Caro Editor da Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - Prof. Ricardo Baroudi

Como Regente do Capítulo de Oncologia de nossa Sociedade, fiquei feliz ao ver um artigo sobre melanoma cutâneo em nossa revista. É muito importante que nossos membros se mantenham sempre atualizados neste assunto, que também é área de atuação do cirurgião plástico. O artigo intitulado "Abordagem Primária do Melanoma Cutâneo", de autoria do colega Luiz Eduardo Toledo Avelar, mostrou a experiência do Serviço e fez um breve resumo das condutas terapêuticas com maestria. Porém, gostaria de retificar uma informação: no trabalho, os autores citam que a pesquisa do linfonodo sentinela está indicada para melanomas com espessura superior a 1,00mm. No Brasil, existe Grupo multidisciplinar para o estudo do melanoma que se chama Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM - www.gbm.org.br). Este grupo publicou trabalho[1], em 2003, relatando o consenso deste grupo na indicação do linfonodo sentinela após ampla revisão da literatura + consenso entre especialistas e foi estabelecido que a pesquisa do linfonodo sentinela deve ser realizada em melanomas cutâneos primários com espessura igual ou superior a 0,76mm. O motivo desta redução transcrevo do citado artigo: "...Reintgen[2] relata a taxa de 5,3% de metástases linfonodais nos pacientes com espessura de Breslow entre 0,76mm e 1,0mm.....A taxa de positividade do linfonodo sentinela nos casos de melanoma primário com espessura menor que 1 mm foi de 4%, segundo Coit[3] do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center; de 3% nos casos de melanoma com espessura entre 0,76 e 1,00 mm, segundo Morton[4], e 5,0%, segundo os resultados Sunbelt Trial[5]. Estes dados justificam o uso da técnica da linfadenectomia seletiva (LNS) em pacientes com espessura de Breslow entre 0,76mm e 1mm. O percentual em torno de 5% pode ser considerado pequeno, mas na opinião do grupo de consenso é significativo. Este grupo de pacientes com melanoma fino pode apresentar um tumor com um comportamento biológico mais agressivo. Se a pesquisa do linfonodo sentinela não for realizada, o diagnóstico da metástase linfonodal será tardio e o prognóstico mais reservado...." Por se tratar de Revista de grande circulação entre nossa Sociedade, é importante este esclarecimento.

REFERÊNCIAS

1. Neves RI, Belfort FA, Brandão M, et al. Relatório final do consenso nacional sobre o linfonodo sentinela (LS) do Grupo brasileiro de Melanoma. Acta Oncol Bras 2003; 23:499-503.
2. Fadi H, Reintgen D. The progression of melanoma nodal metastasis is dependent on tumor thickness of the primary. Ann Surg Oncol 1999; 6:144-9.
3. Crary BM, Brady MS, Lewis JJ, Coit DG. Sentinel lymph node biopsy in the management of patients with primary cutaneous melanoma: review of a large single-institutional experience with an emphasis on recurrence. Ann Surg 2001; 233:250-8.
4. Bleicher RJ, Foshag LS, Essner R, Morton DL. Sentinel node positivity and characteristics of thin invasive cutaneous melanomas. In: 54th Cancer Symposium SSO; 2001.
5. McMasters KM, Edwards MJ, Ross MI, Wong SL, Reintgen DL. Sunbelt melanoma trial: frequency of non-sentinel lymph node metastasis in melanoma. Ann Surg Oncol 2002; 9:137-41.

Atenciosamente,

EDUARD RENÉ BRECHTBÜHL
REGENTE DO CAPÍTULO DE ONCOLOGIA DA SBCP

Prezado Dr. Prof. Ricardo Baroudi, Editor da Revista Brasileira de Cirurgia Plástica

Foi com prazer que recebi o comentário do Dr. Eduard René Brechtbühl, regente do Capítulo de Oncologia da nossa Sociedade, o que para mim é de extrema honra e importância, dado o seu trabalho exercido junto à oncologia cutânea.

O limite de corte entre a realização ou não do linfonodo sentinela baseado na classificação de Breslow é realmente polêmico e variado na literatura. Na própria revista mencionada, Acta Oncológica Brasileira, Vol. 23 no. 02, 466-70, 2003, o trabalho intitulado "Manual de Condutas Terapêuticas para o Tratamento do Melanoma do Departamento de Oncologia Cutânea do Hospital de Câncer de São Paulo" estipula o corte acima de 1,0mm. No entanto, apesar da realização do Linfonodo Sentinela ser um exame invasivo e apresentando positividade pequena entre 0,76 e 1,0mm, o mesmo pode trazer benefícios aos nossos pacientes (nossos maiores bens) na detecção precoce da metástase linfonodal, sendo portanto útil e de grande valia. Desta forma, agradeço a contribuição do Dr. Eduard e recomendo suas observações.

Atenciosamente,

LUIZ EDUARDO TOLEDO AVELAR