

MELANOMA PRIMÁRIO DE PALATO: RELATO DE CASO

Primary Melanoma of the Palate: a case report

*Éricka Janine Dantas da Silveira**
*Gustavo Pina Godoy**
*Maria de Lourdes Silva Arruda***
*Ruthinéia Diógenes Alves Uchoa****
*Lélia Maria Guedes Queiroz*****

Recebido em 10/2004
Aprovado em 12/2004

RESUMO

O melanoma primário em mucosa oral é extremamente raro, representando cerca de 0,2 a 8% de todos os melanomas. Acomete principalmente o palato e a gengiva maxilar. Relata-se aqui um caso de melanoma primário de palato com invasão para seio maxilar e assoalho de órbita em um paciente do sexo masculino, de 64 anos de idade, e discutindo -se, também, aspectos em relação a diagnóstico diferencial, tratamento e prognóstico destas lesões.

Descritores: Melanoma oral; Palato/ patologia; Relatos de casos.

ABSTRACT

Primary melanoma is only rarely found in the oral mucosa, representing roughly between 0.2 and 8% of all melanomas. It occurs mainly on the palate and alveolar gingiva. This study reports a case of primary melanoma of the palate with invasion of the maxillary sinus and orbit in a 64-year-old male. Also discussed are the differential diagnosis, treatment and prognosis of these lesions.

Descriptors: oral melanoma; palate; case report.

INTRODUÇÃO

O melanoma é uma neoplasia maligna que surge a partir dos melanócitos, os quais são provenientes da crista neural. Apesar de ser o terceiro tipo de câncer mais comum em pele, é extremamente raro na cavidade oral, representando menos de 1% de todos os melanomas (FIRRIOLO et al 2004, NEVILLE et al 2004).

O melanoma oral foi descrito pela primeira vez por Lincoln, em 1880 e surge a partir de uma proliferação descontrolada dos melanócitos residentes na camada basal do epitélio de revestimento oral (DIMITRAKOPOULOS, LAZARIDIS, SKORDALAKE, 1998,

MANOLIDES e DONALD 1997, RAPIDES et al 2003).

Clinicamente, exhibe-se de forma variada, podendo aparecer desde uma típica mácula pigmentada a lesões proliferativas e mesmo não pigmentadas, surgindo como lesões únicas, múltiplas, primárias ou metastáticas (DIMITRAKOPOULOS, LAZARIDIS, SKORDALAKE 1998), acometendo principalmente pacientes do sexo masculino, situados entre a sexta e sétimas décadas de vida, nas regiões de palato e gengiva maxilar (NEVILLE et al 2004, RAPIDES et al 2003).

O melanoma oral é altamente agressivo e exhibe pobre prognóstico, pois grande parte destas

* Doutorandos em Patologia Oral pelo Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Brasil.

** Professora da Universidade Potiguar/RN e Cirurgiã-dentista do Hospital Dr. Luiz Antônio, Natal, Brasil.

*** Professora Doutora de Periodontia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), João Pessoa, Brasil.

**** Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da UFRN, Natal, Brasil.

lesões são localmente invasivas, podendo envolver osso adjacente e/ou desenvolver metástase, principalmente no pulmão e fígado (GU et al 2003). Esse pobre prognóstico relaciona-se ao fato de estes tumores exibirem grande espessura tumoral (>4mm), além de predominância de crescimento vertical na época do diagnóstico. A vascularidade da cavidade oral também parece contribuir para disseminação do melanoma (TANAKA, MIMURA, OGI 2004).

O tratamento de escolha para esta neoplasia tem sido a excisão cirúrgica, apesar de haver controvérsias no que diz respeito à margem de segurança, podendo utilizar-se de quimioterapia e imunoterapia como coadjuvantes (TAUSCHER, JEWELL, DAMJANOB 2002). Assim, o presente trabalho objetiva relatar um caso de melanoma primário de palato de curso clínico agressivo bem como discutir os principais aspectos no tocante ao diagnóstico diferencial, tratamento e prognóstico dessas lesões.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 64 anos de idade, feoderma, queixava-se de lesão enegrecida no palato de mais ou menos dois meses de evolução. O exame físico extra-oral não identificou anormalidade, e os linfonodos cervicais não estavam palpáveis, sendo ausente qualquer lesão pigmentada na pele da face. O exame intra-oral revelou lesão sésil, de coloração enegrecida, aspecto hiperplásico, assintomática, superfície e bordas irregulares, acometendo as regiões anterior e média do palato duro (Figura 1). O exame hematológico revelou anemia severa. Procedeu-se a biópsia incisional, no qual os cortes histológicos revelaram fragmentos de neoplasia maligna de origem melanocítica com células pleomórficas e hiper cromáticas, formando lençóis compactos e invadindo o conjuntivo subjacente, no qual algumas células exibiam pigmentos melanocíticos intracitoplasmáticos (Figuras 2 e 3), sendo então emitido diagnóstico de melanoma. Foi realizada uma

tomografia computadorizada para averiguação da extensão e comprometimento de estruturas adjacentes pela lesão a qual evidenciou comprometimento do seio maxilar e fossas nasais (Figura 4), bem como assoalho de órbita. O paciente foi, então, submetido a uma hemimaxilectomia com extensa margem de segurança. Após 2 meses da cirurgia, detectou-se invasão para base do crânio, com o paciente indo a óbito em 3 meses depois.



Figura 1 – Aspecto da lesão no palato.

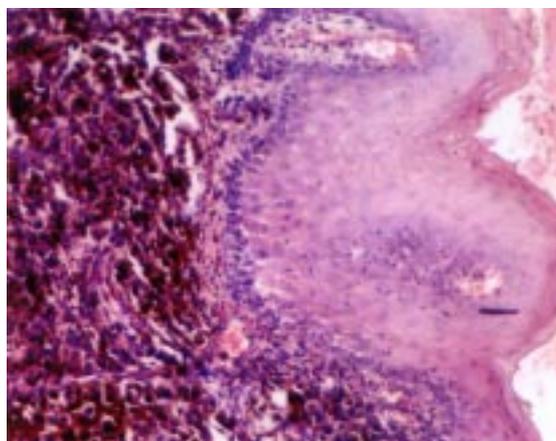


Figura 2 – TC exibindo invasão da lesão para o seio maxilar e fossas nasais.

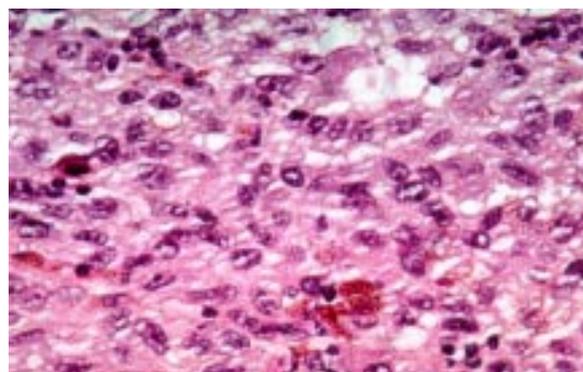


Figura 3 - Fotomicrografia exibindo intensa pigmentação melânica (H/E, 100x).



Figura 4 – Melanócitos atípicos e pigmentação focal em área profunda do tumor (H/E, 200x).

DISCUSSÃO

O melanoma primário de cavidade oral é uma neoplasia maligna rara que compreende cerca de 0,2 à 8% de todos os melanomas e 0,5% de todas as malignidades orais. Conforme relatos de Barker et al. e Silva et al, tal neoplasia ocorre principalmente em pacientes do sexo masculino com idade variando de 20 a 83 anos e média de 56 anos. Muitas das características clínicas do presente caso no tocante a sexo, idade, sítio anatômico são semelhantes às descritas na literatura.

A etiologia do melanoma oral ainda é incerta. De acordo com Gu et al, o uso do tabaco e a exposição ao formaldeído têm sido apontados como fatores etiológicos desta neoplasia, apesar de que, devido à baixa frequência destas lesões, os mecanismos etiopatogênicos envolvidos no seu desenvolvimento ainda não estão esclarecidos, mesmo com o estabelecimento de vários fatores etiológicos implicados na patogênese do melanoma cutâneo, como pele clara, radiação ultravioleta, história familiar, associação com algumas síndromes e ainda presença ou ausência de nevus displásico.

A cavidade oral não é o sítio exclusivo de

ocorrência do melanoma de mucosa, pois outros sítios do corpo, incluindo olhos, trato respiratório superior, vagina e outros, também podem ser acometidos, sendo o sítio mais comum em cabeça e pescoço, a conjuntiva, seguido do trato respiratório superior e a cavidade oral. O melanoma de mucosa pode ser primário ou metastático de outros locais do corpo. Assim, quando se diagnostica um melanoma em cavidade oral é muito importante saber se ele é primário ou é metastático (LOMBARDI et al 1995). Segundo Rapidis et al, dentre os critérios de diagnóstico para o diagnóstico do melanoma oral primário, cita-se demonstração clínica e microscópica do tumor na mucosa oral, presença de atividade juncional da lesão e incapacidade de se observar outro sítio primário, o que condiz com as características evidenciadas no presente caso, conduzindo-nos a diagnosticá-lo como melanoma primário de palato.

O melanoma oral exhibe heterogeneidade significativa nas suas características morfológicas, processo de desenvolvimento e comportamento biológico, muito embora, geralmente seja altamente letal, com tendência a surgir no estágio mais elevado, sendo muito mais agressivo do que sua contraparte cutânea (ROWLAND 2003, NEVILLE et al 2004).

A agressividade e a capacidade infiltrativa do melanoma oral foram constatados no presente caso, pois com apenas dois meses de evolução, segundo relatos do paciente, a lesão já havia invadido seio maxilar e assoalho de órbita, e mesmo com a realização do tratamento cirúrgico com extensa margem de segurança, ela invadiu base de crânio, acarretando em óbito deste 3 meses após o tratamento. Segundo Firriolo, uma das possíveis explicações para o pobre prognóstico dos melanomas orais, inclui justamente a demora no diagnóstico além de invasão precoce dos melanócitos atípicos através dos ossos e sítios adjacentes ao palato e à gengiva. Rapidis et al, acrescentam ainda, as limitações anatômicas para realização de um tratamento cirúrgico

eficaz e a possibilidade de os melanócitos atípicos aí situados exibirem maior probabilidade de invadir estruturas mais profundas tais como ossos e músculos.

Hicks & Flaitz acrescentaram que, contrastando com o melanoma cutâneo, em que a maioria dos casos exhibe crescimento radial, pois os melanócitos malignos tendem a se espalhar horizontalmente, através da camada basal da epiderme, os melanomas orais, quando diagnosticados, já exibem crescimento vertical, indicando que as células malignas encontram-se infiltrando o tecido conjuntivo subjacente. De fato, o crescimento vertical foi verificado no caso aqui relatado, quando o exame anátomo-patológico revelou a presença de melanócitos malignos, ora em forma de fuso ora epitelióides, infiltrando o tecido conjuntivo, o que pode talvez justificar a capacidade de invasão e agressividade deste caso.

A sintomatologia e a apresentação clínica dos melanomas orais variam. Consta, em relatos de Gu et al, que um terço dos pacientes são assintomáticos na época do diagnóstico, pois, eventualmente, as lesões podem ser descobertas em exames de rotina pelo dentista, pelo fato de poder apresentar dois padrões diferentes de crescimento: um de rápido aparecimento, surgindo como uma extensa lesão, enquanto um segundo tipo é precedido por uma discreta área pigmentada por um período de tempo variável. Apesar de no caso aqui relatado, a lesão ter exibido crescimento rápido, hiperplásico de fácil percepção para o paciente, o este demorou a procurar tratamento porque a lesão era assintomática.

Em virtude de esta neoplasia exibir apresentação clínica variável como citado anteriormente, faz-se necessário o conhecimento e a realização do diagnóstico diferencial por parte do odontólogo com as variadas lesões pigmentadas que podem surgir na cavidade oral, e apesar de o melanoma oral ser uma neoplasia maligna de baixa frequência, as lesões pigmentadas são rotineiramente

encontradas na mucosa oral, devendo estas serem adequadamente diagnosticadas e tratadas, se necessário, quando presentes nesta localização.

Dentre as entidades que podem ser confundidas clinicamente com o melanoma oral, destaca-se a pigmentação melânica fisiológica, que é provocada pelo aumento da produção e deposição de melanina, estimulado por fatores endócrinos, Doença de Addison, tatuagem por amálgama, o qual é relativamente comum e ocorre por introdução de partículas deste material restaurador na mucosa oral, e, ainda, o nevus, que pode ocorrer em qualquer área da mucosa oral como uma mancha negra intensa, circunscrita, de pequenas dimensões, com capacidade de transformar-se em melanoma. Como existem muitas semelhanças clínicas entre o melanoma e o nevus, um sistema "ABCD" de avaliação foi desenvolvido, em que o melanoma geralmente exhibe: A, assimetria, por causa de seu padrão de crescimento incontrolado; B, bordas irregulares, C, coloração em matizes, que varia de tons de marrom a negro, branco, vermelho e azul e D, diâmetro maior que 6mm (NEVILLE et al 2004). Ressalta-se que, na maioria dos casos, o diagnóstico definitivo é feito somente através de biópsia.

De acordo com Gu et al, o tratamento atual de escolha é a cirurgia, quimioterapia (Vincristina + Dacyimiocina), que pode ser usada para reduzir o tamanho do tumor antes da realização da cirurgia com ou sem auxílio de imunoterapia, através da injeção intralesional de drogas imunossupressoras, como interferon-a e interleucina-2, citando, ainda, que a completa remoção da lesão é recomendada, e a anatomia da região pode ser um obstáculo à realização de uma boa margem de segurança, o que pode contribuir para as recorrências e metástases. A remoção dos linfonodos cervicais só é recomendada para pacientes com linfonodos clinicamente palpáveis.

Para alguns autores como Dimitrakopoulos, Lazaridis, Skordalake, Neville et al, e Tanaka; Mimura;

Ogi, apesar de a excisão cirúrgica ser o tratamento de escolha, a extensão da lesão ainda é controversa, pois alguns aconselham uma margem de 3 a 5 cm ao redor do tumor, e outros indicam que uma margem de 1cm é adequada para os tumores pequenos e iniciais.

Como citado anteriormente, o prognóstico do melanoma oral, apesar de pobre, é variável (DIMITRAKOPOULOS, LAZARIDIS, SKORDALAKE 1998). Uma taxa de sobrevivência de 5 anos de 80% para melanomas cutâneos, contrastando com uma variação de 11 a 32% para melanomas orais, foi reportado por Hicks & Flaitz. Segundo Gu et al, a taxa de sobrevivência de 5 anos é de 18% e 11% para a gengiva e palato respectivamente, sendo esta de 18 meses quando há envolvimento de linfonodos regionais e de 46 meses, quando não há comprometimento nodal. Entretanto, Tanaka et al citaram que o diagnóstico precoce e um tratamento eficaz podem melhorar o prognóstico dessas lesões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do caso aqui relatado e da literatura pertinente consultada, percebe-se que o melanoma oral, apesar de raro, exibe um comportamento biológico altamente agressivo e, conseqüentemente, pobre prognóstico para os pacientes. Dessa forma, o odontólogo deve estar atento para qualquer lesão pigmentada que possa surgir na mucosa oral para que seja instituído um correto diagnóstico e terapêutica adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARKER, B. F. et al. Oral mucosal melanomas: the Westop Banff workshop proceedings. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endod**, Saint Louis, v. 83, p. 672-679, 1997.

DIMITRAKOPOULOS, I.; LAZARIDIS, N.; SKORDALAKI, A. Primary malignant melanoma of the oral cavity.

Report of na unusual case. **Aust Dent J**, Sydney, v. 43, n. 6, p. 379-381, 1998.

FIRRIOLO, F. J. **Malignant melanona**. Disponível em: <http://www.dentalcare.com/soap>. Acesso em abr. 2004.

GU, M. G. et al. Intraoral melanoma: Long-term follow-up and implication for dental clinicians. A case report and literature review. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endod**, Saint Louis, v. 96, n. 4, p. 404-413, 2003.

HICKS, M. J. & FLAITZ, C. M. Oral mucosal melanoma: epidemiology and pathobiology. **Oral Oncol**, Oxford, v. 36, p. 152-169, 2000.

LOMBARDI, T. et al. An unusual intraosseous melanoma of the maxillary alveolus. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endod**, Saint Louis, v. 80, p. 677, 1995.

MANOLIDIS, S. & DONALD, P. J. Malignant mucosalmelanoma of the head and neck. Review of the literature and report of 14 patients. **Cancer**, v. 80, p. 1373-1386, 1997.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.

RAPIDIS, A. et al. Primary malignant melanoma of the oral mucosa. **J Oral maxilofac Surg**, Philadelphia, v. 61, p. 1132-1139, 2003.

ROWLAND, H. N. Primary malignant melanoma arising in the dorsum of the tongue. **British J Oral Maxillofac Surg**, Edinburgh, v. 41, p. 197-198, 2003.

SILVA, N. J. et al. Malignant melanoma of the oral mucosa in a 17-year-old adolescent girl. **Arch Pathol Laborat Med**, Chicago, v. 126, p. 1110-1113, 2001.

TANAKA, M.; MIMURA, M.; OGI, K. T. Primary malignant melanoma of the oral cavity: assessment of outcome from the clinical records of 35 patients. **Head Neck Oncol**, 2004.

TAUSCHER, A.; JEWELL, W. R.; DAMJANOV, I. Malignant melanoma of the lip spreading in a pagetoid manne into the minor salivary glands. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endod**, Saint Louis, v. 94, p.341-344, 2002.