUATION OF RACIAL GROUP OF PATIENTS IN THE DEVELOPMENT OF MALIGNANT MELANOMA : A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE.

Introduction: Malignant melanoma (MM) is one of the most prevalent cancers in the world and is the skin tumor that has the highest degree of malignancy. Risk factors for its development include family and physical factors. Some studies have shown that the clinical, pathological, anatomical site and prognosis differ significantly among different ethnic groups. The diagnosis is clinical and histopathological and can be classified into 5 types: Superficial spreading melanoma (SSM), lentigo maligno melanoma (LMM), acral lentiginous melanoma (ALM) , Nodular melanoma (NM) and Amelanotic melanoma (AM). **Objectives:** To investigate the influence of racial factors on the behavior of malignant melanoma. **Methodology:** This is a systematic review of the literature using the articles data from PubMed and SciELO. **Results:** We selected and analyzed 13 articles, resulting in the following information: In the Asian ethnic group, the SSM was the most common type, followed by type ALM. For this group, the most prevalent primary site of the lesion was the lower limb, followed by lesions on the trunk. For blacks, the ALM was most prevalent type, followed by the SSM and the most common primary sites of injury were the lower limbs and feet, followed by injuries to the trunk. The Caucasian/white population, the SSM was the type most frequently found in range of MM, while the NM ranked second. The most prevalent site of the primary lesions was the trunk. Rates in the level of Breslow were: Asian Tis-TV; Asian without Chinese group Tis-TI, Blacks TII-TIII, Whites Tis-TII; Maori TII, Pacific People TIII. The average age of onset of the first lesion was 50-60 years for all races. **Discussion:** There is influence of racial ethnic group on the lesion and histological subtypes of MM primary site. The diversity of races hinders accurate analysis of this relation. Further studies should be done for a better understanding of the disease, helping in medical management and the planning of treatment and prevention of MM.

Key-words: 1) Melanoma; 2) Race; 3) Ethnicity; 4)Multiethnic

8 REFERÊNCIAS

1. Sampaio SAP, Rivitti EA, DERMATOLOGIA SAMPAIO & RIVITTI. 3. ed., São Paulo Editora Artes Médicas, 2007.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al.: Cancer Statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* 2007; 57:43-66
3. Parker SL, Tong T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1996. *CA Cancer J Clin*. 1996;46(1):5-27.
4. Instituto Nacional do Câncer. Dados Epidemiológicos. Disponível: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma [acessado em 15 de dezembro de 2013]
5. Tucker MA, Goldstein AM. Melanoma etiology: Where are we? *Oncogene*. 2003;22:3042–3052.
6. Rouhani P, Hu. S, Kirsner RS, Melanoma in Hispanic and black. *Americans Cancer Control* 2008;15:248-53
7. Cormier, J. N., Xing, Y., Ding, M., Lee, J. E., Mansfield, P. F., Gershenwald, J. E., et al. Ethnic Differences Among Patients With Cutaneous Melanoma 2006;166:1907-14
8. Hu S, Parmet Y, Allen G, Parker DF, Ma F, Rouhani P, Kirsner RS. Disparity in melanoma: a trend analysis of melanoma incidence and stage at diagnosis among whites, Hispanics, and blacks in Florida. *Arch Dermatol* 2009;145:1369-74.
9. Ferrari Júnior, N. M., Muller, H., Ribeiro, M., Maia, M., & Sanches Júnior, J. A. Cutaneous melanoma: descriptive epidemiological study. *São Paulo Medical Journal*, 126(1), 41–7, 2008
10. Koh H, Geller A, Miller D, Caruso A, Gage I, Lew RA. Who is being screened for melanoma/skin cancer? Characteristics of person screened in Massachusetts. *J Am Acad Dermatol*. 1991;24:271-277
11. Lee, H. Y., Chay, W. Y., Tang, M. BY., Chio, T. W., Tan, S. H., Melanoma: Differences between Asian and Caucasian Patients 2012;41:17-20

12. Wu, X. C., Eide, M. J., King, J., Saraiya, M., Huang, Y., Wiggins, C., Barnholtz-Sloan, J. S., Martin, N., Cokkinides, V., Miller, J., Patel, P., Ekwueme, D. U., Kim, J. Racial and ethnic variations in incidence and survival of cutaneous melanoma in the United States, 1999-2006. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 65(5 Suppl 1), S26–37, 2011.
13. Chi, Z., Li, S., Sheng, X., Si, L., Cui, C., Han, M., et al., Clinical presentation, histology, and prognoses of malignant melanoma in ethnic Chinese: A study of 522 consecutive cases 2011, 11:85
14. Byrd, K. M., Wilson, D. C., Hoyler, S. S., Peck, G. L., Advanced presentation of melanoma in African American 2004;50:21-4
15. Shin, S., Palis, B. E., Phillips, J. L., Stewart, A. K., Perry, R. R., Cutaneous Melanoma in Asian American 2009;99:114-118
16. Sneyd, M. J., Cox, B., Clinical and Histological Factors Associated With Melanoma Thickness in New Zealand Europeans, Maori, and Pacific People 2011;117:2489-98
17. Sneyd, M. J., Cox, B., Melanoma in Maori, Asian, and Pacific People in New Zealand 2009;18(6):1706-13
18. Martin, R. C. W., Robinson, E., Cutaneous Melanoma in Caucasian New Zealanders 1995-1999 2004;74: 233-37
19. Luk, N. M., Ho, L. C., Choi, C. L., Wong, K. H., Yu, K. H., Yeung W. K., Clinicopathological features and prognostic factors of cutaneous melanoma among Hong Kong Chinese 2004;29: 600-04
20. Hemmings, d. E., Johnson, D. S., Tominaga, G. T. Wong, J. H., Cutaneous Melanoma in a Multiethnic Population 2004;139:968-73
21. Myles, Z. M., Buchanam, N., King, J. B, White, A., Wu, M., Ajami, U., Anatomic Distribution of Malignant Melanoma on the Non-Hispanic Black Patient 1998-2007 2012;148(7):797-801
22. Bradford, P. T. Skin Cancer in Skin of Color. *NIH Public Access*, 21(4), 170–178, (2010).

23. Byrd K. M., Toombs EL, Peck GL. Skin cancer in individuals of African, Asian, Latin-American, and American-Indian descent: Differences in incidence, clinical presentation, and survival compared to Caucasians. *Journal of Drugs in Dermatology*. 2007;1:10–16
24. Katz RD, Potter GK, Slutskiy PZ, Smith RL, Pfau RG, Berlin SJ. A statistical survey of melanomas of the foot. *J Am Acad Dermatol* 1993;128:1008-11
25. Sortino-rachou, A. M., Curado, M. P. Cutaneous melanoma in Latin America : a population-based descriptive study, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 27(3), 565–572, 2011
26. Weinstock MA. Death from skin cancer among the elderly: epidemiological patterns. *Arch Dermatol*. 1997 Oct;133(10):1207–9.