

JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1



MELANOMA PRIMÁRIO EM MUCOSA ORAL

PRIMARY ORAL MUCOSA MELANOMA

Anelise Ribeiro Peixoto ALENCAR
Hospital de Referência de Araguaína e Centro
de Especialidades Odontológicas (HRA/CEO)
E-mail: icalencar@uol.com.br

Bruno Ribeiro ALENCAR
Universidade Federal do Maranhão-UFMA
E-mail: brunoribeiroalencar@hotmail.com

Jailce Alves OLIVEIRA
Universidade Tocantinense Presidente
Antônio Carlos UNITPAC-TO
E-mail: jailcealves@gmail.com

José Ferreira de MENEZES FILHO
(In memoriam)



RESUMO

O melanoma primário em mucosa oral é uma neoplasia maligna rara, com múltiplas apresentações clínicas, comportamento clínico agressivo e pobre prognóstico. Seu tratamento padrão é a cirurgia, entretanto há controvérsias com relação à extensão das margens cirúrgicas, assim como do emprego da radioterapia e/ou quimioterapia adjuvantes. Este estudo relata o caso de um paciente do sexo masculino, encaminhado ao Departamento de Prevenção e diagnóstico do câncer e demais afecções bucais do Hospital Regional de Araguaína-TO, com lesão pigmentada, associada à lesões-satélites em maxila. Ao exame clínico constatou-se a presença de lesão enegrecida, sangrante, hemorrágica e fétida em rebordo alveolar e palato duro à esquerda, assim como presença de linfonodos cervicais homolaterais palpáveis e fixos nos tecidos mais profundos. Executada biópsia incisional e imuno-histoquímica, confirmando o diagnóstico clínico de melanoma. Realizadas tomografia computadorizada de cabeça e pescoço e radiografias de tórax, constatando-se a presença múltiplas metástases cervicais e pulmonares. Em consequência do extenso comprometimento local e sistêmico o paciente foi considerado fora de possibilidades terapêuticas, sendo encaminhado para cuidados paliativos, indo a óbito em 3 meses.

Palavras-Chave: Melanoma oral. Lesões satélites. Metástases.

ABSTRACT

Primary oral mucosa melanoma is a rare malign neoplasia presenting multiple clinical aspects, an aggressive clinical behavior and a poor prognosis. Radical surgery is the standard treatment, though there are controversial opinions regarding to surgical margins, as well as the adjuvant radio and/or chemotherapy. This work refers to a case report of a male patient who has come to the department of prevention and diagnosis of oral cancer and other oral diseases of the state Reference Hospital, Araguaína, Tocantins, which complained a large pigmented lesion in the left alveolar ridge associated to maxillary satellite lesions. At the clinical examination a bulky darken, hemorrhagic and fetid mass was attached to upper left alveolar ridge; as well as large cervical homolateral limphonades were observed fixing in the deep tissues. An incisional biopsy of the oral lesion revealed histopathological and imunohistochemical positivity to a malign primary oral mucosa

Anelise Ribeiro Peixoto ALENCAR; Bruno Ribeiro ALENCAR; Jailce Alves OLIVEIRA; José Ferreira de MENEZES FILHO (In memoriam). Melanoma Primário em Mucosa Oral. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. Agosto. Ed. 29. V. 1. Págs. 76-85. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdadefacit.edu.br.

melanoma. Head and neck CT and chest x-rays revealed the existence of several cervical and lung metastasis. In view of that the patient was considered out of treatment possibilities, so directed to palliative cares coming to dead three months later.

Keywords: Metastasis. Oral melanoma. Satellite lesions.

INTRODUÇÃO

O melanoma é um câncer basicamente de pele, que tem origem a partir da transformação maligna de melanócitos, porém outros tecidos podem ser envolvidos pelo processo, tais como conjuntiva, cavidade nasal, seios paranasais, cavidade oral, vulva, vagina e mucosa anorretal. É de rara ocorrência em mucosa oral, sua incidência varia entre 0,1 a 8% entre todos os melanomas^{1,2,3,4}. As localizações de maior incidência são: palato duro, palato mole e gengiva maxilar, sua ocorrência nas demais topografias orais é menos frequente^{5,6,7}. Ocorrem geralmente em pacientes idosos, após a sexta década de vida, acometendo principalmente pacientes do sexo masculino^{8,9}, com tendência para recorrer localmente e desenvolver metástases à distância¹⁰. Como consequência de sua raridade o conhecimento sobre sua patogênese e fatores de risco é até o presente momento insuficiente^{2,4}.

Sua manifestação clínica é variável¹¹, podendo apresentar-se como lesões pigmentadas, proliferativas ou mesmo não pigmentadas, estas últimas mais raras, únicas, múltiplas, primárias ou metastáticas¹². Seu crescimento descontrolado usualmente manifesta-se inicialmente como uma macula que normalmente evolui para uma tumoração fortemente pigmentada, com bordas assimétricas e irregulares, às vezes acompanhada de úlcera e hemorragia, que tende ao aumento progressivo e a alto potencial metastático^{1,12}.

O quadro clínico consiste em sangramento, dor, mobilidade dental e inadequações na adaptação de próteses removíveis, entretanto um número significativo de pacientes apresenta-se assintomático no momento do diagnóstico^{13,11}.

O diagnóstico diferencial é realizado com: mácula melânica, melnose fisiológica, nevus, tatuagem por amálgama e sarcoma de Kaposi⁸. O diagnóstico é formulado através de biópsia da lesão^{1,13}. O tratamento padrão consiste em cirurgia, entretanto não há consenso quanto à extensão da ressecção assim como em relação à utilização de radioterapia e/ou quimioterapia adjuvantes^{1,6,14}. Esta neoplasia apresenta comportamento biológico diferente do melanoma cutâneo, as lesões são localmente invasivas, podendo envolver osso adjacente e/ou desenvolver metástase, principalmente em pulmão e fígado¹⁵.

É considerado como um dos cânceres mais mortais entre as neoplasias humanas, apresentando normalmente péssimo prognóstico¹.

Seu prognóstico é reservado e guarda relação direta com a profundidade e tamanho da lesão, presença ou ausência de necrose, invasão vascular, presença de população celular tumoral polimorfa e comprometimento linfonodal⁹. Em consequência de sua maior agressividade, seu prognóstico é considerado pior do que o dos melanomas cutâneos^{1,16}, com uma sobrevida de 5 anos de 80% para os cutâneos, contrastando uma taxa de sobrevivência variando de 11 a 32% para os orais¹².

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 73 anos de idade, pardo, usuário de fumo mascado, sem histórico de etilismo, aposentado. Compareceu ao Departamento de Prevenção e diagnóstico do câncer e demais afecções bucais do Hospital Regional de Araguaina-TO em agosto de 2012 com história de tumoração oral de crescimento rápido, com sangramento significativo, associado a dor moderada e mau hálito.

Relatou que o problema teve início há mais ou menos 10 meses após extração dentária, referiu perda de peso (2 quilos em 3 meses) e disfagia. Ao exame intra-oral apresentava lesão tumoral vegetante, séssil, de coloração enegrecida, dolorosa e sangrante à palpação, não pulsátil, de odor fetido, com mais ou menos 5 cm em seu maior diâmetro, localizada em região de molares e pré-molares superiores à esquerda, com presença de lesões satélites hiperpigmentadas homolaterais em palato duro com mais ou menos 0,5 cm.



Figura 1. Aspecto clínico da lesão como a presença de lesões satélites.

Ao exame clínico extraoral constatou-se a presença de comprometimento linfonodal homolateral em região submandibular, com massa firme, dolorosa e fixa nos tecidos mais profundos com mais ou menos 10 cm em seu maior diâmetro, não foi observada a presença de nenhuma outra lesão pigmentada cutânea ou mucosa.

Realizada biópsia incisional em lesão-satélite e PAAF em linfonodo submandibular homolateral, ambos confirmatórios para o diagnóstico clínico de melanoma. Executada análise imuno-histoquímica com os marcadores antigênicos S100, HBM 45 e Melan A, todos positivamente reativos.

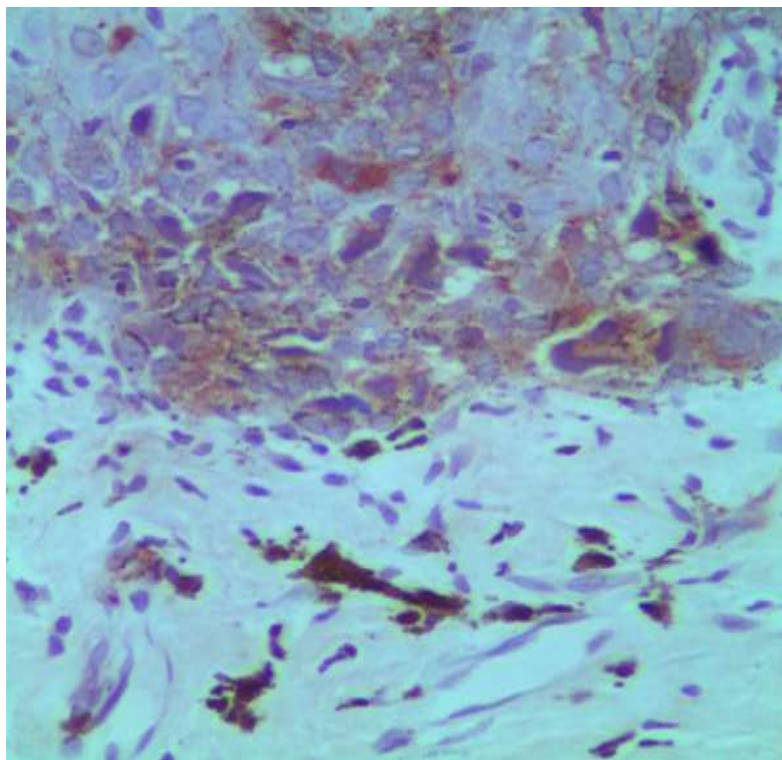


Figura 2. Imuno-histoquímica positivamente reativa para S 100.

Solicitado tomografia de crânio e pescoço, radiografia de tórax (PA e Perfil) e ultrassonografia de abdômen para análise da extensão e comprometimento de estruturas adjacentes e a distância pela lesão. Constatada a presença de lesão expressiva em região de maxila esquerda associada a metástases cervicais homolaterais extensas e confluentes.

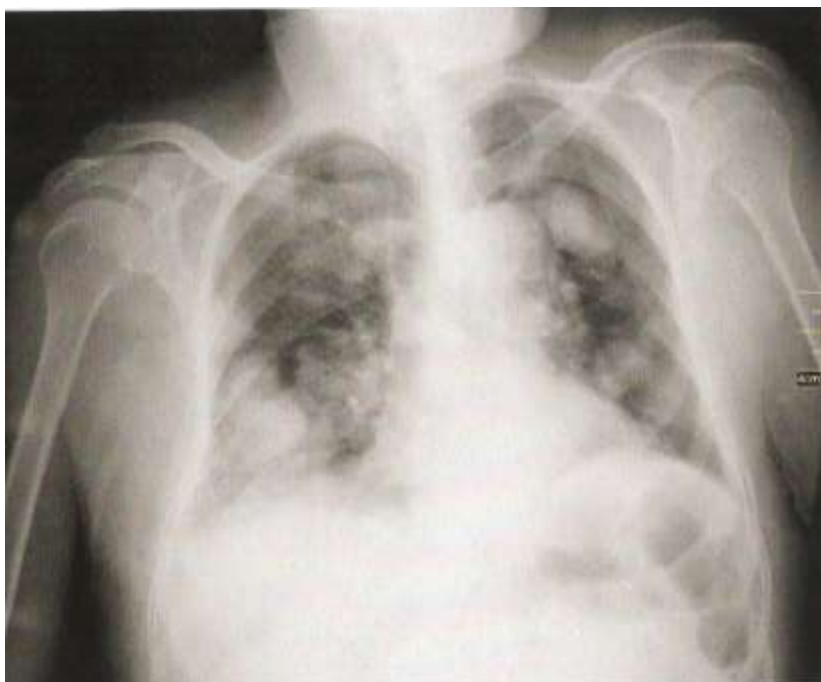


Figura 3. Radiografia de tórax (Pósterio Anterior) evidenciando a presença de múltiplas metástases pulmonares.

Assim como a múltiplas metástases pulmonares conforme Figura 4.



Figura 4. Múltiplas metástases pulmonares conforme.

Não foram constatados achados clínicos significativos referentes à ultrassonografia abdominal.

Em consequência do extenso comprometimento sistêmico ocasionado pela doença, o paciente foi considerado fora de possibilidades terapêuticas, sendo instituído cuidados paliativos, com o paciente indo a óbito em 3 meses.

DISCUSSÃO

O melanoma primário em cavidade oral é uma neoplasia rara^{1,2,3,4}. Como consequência de sua baixa prevalência o conhecimento sobre sua patogênese e fatores de risco é até o presente momento incerto^{2,4}. Segundo Gu et al.¹⁵ o tabaco e a exposição ao formaldeído tem sido relatados como fatores predisponentes para esta neoplasia. Para Casariego & Baudo⁸ o trauma associado a próteses mal adaptadas, fatores químicos como álcool e má higiene oral também são considerados como fatores de risco, porém altamente controversos. Aguas et al.¹⁶ em estudo de 10 casos e revisão de literatura de 177 casos concluíram que micro trauma por dentadura foi encontrado em 60% dos pacientes, entretanto não foi encontrada nenhuma relação com o uso do tabaco.

Segundo Patel et al.¹⁷ cirurgia é a opção de tratamento principal, e pode ser combinada com radioterapia e quimioterapia adjuvante, principalmente para os pacientes com pior prognóstico, entretanto o mesmo permanece sombrio e falha local ocorre em cerca de metade dos pacientes. Já Gu et al.¹⁵ e Lengyel et al.¹⁸ citaram a imunoterapia como forma de tratamento. Para Mendenhall et al.⁶ há controvérsia com relação à extensão da ressecção e ao emprego de radioterapia e/ou quimioterapia adjuvantes. Conforme Benlyazid et al.¹⁹ a radioterapia contribui para o controle local em melanomas da mucosa da região de cabeça e pescoço, porém não altera a sobrevida.

Para Hicks & Flaitz¹², assim como Garcia et al.²⁰ o pior prognóstico do melanoma oral, quando em comparação com o cutâneo, está aparentemente associado às diferenças entre suas características histológicas e anatômicas, ao seu diagnóstico tardio, a falta de tratamento padronizado, a dificuldade de ressecção cirúrgica com margens livres, a tendência elevada de invasão vertical e as metástases hematogênicas precoces.

Conforme Garcia et al.²⁰ o prognóstico do melanoma oral é pior quando comparado ao cutâneo, sendo que a taxa de sobrevida de cinco anos para os pacientes com essa neoplasia não excede 5% a 9 % dos casos. Já para Gu et al.¹⁵ e Meleti et al.²¹ a taxa de sobrevida em cinco anos e de 15% para os melanomas orais e 80% para os cutâneos.

Para Chagin & Sardi¹, Kumar⁴, Aguas et al.¹⁶, Neeraj Sharma²² e Goel et al.²³, o diagnóstico precoce obtido através de biópsia de lesões pigmentadas em mucosa oral é essencial para a melhora do prognóstico e a instituição imediata do tratamento adequado, uma vez que até o presente momento este é o único recurso efetivamente disponível para melhorar a sobrevivência dos doentes portadores da patologia em questão.

Assim como no caso em questão, em relato de caso descrito por Santos et al o diagnóstico histológico foi auxiliado por técnica de imuno-histoquímica, usando os marcadores S100 e Melan A. Tal conduta se justifique, pois, alterações morfológicas apresentadas pelos melanócitos podem ser semelhantes àquelas encontradas em outras neoplasias como sarcoma. Está confusão pode retardar o diagnóstico final e resulta em pior prognóstico.²⁴

O pequeno número de casos de melanoma oral delimita o tamanho da amostra, dificultando o manejo adequado para gestão da doença e suas formas de tratamento. Sugere-se, portanto a realização de estudo multicêntricos para a obtenção de dados mais robustos²⁵.

CONCLUSÃO

O melanoma primário em cavidade oral é uma neoplasia rara e de comportamento clínico altamente agressivo, com manifestações clínicas e sintomatologia variáveis, o mesmo faz diagnóstico diferencial com múltiplas lesões pigmentadas de ocorrência relativamente comum em cavidade oral.

Acredita-se que tais fatores são determinantes para o diagnóstico tardio e conseqüentemente para o péssimo prognóstico associado ao mesmo. Portanto, exame clínico criterioso, assim como biópsia de lesões pigmentadas em cavidade oral são mandatórios para a formulação do diagnóstico precoce e conseqüentemente instituição imediata de tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

- 1 – Chargín AL, Sardi. BJR. Melanoma maligno de la cavidad bucal: reporte de un caso. Acta odontol. Venez. 2003; 41(2):135-139.
- 2 - Mihajlovic M, Vlajkovic S, Jovanovic P, Stefanovic V. Primary mucosal melanomas: a comprehensive review. Int J Clin Exp Pathol. 2012; 5(8): 739–753.
- 3 – Bhullar RPK, Bhullar A, Vanaki SS, Puranik RS, Sudhakara M, Kamat MS. Primary melanoma of oral mucosa: A case report and review of literature. Dent Res J. 2012; 9(3): 353–356.
- 4 – Kumar A, Bindal R, Shetty DC, Singh HP. Primary oral malignant melanoma: Clinico pathological series of four cases. Dent Res J. 2012;9(3) 338–344.
- 5 - Speight PM. Mucosal malignant melanoma. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World health organization classification of tumours: Pathology & genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press; 2005:206-207.
- 6 - Mendenhall WM, Amdur RJ, Hinerman RW, Werning JW, Villaret DB, Mendenhall NP. Head and neck mucosal melanoma. Am J Clin Oncol. 2005; 28:626-30.
- 7 - Lasithiotakis, K. G. *et al.* The incidence and mortality of cutaneous melanoma in Southern Germany. Trends by anatomic site and pathologic characteristics, 1976 to 2003. Cancer. 2006;107(6):1331-9.
- 8 - Casariego ZJ; JE Baudo. Revisão de trabalho: melanoma. Implantol periodontal Av. 2004;16(3):157-177.
- 9 - Rapidis AD, Apostolidis C, Vilos G, Valsamis S. Primary malignant melanoma of the oral mucosa. J Oral Maxillofac Surg. 2003;61(10):1132-139.

10 - Bachar G, Loh KS, Sullivan BO, Goldstein D, Wood S, Brown D, Irish J. Mucosal melanomas of the head and neck: the Princess Margaret Hospital experience. *Head Neck*. 2008;30(10):1325-1331.

11 - Medina JE, Canfield V. Melanoma maligno da cabeça e pescoço. In: Myers PT, Suen JY. *O câncer de cabeça e pescoço*. Philadelphia: WB Saunders Co. 1996;160-83.

12 - Hicks MJ, Flaitz CM. Oral mucosal melanoma: epidemiology and pathobiology. *Oral Oncol*. 2000; 36:152-69.

13 - Garzino-Demo P, Fasolis M, Maggiore GM, Pagano M, Berrone S. Oral mucosal melanoma: a series of case reports. *J Craniomaxillofac Surg*. 2004;32(4):251-57.

14 - 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*.2002;94:341-344.

15 - GU, MG, Epstein JB, Morton TH, Jr. 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*.2003;96(4):404-413.

16 – Aguas SC, Quarracino MC, Lence AN, Tizeira HEL. Primary melanoma of the oral cavity:Ten cases and review of 177 cases from literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 1;14 (6):265-71.

17 - Patel SG, Prasad ML, Escrig M, Singh B, Shaha AR, Kraus DH, Boyle JO, Huvos AG, Busam K, Shah JP.Primary mucosal malignant melanoma of the head and neck. *Head Neck*. 2002; 24:247–57.

18 - Lengyel E, Glide K, Remenar E, Esik O. Malignant mucosal melanoma of the head and neck. *Pathol Oncol Res*. 2003; 9:7–12.

19 - Benlyazid A, Thariat J, Temam S, Malard O, Florescu C, Choussy O, et al. Postoperative radiotherapy in head and neckmucosal melanoma: a GETTEC study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010; 136:1219–25.

20 - García RG, Gias LN, Martos PL, Nam-Cha SH, Campo FJR, Guerra MFM, et al. Melanoma of the oral mucosa. Clinical cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*.2005;10: 264-71.

21 - Meleti M, Leemans CR, Mooi WJ, Vescovi P, van der Waal I. Oral malignant melanoma: A review of the literature. *Oral Oncol*. 2007;43:116–121.

22 - Neeraj Sharma. Primary Oral Malignant Melanoma: Two Case Reports and Review of Literature. Published online 2012 July 30. doi: 10.1155/2012/975358.

23 – Goel A, Sreenivasan V, Patil P, Juneja N. Oral Malignant Melanoma – A Review.

International Dental Journal of Student’s Research. Oct 2012-Jan 2013; 1(3), 74-77.

24 – Santos ILL, Araujo MAV, Araujo MD, Jardim JF.Melanoma Oral Primario – Relato de Caso. *Anais da Jornada Odontológica Quixadá*, Volume 4, N1 Agosto 2018.

25 – Coelho AS, Rodrigues BTG, Chagas WP, Israel MS – Melanoma Oral: Revisão de Literatura – Ciência Atual, Volume 16 n 2, 2020, PG 150-157.