

# Melanoma de gengiva com invasão da mandíbula

## Relato de um caso clínico

### *Gingival malignant melanoma with invasion of the mandible: Case report*

ADERCIO MIGUEL DOMINGUES<sup>1</sup>, JOSÉ NAZARENO GIL<sup>2</sup>, E MARIUCCIA GRACE S. BRUSA<sup>3</sup>

**Unitermos:** Melanoma bucal - Neoplasia. Gengiva melanoma - Mandíbula Neoplasia.

**Key Words:** Oral melanoma - Neoplasms. Gingiva Melanoma. Mandíbula - Neoplasms.

**Resumo:** Relato de caso clínico de melanoma primário de gengiva com invasão de mandíbula, em paciente do sexo feminino, cor branca, com 54 anos de idade. O exame bucal revelou tumoração pigmentada na gengiva inferior anterior, na região de incisivos vestibular e lingual e dentes abalados. A paciente relatou odontalgia nos incisivos centrais inferiores, sem cárie. O exame radiográfico revelou imagem osteolítica na mandíbula por invasão tumoral. Ocorreu envolvimento metastático bilateral nos linfonodos do pescoço. O tratamento consistiu em excisão do tumor por mandibulectomia segmentar com dissecação cervical bilateral. A paciente faleceu seis meses após o início do tratamento.

#### Introdução

Melanoma é o tumor maligno constituído por melanócitos atípicos. Usualmente, o melanoma bucal se desenvolve a partir de lesões pigmentadas da mucosa<sup>(2,3,6,7,8)</sup>. As manifestações clínicas mais comuns do melanoma bucal são representadas por manchas ou tumorações escuras, geralmente indolores<sup>(3,10,11)</sup>. A cor da mancha ou da tumoração varia, podendo ser castanha, azul ou negra. Ocasionalmente, pode não conter pigmentação. Comumente, existe um halo avermelhado na mucosa vizinha à lesão. Ulceração e sangramento são sinais clínicos frequentes. O diagnóstico precoce pode aumentar o tempo de sobrevivência dos doentes.

O melanoma bucal primário localiza-se, preferencialmente, na gengiva e mucosa do palato duro<sup>(1,3,6,9,10,12)</sup>. É raro na mucosa da boca. Tem predileção pelo sexo mascu-

lino, sendo duas vezes mais comum nos homens<sup>(1,3,6,9)</sup>. A maior frequência ocorre na faixa etária dos quarenta aos setenta anos<sup>(1,3,6,9,11)</sup>.

O potencial de invasão óssea do melanoma bucal é maior, quando seu crescimento é do tipo vertical. Se os maxilares forem invadidos, os dentes da região afetada podem estar deslocados, abalados e até mesmo esfoliados<sup>(3,4)</sup>. A invasão da mandíbula pelo melanoma provoca destruição da cortical maxilar e do osso alveolar, radiograficamente revelada por imagem osteolítica. A cirurgia radical constitui o tratamento de preferência para esse tumor maligno, que pode ser associado à radioterapia, à quimioterapia ou a ambos. O melanoma tem marcada tendência às metástases regional e à distância, tornando o prognóstico pobre.

#### Caso clínico

Paciente do sexo feminino, cor branca, com 54 anos de idade, residente em Florianópolis, foi encaminhada ao nosso Serviço para avaliação de lesão bucal.

A queixa principal foi odontalgia nos incisivos centrais inferiores, do tipo "pontada" há 6 meses, esses dentes não apresentavam cárie. O Exame Clínico intrabucal revelou tumoração na gengiva inferior na região de incisivos, tanto vestibular, como lingual, de cor azul escuro, com superfície irregular, sem ulceração e sem sangramento (figura 1). A lesão era indolor, estendia-se do incisivo lateral de um lado

Artigo elaborado no Departamento de Patologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Odontologia, em Florianópolis.

- 1 Professor Titular de Patologia Bucal, Livre-Docente.
- 2 Professor Assistente de Patologia Bucal, Mestre em Cirurgia Bucomaxilofacial pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 3 Professora Adjunta, Patologista do HU da UFSC, Especialista em Patologia pela Universidade Federal Fluminense e em Educação pela UFSC.

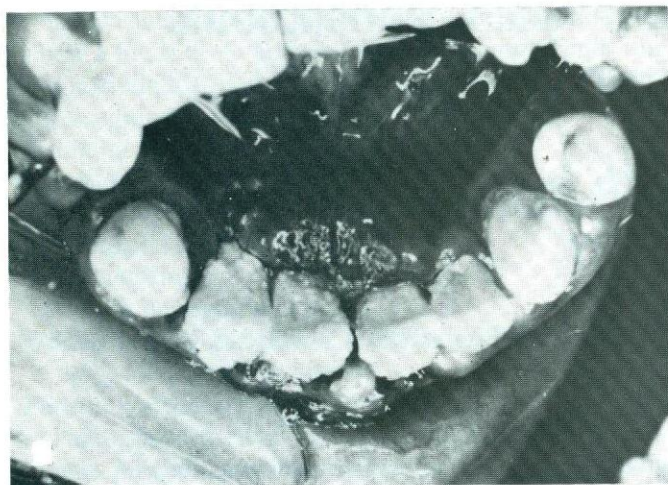


Figura 1 - Tumoração gengival vestibular e lingual, azul escuro, sem ulceração e sem sangramento, em região de incisivos inferiores.

ao homólogo do lado oposto. A posição dos incisivos inferiores era normal; os incisivos centrais estavam abalados, enquanto que a mobilidade mantinha-se normal nos incisivos laterais direito e esquerdo. Os linfonodos submandibulares apresentavam envolvimento bilateral, sendo duros, móveis e indolores à palpação.

#### Exame Radiográfico

A radiografia periapical da região de incisivos inferiores mostrou destruição da lâmina dura, especialmente na área dos incisivos centrais, bem como lise do osso alveolar próximo às raízes desses dentes, resultando em imagem radiolúcida com limites imprecisos (figura 2). A radiografia oclusal da mandíbula pouco contribuiu.

#### Exame Histopatológico

Os cortes histopatológicos revelaram mucosa malpighiana com paraqueratose, apresentando neoplasia de crescimento infiltrativo, caracterizada pela proliferação de células anaplásicas com núcleos volumosos, pleomórficos, por vezes com nucléolo evidente e cromatina granulosa. Muitas dessas células estavam carregadas de pigmento melânico no citoplasma, aparecendo no córion e em ninhos no epitélio. No estroma observou-se edema, congestão e infiltrado inflamatório linfoplasmocitário. Os cortes histológicos corados com hematoxilina e eosina mostraram células contendo melanina sob a forma de grânulos amarelos ou acastanhados. A melanina foi demonstrada também pela coloração Fontana-Masson (figura 3).

#### Tratamento

A paciente foi submetida a cirurgia no Hospital Universitário, Serviço de Cabeça e Pescoço. A operação consistiu



Figura 2 - Radiografia, mostrando destruição da lâmina dura e osso alveolar próximo às raízes dos incisivos inferiores.

em mandibulectomia segmentar com dissecação cervical bilateral. A paciente faleceu da doença seis meses após o início do tratamento.

#### Discussão

A origem dos melanócitos é controvertida. Contudo, a maioria dos autores acredita, que os melanócitos se originam na crista neural do embrião e migram, durante a vida intra-uterina, para a epiderme e mucosas revestidas por epitélio pavimentoso estratificado<sup>(5)</sup>.

O melanoma da cavidade bucal pode ter origem em lesões pigmentadas e na mucosa normal, livre de pigmento. O lentigo maligno ou melanose pré-cancerosa de Dubreuilh pode dar origem ao melanoma, mas é extremamente rara na boca<sup>(5,9)</sup>. O nevo pigmentado, que também constitui lesão rara na boca, tem crescimento limitado, mas pode se transformar nesse tumor maligno. Assim, mudanças clínicas em lesão pigmentada bucal, como aumento de tamanho, hiperpigmentação, ulceração, dor e sangramento chamam atenção, inclusive do paciente e constituem sinais de provável transformação maligna.

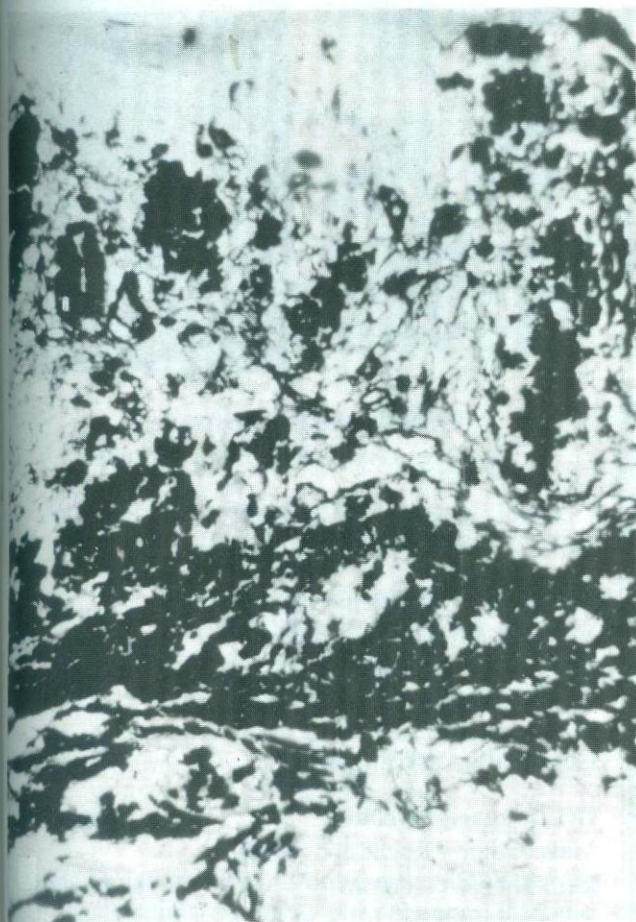


Figura 3 - Fotomicrografia revelando pigmento de melanina nas células tumorais pela coloração Fontana-Masson.

A invasão dos maxilares pelo melanoma depende do seu tipo de crescimento, sua diferenciação e localização. O melanoma bucal de propagação superficial tem evolução pouco rápida, pois permanece vários anos com crescimento radial, que se transforma durante a evolução do tumor em crescimento vertical, mais agressivo<sup>(12)</sup>.

Quando os maxilares são invadidos, o tumor causa destruição óssea revelada aos raios X. No início, a invasão tumoral é revelada na radiografia periapical por imagem radiolúcida próxima às raízes dos dentes envolvidos resultante da destruição da lâmina dura e do osso alveolar adjacente. Em estágio avançado de invasão óssea, observa-se na região comprometida do maxilar, deslocamento de dentes que ficam sem seus tecidos de suporte e envolvidos pela massa tumoral. A imagem radiolúcida atinge maior dimensão e apresenta limites mal definidos, em virtude do crescimento invasivo-destrutivo do tumor. Em radiografia oclusal, especialmente de mandíbula, pode-se notar a destruição local da cortical desse osso.

A disseminação do melanoma bucal ocorre por via linfática, comprometendo os linfonodos regionais e por via sanguínea para órgãos distantes, principalmente, pulmões,

fígado, cérebro e ossos<sup>(3)</sup>. As metástases para linfonodos regionais são comuns e, na série de Chaudhry e cols.<sup>(3)</sup>, mais de cinquenta por cento dos pacientes mostravam evidência clínica de metástase regional.

O diagnóstico definitivo do melanoma é estabelecido por biópsia. Frequentemente, os melanócitos atípicos apresentam mistura dos tipos fusiforme e cubóide, predominando uma das duas formas. No melanoma superficial, os melanócitos atípicos, geralmente, estão restritos à camada basal, que se encontra destruída. Já no melanoma invasivo, as células tumorais estão presentes no epitélio, mas infiltravam, também, o tecido conjuntivo subjacente<sup>(11)</sup>. O aspecto microscópico mostra ampla variação, podendo simular carcinoma de células escamosas, quando composto por células poliédricas volumosas com abundante citoplasma. Em alguns casos, pode estar constituído por células alongadas com margens mal definidas e citoplasma amplo, lembrando sarcoma<sup>(3)</sup>. Quando a melanina está presente, o diagnóstico torna-se fácil. Esse pigmento pode variar em quantidade e pode ser observado dentro e fora da célula<sup>(3)</sup>.

O prognóstico do melanoma bucal é pobre. A média de sobrevida na série de McCaffrey e cols.<sup>(6)</sup> foi dezesseis meses após o tratamento. Resultado similar foi obtido por Bartkowski e cols.<sup>(1)</sup>, que revelou que doze dos treze pacientes tratados por cirurgia radical, seguida de quimioterapia e radioterapia, sobreviveram por período de onze a dezoito meses. Os pacientes que recusaram tratamento, morreram entre três e nove meses após o diagnóstico<sup>(1)</sup>.

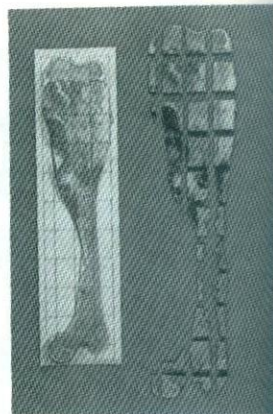
A remoção cirúrgica do tumor com ampla margem de segurança, associada à dissecação dos linfonodos do pescoço constitui o tratamento preferencial para melanoma<sup>(1, 5, 6)</sup>. A quimioterapia é ineficaz, sendo escassa a regressão da massa tumoral<sup>(6)</sup>. Geralmente, é reservada para melanomas disseminados. O melanoma apresenta baixa sensibilidade à irradiação. Na série de Chaudhry e cols.<sup>(3)</sup>, em quinze pacientes tratados por radioterapia, somente, um paciente sobreviveu por três anos. Em pacientes com tumor em estágio avançado costuma-se empregar tratamento paliativo, constando cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

### Summary

*A case of primary malignant melanoma of gingival mucosa with invasion of the mandible in 54 year old white woman is presented. Oral examination revealed pigmented tumor on the lower anterior gingiva by facial and lingual and loose teeth. The patient related odontalgia in the lower central incisors. Dental radiographic examination disclosed osteolytic image in the mandible. Bilateral metastasis to the neck lymph nodes was observed. Treatment consisted in tumor excision by segmentar mandibulectomy and bilateral neck dissection. The patient died of his disease six months after initial treatment.*

### Referências Bibliográficas

01. BARTKOWSKI, S.B. et al. - Primary malignant melanoma of the oral cavity; review of 20 cases. *Amer. J. Surg.*, 148: 362-6, 1984.
02. BARTON, R.T. - Mucosal melanomas of the head and neck. *Laryngoscope*, 85: 93-9, 1975.
03. CHAUDHRY, A.P. et al. - Primary malignant melanoma of the oral cavity: a review of the 105 cases. *Cancer*, 11(5): 923-8, 1958.
04. CHARROUDIAN, G. K. - Primary malignant melanoma of the oral cavity: Report of case. *Oral Surg., Oral Med. Oral Fathol.*, 28(4): 460-70, 1969.
05. GRINSPAN, D. et al. - Melanoma of the mucosa. *Oral Surg. Oral Med. Oral Fathol.* 28: 1-16, 1969.
06. McCAFFREY, T.V. et al. - Malignant melanoma of the oral cavity. Review of 10 cases. *Laryngoscope*, 90: 1329-35, 1980.
07. POWELL, J.P. CUMMINGS, C.W. - Melanoma and differential diagnosis of oral pigmented lesions. *Laryngoscope*, 88: 1252-65, 1978.
08. REGEZI, J. A. et al. - Superficial melanomas of oral mucous membranes. *Oral Surg., Oral med. Oral Fathol.*, 45: 730-40, 1978.
09. SHAFER, W.G. et al. *Tratado de patologia bucal*, 4ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1985.
10. TAKAGI, M. et al. - Primary malignant melanoma of the oral cavity in Japan, with special reference to mucosal melanosis. *Cancer*, 34: 358-70, 1974.
11. TRODAHL, J.N. & SPRAGUE, W.G. - Benign and malignant melanocytic lesions of the oral mucosa: analysis of 135 cases. *Cancer*, 25: 812-23, 1970.
12. WOOD, N.K. & GOAZ, P.W. - *Diagnóstico diferencial das lesões bucais*, 2ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1983.



### I Congresso Brasileiro de Tumores Ósseos e de Partes Moles

Local: Hospital A.C. Camargo, em S. Paulo  
Data: 20 a 23 de abril de 1.993

**Presidente:** Dr. Ademar Lopes  
**Vice-Presidente:** Dr. Valter Penna  
**Secretário:** Dr. Benedito M. Rossi  
**Tesoureiro:** Dr. Wilson Nakagawa

#### Convidados Estrangeiros

**Dr. Douglas Pritchard**  
Mayo Clinic - Rochester - EUA  
**Dr. Alberto G. Ayala**  
MD Anderson - EUA  
**Dr. Ira J. Spiro**  
Massachusetts General Hospital  
"Harvard Medical School" - Boston - EUA  
**Dr. Paul H. Sugarbaker**  
NCI - Washington, DC - EUA

#### Informações:

(011) 278.9131

(011) 277.4259 (fax) / Falar com Marta Dinalli