

MELANOMA DE ASSOALHO DE BOCA: RELATO DE CASO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

José Antonio Chehuen NETO, Mauro Toledo SIRIMARCO, Felipe AMARAL, Fernanda Gonzaga COSTA, Mariana de Souza e SOUSA, Thiago Evangelista VIANNA, Maria Augusta Marques Sampaio de SOUZA, Nathália Silva BAPTISTA, Samuel Lopes MENDES

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

RESUMO

Na pele e mucosas da cabeça e pescoço, o melanoma maligno é neoplasia infreqüente, correspondendo a 17% do total de casos. Nas mucosas é considerada lesão rara, correspondendo a aproximadamente 0,5% a 3%, sendo mais freqüente nos seios paranasais, na fossa nasal e na cavidade oral. Nesta última, é mais comum na maxila superior, palato e gengiva alveolar. Esta lesão é mais freqüente no sexo masculino. Relatamos o caso de uma paciente de 56 anos, com lesão melanótica de bordas irregulares medindo 1,6 X 1,1 cm, localizada em assoalho anterior da boca, junto às papilas dos ductos submandibulares. Havia cicatriz cirúrgica na região submandibular direita devido a retirada de 1 (um) linfonodo metastático realizada há poucos dias. No pré-operatório apresentava Tomografia Computadorizada do pescoço, tórax e abdômen, videolaringoscopia e exames laboratoriais normais. Foi submetida a exérese da lesão com margens amplas e esvaziamento cervical à direita nos níveis I, II, III e, à esquerda, nos níveis II e III. No pós-operatório recebeu quimioterapia e Interferon-alfa 2b em altas doses, segundo protocolos internacionais. Discutimos também dados da literatura referente ao tratamento cirúrgico e complementar pós-operatório nos melanomas de mucosa em cabeça e pescoço.

PALAVRAS-CHAVE

Melanoma, mucosa, assoalho bucal

INTRODUÇÃO

O melanoma maligno (M.M.) é um tumor que se origina dos melanócitos, células que produzem o pigmento que dá cor à pele. É lesão com alto potencial metastático¹, e pode originar-se de pele sã ou de lesões pigmentadas preexistentes, os nevos pigmentados. Participa com 3% de todos os tumores malignos, incidência que vem aumentando 4,5% a cada ano.²

Melanoma maligno primário de cabeça e pescoço é entidade rara, mais comum no sexo masculino e em pessoas acima de 50 anos, presente apenas em 17% dos melanomas³. Aproximadamente 0,5% a 3,0% dos casos ocorrem nas mucosas, sendo mais freqüente nos seios paranasais, na fossa nasal e na cavidade oral. Nesta, ocorre com freqüência aproximadamente quatro vezes maior (70 a 80%) na mucosa oral superior da maxila, usualmente no palato ou gengiva alveolar. O restante aparece na língua, lábios e assoalho da boca^{4,5}. Essas características contribuem para o atraso no diagnóstico dessa lesão.

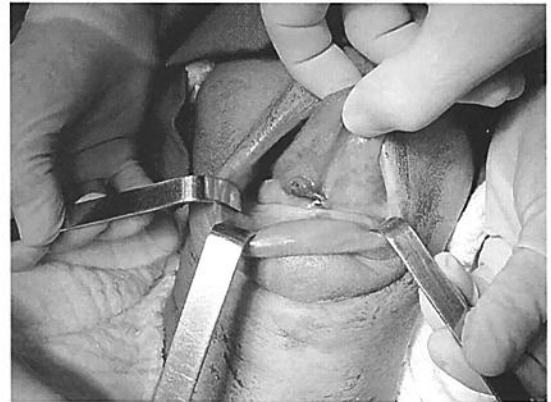
RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 56 anos, apresentando ao exame loco-regional lesão no assoalho bucal anterior, junto às papilas das glândulas submandibulares e cicatriz cirúrgica na região submandibular direita de 3,0 cm, devido à retirada de um linfonodo cujo exame anátomo-patológico evidenciou lesão metastática de melanoma. No pré-operatório, apresentava Tomografia Computadorizada (T.C.) do pescoço, tórax e abdômen normais. Foi realizada excisão cirúrgica ampla da lesão por acesso bucal, seguida de esvaziamento cervical direito, nos níveis I, II e III e esquerdo, nos níveis II e III. Na análise das peças operatórias, foi diagnosticado melanoma maligno nodular de mucosa de assoalho bucal medindo 1,6 x 1,4 x 1,1 cm, com margens cirúrgicas livres e linfonodos submentonianos e glândulas submandibulares sem particu-

laridades. No pós-operatório, foi submetida a tratamento quimioterápico com Muforan, Oncovin e D.T.I.C (dimetiltriazenoimidazol carboxamida), e Interferon-alfa 2b em altas doses. A paciente evoluiu com leucopenia importante, sendo medicada com Proleukin e Filgrastina, não interrompendo o Interferon-alfa 2b. Encontra-se com 3 anos de evolução, sem recidiva ou metástases.

FIGURA 1

Lesão melanótica no assoalho bucal, junto ao sulco pelvelingual e à papila da glândula submandibular direita.



DISCUSSÃO

Calabrese et al.⁶ afirmaram que os melanomas primários da mucosa do trato aerodigestivo alto são incomuns e representam somente de 1,7 a 3% de todos os tumores primários desse tipo. Segundo esses autores, as localizações mais freqüentes são a fossa nasal, os seios paranasais e a cavidade bucal, onde os tumores usualmente se desenvolvem no palato, borda alveolar, lábios, língua e assoalho da boca.

Dimitrapoulos et al.⁷ afirmaram que os melanomas da cavidade bucal são encontrados principalmente na mucosa de maxila superior, palato e gengiva alveolar.

Hoyt et al.⁸ revelaram que apenas 17% dos melanomas (incluindo pele e mucosa) se localizam em cabeça e pescoço e, desses, somente 0,5 a 1,7% incidem na região mucosa. Lee et al.⁹ referem que a incidência de melanoma de mucosa na cabeça e pescoço é de 0,3 a 10%.

Para Bhattacharyya et al.¹⁰ os melanomas de cavidade bucal são raros, mas correspondem a cerca de 27 a 40% dos tumores desse tipo que surgem na região de cabeça e pescoço.

Gorsky e Epstein¹¹ fizeram revisão cuidadosa do melanoma de mucosa da cabeça e pescoço, referindo proporção entre os sexos de 1,5 a 2,0 homens para 1,0 mulher.

O diagnóstico diferencial do melanoma maligno em mucosa bucal é feito principalmente com os nevos pigmentados, a mancha hiperpigmentar racial e lesões escuras provocadas por amálgamas dentários.

O nevo melanótico na cavidade bucal é raro e tem localização mais freqüente no palato, local de incidência semelhante ao do melanoma da cavidade oral. O nevo oral como precursor do melanoma é uma hipótese referida na literatura, uma vez que a maioria dos pacientes analisados com diagnóstico de melanoma apresentava nevo por um período de até 20 anos anterior à lesão^{4,12}.

Chaundry ⁴ alerta que 50% dos negros têm melanose na cavidade oral, o que requer cuidado com o diagnóstico diferencial do nevo melanótico e do melanoma.

Lesões escuras provocadas por amálgamas dentários são lesões iatrogênicas provocadas por implantação traumática de partículas de amálgama nos tecidos moles. Acontece principalmente após extração dentária ou preparo de dentes com obturações antigas de amálgama. Esse tipo de lesão se parece com lesões produtoras de melanina. As radiografias, a história e o aspecto cinzento uniforme, persistente contribuem para diferenciar a tatuagem causada pelo amálgama do melanoma. Em caso de dúvida, deve ser feita a biópsia ¹³.

O Sarcoma de Kaposi pode se apresentar de forma semelhante ao melanoma maligno devido à sua coloração vinhosa escura. A história clínica, exames complementares (anti-HIV, entre outros) e a biópsia elucidam o quadro ¹⁴.

A lesão traumática provocada pelas próteses da cavidade bucal deve ser sempre observada, uma vez que provocam desde hiperplasias até a possível malignização das lesões melanóticas ¹⁵.

Mais difícil é a diferenciação entre tumor primário de mucosa bucal e lesão metastática de um sítio primário distante da boca. Para tal, pode ser necessário proceder a um "diagnóstico de exclusão", utilizando exames complementares como Mapeamento cintilográfico de corpo inteiro, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética. Patton et al ¹², em estudo retrospectivo de 809 pacientes com melanoma, encontraram incidência de 3% de lesões metastáticas em mucosa bucal.

Em relação ao tratamento dos melanomas bucais, Hoyt et al ⁸ e Lee et al ⁹ recomendam a excisão cirúrgica com margem ampla, seguida de radioterapia.

Doval et al ¹⁶ revisaram 14 casos de melanoma maligno de cavidade bucal, encontrando 80% de insucesso no tratamento utilizando quimioterapia isolada.

Garzino et al ¹⁷ propõem a abordagem cirúrgica combinada à quimioterapia como tratamento de primeira escolha.

Hancock et al ¹⁸, após o estudo de 4.000 casos, concluíram que há benefícios para a sobrevida livre de doença com o uso pós-operatório de Interferon alfa 2b em altas doses.

Chaundry ⁴ recomenda a ressecção ampla da lesão associada à linfadenectomia cervical em casos de linfonodos metastáticos.

Manolidis & Donald ¹³ fizeram extensa revisão do melanoma de mucosa da cabeça e pescoço, ao analisarem 1000 pacientes evidenciando taxas de sobrevida em 5 anos de 17%, e de 5,0% em 10 anos. Aproximadamente 19% dos pacientes se apresentaram com metástase linfonodal, e outros 16% a desenvolveram após o tratamento. Houve falha do tratamento em mais de 50% dos pacientes, sendo que, em 25% desses, a cirurgia de resgate foi efetiva. Os pacientes com melanoma de fossa nasal e seios paranasais apresentaram respectivamente 31% e 0,0% de sobrevida, em 5 anos.

Cerca de 25% dos pacientes que não apresentam linfonodos metastáticos desenvolverão futuramente metástases neste sítio em um período de dois anos ⁶.

O M.M. de mucosa oral é entidade rara, de prognóstico desfavorável, sendo essencial para correto encaminhamento cirúrgico a confirmação do diagnóstico, determinar se há linfonodos cervicais acometidos, o exame completo das vias aéreas e digestivas superiores e a verificação de eventuais metástases à distância ¹⁹.

SUMMARY

MELANOMA OF MOUTH FLOOR: STORY OF CASE AND DISTINGUISHING DIAGNOSIS

A 56-year-old female with a 1.6 x 1.1 cm intraoral melanocytic lesion is described. The lesion was located near the submandibular ducts' orifice. A surgical procedure was performed and the patient was followed-up with chemotherapy and radiotherapy. Mucous malignant melanoma is an unusual situation, accounting for about 0.5 - 3.0% of all cases. The vast majority of mucous malignant melanomas are located in paranasal sinuses, nasal fossae or oral cavity. A male predominance is clearly observed in many series.

KEY WORDS

Melanoma, mucous membrane, mouth floor

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - SOBER, A J; KOH, H K; WITTENBERG, G P; WASHINGTON, CV. Melanoma e outros cânceres de pele. In : Fauci; et al. Medicina Interna. 15ª. ed. Rio de Janeiro, Grath-Hill, 2002, p.587.
- 2 - CUNE, C. S. Melanoma Maligno. In : Rosenthal, S.; Carigan, J.R.; Smith, B.D. Oncologia Prática - Cuidados com o Paciente. 2ª ed. Rio de Janeiro, Revinter, 1995, p.213.
- 3 - CONLEY, J; PACK, GT. Melanoma of the head and neck. S G O; 166:15-28, 1963.
- 4 - CHAUDRY AP, HAMPEL A, GORLIN RJ. Primary malignant melanoma of the oral cavity: a review of 105 cases. Cancer, 11:923-8, 1958.
- 5 - CONLEY, J; HAMAKER, RC. Melanoma of the head and neck. Laryngoscope, 760-64, 1976.
- 6 - CALABRESE, V.; CIFOLA, M.; PARESCHI, R.; SONZOGNI, A. Primary malignant melanoma of the oral cavity. J. Laryngol Otol, 103 (9): 887-9, 1989.
- 7 - DIMITRAPOULOS, I; LAZARIDIS, N; SKORDALAKI, A. Primary malignant melanoma of the oral cavity. Report of an unusual case. Austrian Dent J, 43 (6): 379-81, 1998.
- 8 - HOYT, D J; JORDAN, T; FISHER, S R. Mucosal melanoma of the head and neck. Otolaryngol Head and Neck Surg, 115: 1096-9, 1989.
- 9 - LEE, S P; SHIMIZU, K T; TRAN, L. M. Mucosal melanoma of the head and neck: the impact of local control survival. Laryngoscope, 104: 121-6, 1994.
- 10 - BHATTACHARYYA, N.; NORRIS, C M; COLEVAS, A D; CHASSE, T A. Intramucosal spread of malignant melanoma of the oral cavity. Otolaryngol Head and Neck Surg, 119: 711-3, 1998.
- 11 - GORSKY, M.; EPSTEIN, J B. Melanoma arising from the mucosal surfaces of the head and neck. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodont, 86 (6):715-9, 1998.
- 12 - PATTON, LL; BRAHIM, J S; BAKER, A R. Metastatic malignant melanoma of the oral cavity. A retrospective study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 78 (1):51-6, 1994.
- 13 - SPIROS M; PAUL J D. Malignant Mucosal Melanoma of the Head and Neck. Review of the Literature and Report of 14 Patients. Acta Otolaryngica Suppl (Stockh) 1998;534:1-11
- 14 - DUVIVIER, A. In: Atlas de Dermatologia Clínica, 2ª ed São Paulo, Manole, 1995, p.23.
- 15 - EISEN, D; VODRHEES, JJ. Oral melanoma and other pigmented lesions of the oral cavity. Am Acad Dermatol, 24: 531-35, 1977.
- 16 - DOVAL, D C; RAO, C R; SAITHA, K S; VIGAYAKUMAR, M; MISRA, S; MANI, K; BAPSY, P P; KUMARASWAMY, SV. Malignant melanoma of oral cavity: report of 14 cases from a regional cancer center. Eur J Surg Oncol, 22 (3):245-9, 1996.
- 17 - GARZINO, D P; CARBON, M; CARROZO, M; BROCCOLETTI, R; GANDOLFO, S. Melanoma of the oral cavity. Review of the literature. Minerva Stomatologica, 46 (6):329-35, 1997.
- 18 - HANCOCK, B W; HARRIS, S; WHEATLEY, K; GORE, M. Adjuvant interferon-alpha in malignant melanoma: current status. Cancer Treat Rev, 26 (2): 81-9, 2000.
- 19 - KATO T; TAKEMATSU H; TOMITA Y. Malignant melanoma of mucous membranes: A clinicopathologic study of 13 cases in Japanese patients. Arch Dermatol, 1987. Arch Der- matol 123:216-220 8. Nast-Kolb D.