






3. Esposito M, Gisondi P, Cassano N, Ferrucci G, Del Giglio M, Loconsole F, et al. Survival rate of antitumour necrosis factor- α treatments for psoriasis in routine dermatological practice: a multicentre observational study. *Br J Dermatol.* 2013;169(3):666-72.
4. Esposito M, Gisondi P, Cassano N, Ferrucci G, Del Giglio M, Loconsole F, et al. Survival rate of antitumour necrosis factor- α treatments for psoriasis in routine dermatological practice: a multicentre observational study. *Br J Dermatol.* 2013;169(3):666-72.
5. Vilarrasa E, Notario J, Bordas X, López-Ferrer A, Gich IJ, Puig L. ORBIT (Outcome and Retention Rate of Biologic Treatments for Psoriasis): a retrospective observational study on biologic drug survival in daily practice. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(6):1066-72.
6. Ben-Horin S. Loss of response to anti-Tumor Necrosis Factors: What is the next step? *Dig Dis.* 2014;32(4):384-8.
7. Roda G, Jharap B, Neeraj N, Colombel JF. Loss of Response to Anti-TNFs: Definition, Epidemiology, and Management. *Clin Transl Gastroenterol.* 2016;7:e135.

Cynthia Cristina Ferreira Mota ^{a,b,*}, Ricardo Romiti ^c, Marcelo Arnone ^c, Andre Luís da Silva Hirayama ^c e Maria Denise Fonseca Takahashi ^c

^a Diretora Técnica Ambulatório de Especialidades Zona Noroeste-Prefeitura Municipal de Santos, Santos, SP, Brasil

^b Ambulatório de Psoríase da Prefeitura Municipal de Santos, Santos, SP, Brasil

^c Ambulatório de Psoríase do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: cynthiamota@santos.sp.gov.br (C.C. Mota).

Recebido em 3 de dezembro de 2020; aceito em 4 de março de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.11.019>

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/>).

Tendências na incidência de melanoma no Hospital Italiano de Buenos Aires, 2007-2016^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Há três tipos de melanomas: uveal, mucoso e cutâneo. O melanoma cutâneo é o subtipo mais comum e causa a maioria das mortes por câncer de pele.¹ Embora os fatores de risco para melanoma sejam conhecidos e atualmente haja campanhas de prevenção social e publicitárias sobre cuidados com a pele, as taxas da doença aumentaram em todo o mundo nos últimos anos.² A distribuição demográfica da incidência do melanoma cutâneo está diretamente relacionada a fatores ambientais e genéticos, como intensidade de radiação solar geográfica e fototipos de pele da população. Imunossupressão e vários episódios de queimaduras solares aumentam o risco ainda mais.³

O Hospital Italiano de Buenos Aires é instituição privada de saúde, onde cerca de 300.000 pessoas da Cidade de Buenos Aires (BA) são atendidas anualmente. Metade delas tem o Plano de Saúde pré-pago do Hospital Italiano de Buenos Aires (Programa de Assistência Médica do Hospital Italiano - PAMHI).⁴ Como pouco se sabe sobre a incidência do melanoma cutâneo tanto em BA quanto na população argentina,

o objetivo deste trabalho foi explorar essa incidência na população do PAMHI.

O Comitê de Pesquisa Clínica e Bioética do Hospital Italiano de Buenos Aires aprovou este estudo. As taxas foram relatadas com os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. As diferenças foram consideradas significantes quando $p < 0,05$. O software STATA (Stata Corp LLC, TX; versão 14.2) foi utilizado para os cálculos.

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo, incluindo a população com relatos de melanoma cutâneo invasivo (MCI) atendidos no hospital entre 1º de janeiro de 2007 e 31 de dezembro de 2016. Foram excluídos os pacientes com melanoma *in situ* apenas ou relato primário de metástase de melanoma. A população do estudo foi composta por 163.100 integrantes do PAMHI.

Foram encontrados 253 casos de MCI, dos quais 124 no sexo feminino (49,0%). A mediana da idade no diagnóstico foi de 69 anos (IIQ: 58-78), e a média da idade no diagnóstico foi de 66,3 anos (DP = 15,3). Esse resultado está de acordo com a maior incidência de MCI, bem como de outros tipos de câncer, em idosos. A média de idade no diagnóstico para MCI em todo o mundo é 57 anos, enquanto os dados do presente estudo mostram uma média de idade de 66 anos.⁵

A taxa de densidade de incidência (IDR, do inglês *incidence density rate*) bruta de MCI obtida no PAMHI foi de 19,5 por 100.000 pessoas-ano (IC95% de 16,3-21,0). A IDR ajustada para a população de BA foi de 13,4 por 100.000 pessoas-ano (IC95% de 11,7-15,2). De acordo com os dados do censo demográfico nacional de 2010, BA tem uma população de 2.890.151 habitantes, dos quais 30% têm < 25 anos e 21,7% têm > 60 anos. A distribuição por faixas de idade e sexo é semelhante à população do PAMHI (fig. 1). A IDR ajustada para MCI para a população da Argentina é de 10,2 por 100.000 pessoas-ano (IC95% de 8,7-11,7), quase metade da IDR bruta do PAMHI. Essa discrepância baseada no ajuste pode ser atribuída à diferença na distribuição etária dentro

DOI of original article:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.10.013>.

[☆] Como citar este artigo: Rinflerch AR, Volonteri VI, Roude MC, Pagotto LV, Pol M, Mazzuocolo LD. Trends in melanoma incidence at Hospital Italiano de Buenos Aires, 2007-2016. *An Bras Dermatol.* 2022;97:115-7.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

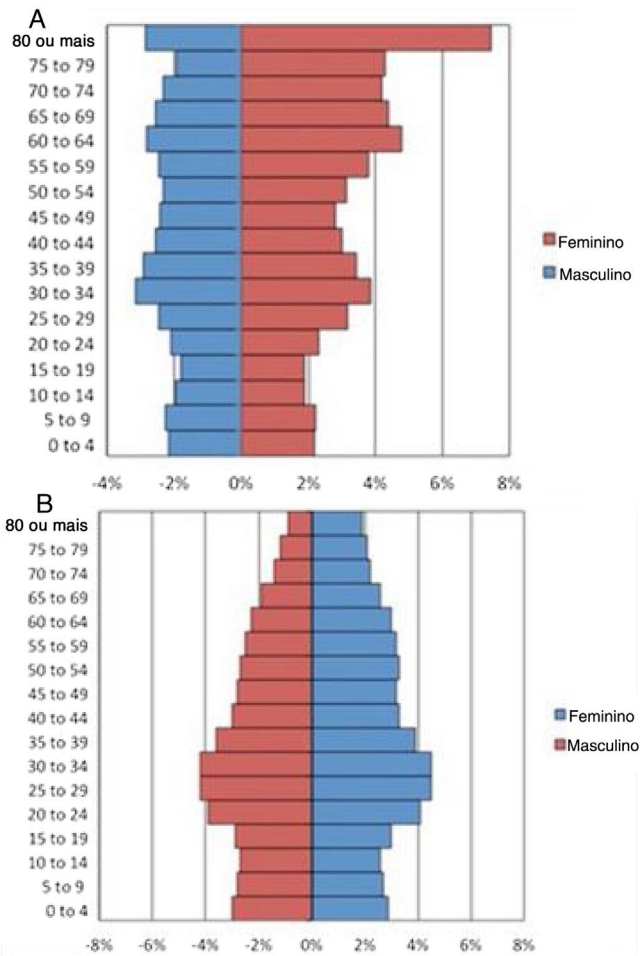


Figura 1 Distribuição por sexo e idade do (A), Programa de Assistência Médica do Hospital Italiano e em (B), Buenos Aires. População de acordo com o censo demográfico nacional de 2010. Sexo masculino (vermelho), e feminino (azul). A idade da população é agrupada em períodos de quatro anos. Os números de pessoas de cada sexo são expressos em porcentagem.

da população do estudo, em que 32% dos integrantes têm mais de 60 anos em comparação à população da Argentina, que tem apenas 10,2% pertencentes ao mesmo grupo etário.

A prevalência foi estimada considerando-se o número de casos vivos até 1º de julho de 2016, dividido pelo número de integrantes ativos do PAMHI naquele momento. Os casos prevalentes foram 193 de 146.524 integrantes do PAMHI, com uma taxa de prevalência de 13,2 por 100.000 pessoas (IC95% de 11,4-15,2).

Quando as taxas são analisadas por sexo, a literatura afirma que, em indivíduos jovens, a incidência de MCI é maior nas mulheres. Essa taxa é invertida em pessoas mais velhas, com maior incidência em homens.⁶ Uma situação semelhante foi encontrada na população estudada; as IDRs brutas sexo-específicas do PAMHI foram 23,6 por 100.000 pessoas-ano (IC95% de 18,7-26,8) para homens e 15,9 por 100.000 pessoas-ano (IC95% de 13,1-18,8) para mulheres. A IDR ajustada para a população de BA foi de 16,3 por 100.000 pessoas-ano (IC 95% de 12,4-20,2) e 12,3 por 100.000 pessoas-ano (IC95% de 9,9-14,6), respectivamente (tabela 1).

A razão da taxa de incidência (IRR, do inglês *incidence rate ratio*) da IDR bruta para homens em comparação a mulheres foi de 1,5 (IC95% de 1,2-1,9; p=0,0017). Esses dados sugerem que homens têm maior probabilidade de desenvolver esse tipo de tumor. Isso provavelmente se deve a uma utilização menor de medidas de prevenção, uma vez que, na Argentina, os homens foram os que mais se expuseram ao sol por motivos de trabalho nas últimas décadas. Nesse ínterim, a população feminina atingida começou a aumentar em razão das câmaras de bronzeamento artificial e da exposição intermitente ao sol com fins recreativos ou de beleza.^{2,7}

Há ampla variação das taxas de MCI a nível mundial. A incidência anual varia de 0,3 e 0,2 por 100.000 pessoas-ano na Ásia e na Índia, respectivamente, até 55 por 100.000 pessoas-ano na Nova Zelândia, uma posição ocupada pela Austrália não muito tempo atrás, que recentemente caiu para 54 por 100.000 pessoas-ano.^{7,8} As publicações mais recentes são da Alemanha e do Canadá, onde a IDR bruta observada para o último foi de 12,3 casos por 100.000 pessoas-ano e a taxa de incidência padronizada por idade (ASIR, do inglês *age-standardized incidence rate*) para a população foi de 9,6 casos por 100.000 pessoas-ano. De acordo com essas publicações, a IDR ajustada do presente estudo para MCI é semelhante à das populações alemã e canadense.⁹ Na América do Sul, Brasil e Colômbia publicaram recentemente dados sobre o assunto. Em 2016, o Brasil teve uma incidência anual estimada de melanoma de 5,8 casos por 100.000 pessoas-ano.^{6,8,10} A Colômbia teve uma ASIR de 1,7 por 100.000 pessoas-ano. Tanto o Brasil quanto a Colômbia têm uma proporção maior de populações afrodescendentes em comparação à Argentina. Isso poderia explicar as diferenças nas taxas do MCI.

Como o presente estudo é uma revisão, há várias limitações. A validade deste estudo poderia ser aumentada com o acréscimo de informações de outras instituições de BA e regiões representativas em todo o país para confirmar os resultados e obter um conhecimento mais preciso da epidemiologia do melanoma na Argentina. Entretanto, este é

Tabela 1 IDR bruto e ajustado. Os valores em número de casos por 100.000 pessoas-ano e IC95% são apresentados por região ajustados para a população de BA e da Argentina, de acordo com o censo demográfico de 2010

	IDR bruto	IDR ajustado a Buenos Aires	IDR ajustado à Argentina	IDR Ajustado à OMS
Todos os MCI	19,5 (16,3-21,0)	13,4 (11,6-15,2)	10,2 (8,7-11,7)	9,6 (8,1-11,1)
MCI no sexo masculino	23,6 (18,7-26,8)	16,3 (12,4-20,2)	13,2 (8,6-17,7)	6,5 (4,3-8,8)
MCI no sexo feminino	15,9 (13,1-18,8)	12,3 (9,9-14,6)	9,6 (7,6-11,5)	4,4 (3,5-5,4)

IDR, taxa de densidade de incidência; OMS, Organização Mundial da Saúde; MMC, melanoma maligno cutâneo.

o primeiro estudo de uma grande coorte de pacientes na Argentina que estimou a incidência de melanoma, e esses resultados são semelhantes aos publicados para outras áreas geográficas semelhantes.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Adriana Raquel Rinflerch: Concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante; aprovação da versão final a ser submetida.

Victoria Ines Volonteri: Concepção e desenho do estudo; redação do manuscrito e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante; aprovação da versão final a ser submetida.

María Cecilia Roude: Obtenção dos dados; redação do manuscrito e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante; aprovação da versão final a ser submetida.

Vanina Laura Pagotto: Análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante; aprovação da versão final a ser submetida.

Melina Pol: Obtenção dos dados; redação do manuscrito e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante; aprovação da versão final a ser submetida.

Luis Daniel Mazzuocolo: Concepção e desenho do estudo; redação do manuscrito e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante; aprovação da versão final a ser submetida.

Conflito de interesses

Nenhum.

Agradecimentos

Este trabalho foi financiado por bolsas do Instituto Nacional de Câncer (INC 2018) e pelo Serviço de Dermatologia, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Referências

1. Bologna JL, Jorizzo JJ, Schaffer JV, Callen JP, Cerroni L, Heymann WR, et al. *Dermatology*. 3rd ed. London: Elsevier; 2012. p. 1905–10.
2. Dennis LK, Vanbeek MJ, Beane Freeman LEB, Smith BJ, Dawson DV, Coughlin JA. Sunburns and risk of cutaneous melanoma: does age matter? A comprehensive meta-analysis. *Ann Epidemiol*. 2008;18:614–27.

3. Veierød MB, Weiderpass E, Thörn M, Hansson J, Lund E, Armstrong B, et al. A prospective study of pigmentation, sun exposure, and risk of cutaneous malignant melanoma in women. *J Natl Cancer Inst*. 2003;95:1530–8.
4. Bettini M, Chaves M, Cristiano E, Pagotto V, Perez L, Giunta D, et al. Incidence of Autoimmune Myasthenia Gravis in a Health Maintenance Organization in Buenos Aires. Argentina. *Neuroepidemiology*. 2017;48:119–23.
5. Rastrelli M, Tropea S, Rossi CR, Alaibac M. Melanoma: epidemiology, risk factors, pathogenesis, diagnosis and classification. *In Vivo*. 2014;28:1005–11.
6. seer.cancer.gov [Internet]. USA: Surveillance, Epidemiology, and End Results [cited 2020 Mar 6]. Available from: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2018/.
7. Garbe C, Keim U, Eigentler TK, Amaral T, Katalinic A, Holleczek B, et al. Time trends in incidence and mortality of cutaneous melanoma in Germany. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33:1272–80.
8. Matthews NH, Li WQ, Qureshi AA, Weinstock MA, Cho E. Epidemiology of Melanoma. In: Ward WH, Farma JM, editors. *Cutaneous Melanoma: Etiology and Therapy* [Internet]. Brisbane (AU): Codon Publications; 2017. Dec 21. Chapter 1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481862/>.
9. Ghazawi FM, Le M, Lagacé F, Cyr J, Alghazawi N, Zubarev A, et al. Incidence Mortality, and Spatiotemporal Distribution of Cutaneous Malignant Melanoma Cases Across Canada. *J Cutan Med Surg*. 2019;23:394–412.
10. Miolo N, Rodrigues RF, Silva ER, Piat PK, Campagnolo OA, Marques LF. Skin cancer incidence in rural workers at a reference hospital in western Paraná. *An Bras Dermatol*. 2019;94:157–63.

Adriana Raquel Rinflerch ^{a,b,*},
Victoria Ines Volonteri ^c, María Cecilia Roude ^b,
Laura Vanina Pagotto ^d, Melina Pol ^e
e Luis Daniel Mazzuocolo ^b

^a Instituto de Biología Subtropical, Universidad Nacional de Misiones, Misiones, Argentina

^b Serviço de Dermatologia, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^c Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^d Departamento de Investigação, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^e Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondência.

E-mail: adriana.rinflerch@hospitalitaliano.org.ar
(A.R. Rinflerch).

Recebido em 12 de agosto de 2020; aceito em 29 de outubro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.11.021>
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/>).