



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

IROILDO JACINTO FERREIRA FILHO

MELANOMA DE MUCOSA ORAL – RELATO DE CASO CLÍNICO

CAMPINA GRANDE - PB

2016

IROILDO JACINTO FERREIRA FILHO

MELANOMA DE MUCOSA ORAL – RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento a exigência para obtenção do Grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Daliana Queiroga de Castro Gomes.

CAMPINA GRANDE - PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

F383m Ferreira Filho, Iroildo Jacinto.

Melanoma de mucosa oral [manuscrito] : relato de caso clínico / Iroildo Jacinto Ferreira Filho. - 2016.
29 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes, Departamento de Odontologia".

1. Melanoma. 2. Neoplasias bucais. 3. Saúde bucal. I.
Título.

21. ed. CDD 616.992314

IROILDO JACINTO FERREIRA FILHO

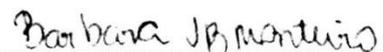
MELANOMA DE MUCOSA ORAL – RELATO DE CASO CLÍNICO

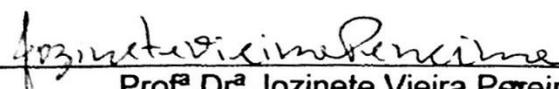
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento a exigência
para obtenção do Grau de Bacharel em
Odontologia.

Aprovado em: 25/10/2016

BANCA EXAMINADORA


Profª Drª Daliana Queiroga de Castro Gomes - UEPB
Orientadora


Prof Drª Bárbara Vanessa de Brito Monteiro - UEPB
Examinadora


Profª Drª Jozinete Vieira Pereira - UEPB
Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, por toda dedicação e apoio ao longo da minha caminhada acadêmica. Pelo amor, companheirismo e amizade que a mim ofertaram, e por sempre acreditarem junto comigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primordialmente, por ter me concedido o dom da vida, sabedoria, discernimento e a dádiva da realização deste sonho.

Aos meus pais, Iroildo e Osana, por todo amor, dedicação e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida e por aguentarem meus momentos de estresse ao voltar para casa nos finais de semana após uma semana carregada na universidade.

Aos meus irmãos Ildejane e Ildeblando e às minhas irmãs Ingres, Iseane e Lígia, que me deram total apoio e suporte durante esses anos me estimulando a não desistir do meu objetivo.

Aos demais familiares, em especial à vó Zefinha pelas orações, pela presença sempre que possível e pelos conselhos sábios de uma mulher calejada pela vida, mas extremamente paciente.

A todos os meus amigos, em especial Amanda Aragão, Andreza Azevedo, Laryssa Viana, Marcela Pessoa e Naná Carvalho. Nessa estrada longa percorrida, foram minhas preciosidades, estando sempre ao meu lado, me oferecendo amizade, lealdade e companheirismo mútuo.

A minha dupla de clínica Elisa Diniz, pela parceria durante os cinco anos da graduação e pela amizade que se solidificou ao longo desses anos. Juntos, aprendemos imensamente e levaremos essas lições para toda nossa vida.

A Prof. Daliana Queiroga de Castro Gomes, orientadora e amiga, que contribuiu de maneira grandiosa para meu crescimento acadêmico e pessoal, partilhando sua sabedoria e seus conhecimentos, tornando-se uma das minhas fontes de inspiração.

A Isabella Jardelino Dias pela ajuda sem tamanho na concretização desse trabalho, com paciência e compromisso, mostrou-me que, com garra e esforço, a gente chegava lá.

Aos professores pela paciência, pela partilha de conhecimento e pelos ensinamentos para a vida. Ao longo desses cinco anos e meio foram essenciais na minha formação profissional e pessoal.

Aos técnicos e funcionários da UEPB, por toda dedicação, amor e carinho ao trabalhar.

Ao laboratório de histopatologia da UEPB pela parceria e apoio na concretização desse trabalho, especialmente nas pessoas da Prof. Pollianna Muniz Alves e da Prof. Bárbara Vanessa de Brito Monteiro pela acessibilidade e esforço.

E a todos os demais que passaram por minha vida ao longo desses cinco anos, que o espaço não me permite citar, mas que contribuíram para minha formação acadêmica, direta ou indiretamente, eis aqui minha singela forma de agradecimento e reconhecimento, muito obrigado!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Aspecto clínico intraoral da lesão.....	12
Figura 2 – Radiografia panorâmica, evidenciando ausência de comprometimento ósseo	13
Figura 3 – Fotomicrografia evidenciando proliferação de melanócitos atípicos, fusiformes e epitelioides, com variado grau de pleomorfismo e hiperchromatismo nuclear. (HE, 40X)	14
Figura 4 – Aspecto clínico no 30º dia pós-operatório	14
Figura 5 – Aspecto clínico no 90º dia pós-operatório	15

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	RELATO DE CASO	11
3	DISCUSSÃO	15
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
	REFERÊNCIAS	19
	ANEXOS	22

MELANOMA DE MUCOSA ORAL – RELATO DE CASO CLÍNICO

RESUMO

O melanoma é uma neoplasia maligna, de etiologia incerta e características agressivas. Apesar de ser o terceiro tipo de câncer mais comum em pele, ele é raro na cavidade oral, representando menos de 1% de todos os melanomas e cerca de 0,5% de todos os tumores malignos orais. Este trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico de melanoma, diagnosticado e acompanhado pela equipe de odontologia do Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa – PB. O paciente, sexo masculino, feoderma e 69 anos de idade, foi encaminhado ao serviço de estomatologia do referido hospital relatando dor e sangramento na região de rebordo alveolar superior, bem como presença de “caroço” na mesma localização. No exame físico intraoral, observou-se lesão nodular na região anterior da maxila, com 2,0 cm de diâmetro, coloração arroxeada, ulcerações superficiais e de consistência macia. Após biopsia incisional e análise histopatológica, que revelou intensa proliferação de melanócitos atípicos com grau variado de pleomorfismo e hiperchromatismo nuclear, foi estabelecido o diagnóstico de melanoma de mucosa oral. O paciente submeteu-se a ressecção cirúrgica com remoção completa do tumor, com margens amplas de segurança, quimioterapia e radioterapia adjuvante. O paciente continua em preservação e não apresenta recidiva da lesão há aproximadamente um ano pós-ressecção. Dessa forma, entende-se que o melanoma de mucosa oral apresenta um rápido avanço e que o conhecimento sobre as características clínicas e etiopatogênicas ainda é escasso entre os profissionais de saúde, sendo imprescindível que seja intensificada a partilha de conhecimento para viabilizar o diagnóstico precoce da doença.

Palavras-chave: Melanoma; Neoplasias bucais; Saúde Bucal.

1 INTRODUÇÃO

As lesões pigmentadas da cavidade oral são alterações na coloração natural da mucosa da boca, decorrente de fatores como o grau de queratinização, atividade melanogênica, número de melanócitos e/ou vascularização da região. Essas lesões podem manifestar-se em diversas circunstâncias, sejam em alterações fisiológicas como na pigmentação racial ou em eventos sistêmicos, como na doença de Addison. Além disso, estas manifestações também podem ser expressas na forma de neoplasias orais raras, como no caso dos melanomas (MELETI et al, 2008; GONDAK et al, 2012; VASCONCELOS et al, 2014).

O melanoma consiste em uma neoplasia maligna, de etiologia incerta, que surge a partir da proliferação atípica dos melanócitos, células produtoras do pigmento melanina e provenientes do neuroectoderma, que residem na camada basal do epitélio (NEVILLE et al, 2009; MOSALLEUM et al, 2014). Apesar de ser o terceiro tipo de câncer mais comum em pele, ele é extremamente raro na cavidade oral, representando menos de 1% de todos os melanomas e cerca de 0,5% de todos os tumores malignos orais (GARZINO-DEMO et al, 2004; NEVILLE et al, 2009).

Clinicamente, o melanoma caracteriza-se como lesões fortemente enegrecidas de coloração entre marrom, roxo e negro com bordas irregulares e assimétricas. Podem também apresentar-se, raramente, com tonalidade semelhante à mucosa e, por isso, exibir grande dificuldade diagnóstica, sendo denominados melanomas amelanóticos. Apresentam-se, inicialmente, com superfície macular que tende a estender-se lateralmente, e, em seguida, formam um volume nodular, de crescimento vertical agressivo. Dor, sangramento e destruição óssea podem estar associados a casos descritos da doença, principalmente quando acompanhados por ulceração tecidual, porém apresenta-se mais frequentemente de forma assintomática no momento do diagnóstico (HICKS; FLAITSZ, 2000; RANI et al, 2014; FRANCISCO et al, 2016).

O palato duro é o local de maior incidência para a manifestação do melanoma, podendo também ser encontrado em outras regiões da mucosa oral como o palato mole, a gengiva e o rebordo alveolar; a língua e o soalho de boca são os sítios menos comuns. No que se refere ao sexo e à idade, acometem homens e

mulheres na proporção 2:1, com preferência por faixas etárias elevadas, em média 60 anos de idade (PARKIN et al, 2005; GONDAK, 2012).

Os aspectos epidemiológicos e clínicos citados são importantes sinalizadores para que os exames histopatológicos possam, posteriormente, definir o diagnóstico correto da doença. Dessa forma, o melanoma apresenta histologicamente algumas características relevantes para esses exames: células pleomórficas e hipercromáticas com intensa atividade mitótica, formando lençóis na junção entre o epitélio e o tecido conjuntivo subjacente, ou ainda invadindo em profundidade esse último tecido. Os melanócitos atípicos mostram ainda alterações nucleares importantes como núcleos grandes, hipercromáticos e, por vezes, múltiplos, com nucléolos proeminentes (MCLEAN; TIGHIOUART; MULLER, 2008; THOMAS et al, 2012; SMITH et al, 2016).

Apesar da pouca frequência desta neoplasia na cavidade oral, é importante que os cirurgiões-dentistas estejam aptos a identificar essas alterações, diferenciando-a de lesões como a tatuagem por amálgama, que ocorre pela introdução de fragmentos do material restaurador na mucosa; pigmentação melânica fisiológica, que é provocada por fatores endócrinos que resultam no aumento da produção e deposição de melanina; e, ainda, o nevus, que se conceitua como uma mácula enegrecida de pequenas dimensões, ocorrendo em qualquer área da mucosa oral. Dessa forma, faz-se necessário uma avaliação cuidadosa e uma consideração adequada para um correto diagnóstico (SILVEIRA et al, 2005; VIKEY, VIKEY, 2012).

Os estudos atuais referem-se à excisão cirúrgica radical como o melhor método de tratamento para o melanoma. Nessa deve ser realizada a remoção da lesão com margens amplas, combinando a radioterapia e/ou quimioterapia como tratamento adjuvante. Quanto ao prognóstico, ele é designado como reservado, guardando relação direta com o tamanho e profundidade da lesão, presença ou não de invasão vascular, necrose, população de célula neoplásica polimorfa, comprometimento linfonodal e metástase (SUN et al, 2012; LAZAREV et al, 2014; CHATZISTEFANOU et al, 2016).

Diante do alto grau de raridade e do prognóstico geralmente obscuro do melanoma de mucosa oral, este trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico da doença, de grande extensão, diagnosticada e acompanhada pela equipe de odontologia do Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa – PB

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, feoderma, 69 anos de idade, foi encaminhado à equipe de estomatologia do Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa – Paraíba, para avaliação de lesão extensa em cavidade oral. Portador de prótese superior, o paciente queixava-se de dor e sangramento na região de rebordo alveolar superior, local este de suporte da prótese, bem como da presença de um “caroço” nessa mesma localização.

Durante a anamnese, o paciente relatou ter sido fumante ativo durante 50 anos, consumindo 20 cigarros por dia nesse período, deixando o hábito quatro anos antes do aparecimento da lesão. Relatou também não possuir antecedentes familiares de neoplasias malignas, histórico de etilismo, doenças sistêmicas e/ou doenças na infância.

Ao exame físico extraoral, não foram encontrados linfonodos palpáveis ou qualquer outra alteração. Ao exame físico intraoral inicial, observou-se nódulo exofítico em região anterior da maxila, séssil, medindo 2,0 cm de diâmetro, com coloração em matiz e ulcerações superficiais, de consistência macia, além de manchas negras e acastanhadas estendendo-se para regiões de lábio superior e rebordo da maxila bilateralmente (Figura 1).



Figura 1. Aspecto clínico intraoral da lesão.

Diante desses aspectos, foi estabelecida a hipótese diagnóstica de melanoma de mucosa oral. Solicitou-se radiografia panorâmica, para avaliação de

comprometimento ósseo; exames hematológicos pré-operatórios e, em seguida, realizou-se biópsia incisional.

No exame radiográfico, não se observou extensão da lesão para o osso (Figura 2), retratando a região de rebordo anterossuperior como compatível com os padrões de normalidade. A peça obtida pela biópsia foi encaminhada para análise histopatológica.



Figura 2. Radiografia panorâmica, evidenciando ausência de comprometimento ósseo.

O exame histopatológico revelou um epitélio do tipo estratificado pavimentoso paraceratinizado com intensa proliferação de melanócitos atípicos, fusiformes e epitelioides, apresentando grau variado de pleomorfismo e hiper cromatismo nuclear, dispostos ora em feixes ora em pequenos ninhos. Essas numerosas células neoplásicas apresentavam grânulos citoplasmáticos acastanhados, compatíveis com melanina. Observou-se ainda área de ulceração e hemácias extravasadas, o que comprovou o diagnóstico clínico de melanoma de mucosa oral (Figura 3).

O paciente foi então encaminhado ao setor de cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital Napoleão Laureano, realizando mucosectomia com maxilectomia parcial e a reconstrução da área com retalho nasogeniano de face. Logo após o procedimento cirúrgico, o paciente foi encaminhado ao oncologista clínico que optou pela quimioterapia como tratamento adjuvante

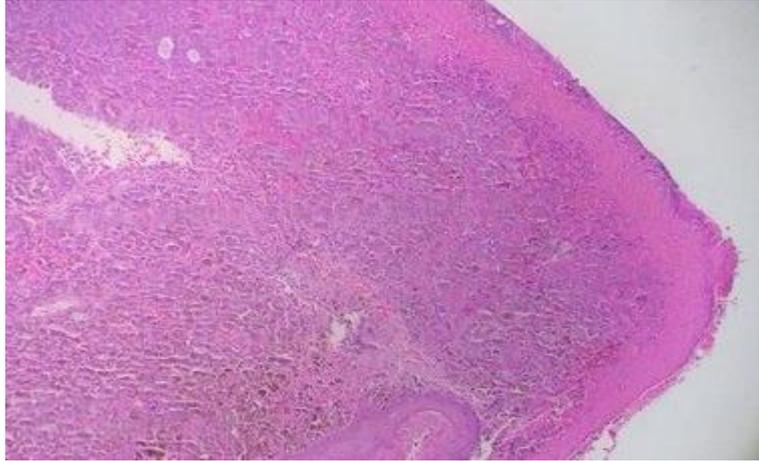


Figura 3. Fotomicrografia evidenciando proliferação de melanócitos atípicos, fusiformes e epitelioides, com variado grau de pleomorfismo e hiperchromatismo nuclear (HE, 40X).

Após 30 dias da cirurgia, observou-se uma boa cicatrização do enxerto e da área de exposição óssea do lado esquerdo do rebordo alveolar da maxila. Além disso, observou-se a presença de pelos, em decorrência da região enxertada (Figura 4).

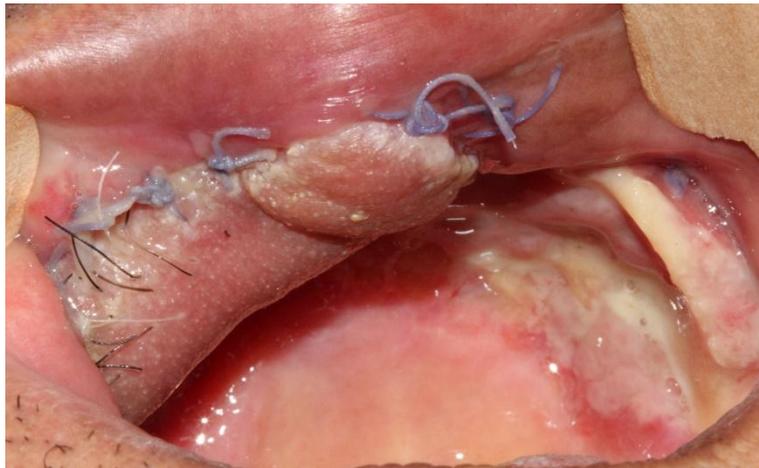


Figura 4. Aspecto clínico no 30º dia pós-operatório.

A terapêutica medicamentosa estabelecida, inicialmente, foi composta por seis ciclos de Temodal® (Schering Plough, Kenilworth, NJ, USA), a cada 28 dias. Cada ciclo teria a durabilidade de cinco dias, devendo ser administrada três cápsulas de 100 mg e outra de 20 mg, em jejum, totalizando uma dose diária de 320 mg

Associado a essa medicação foi prescrita Cisplatina® (Acoord, São Paulo, SP, BR) 01 mg/ml, que foi utilizada por quatro dias consecutivos.

Após 90 dias, observou-se uma melhor cicatrização de enxerto e algumas áreas de exposição óssea (Figura 5).



Figura 5. Aspecto clínico no 90º dia pós-operatório.

Durante o tratamento, especificamente após o quarto ciclo do Temodal, o paciente apresentou nefropatia, sendo essa medicação suspensa. Desta forma, o paciente foi encaminhado para avaliação do radioterapeuta, que solicitou tomografia computadorizada, na qual se evidenciou lesão lítica em rebordo gengival superior à direita.

Diante deste quadro, o radioterapeuta encaminhou o paciente para cirurgia de cabeça e pescoço, que realizou nova biopsia da região, sendo o resultado histopatológico caracterizado por mucosa oral com acantose e papilomatose; tecido ósseo e conjuntivo fibroadiposo livres de neoplasia. Após o resultado histopatológico, o paciente submeteu-se à radioterapia adjuvante, totalizando dez irradiações com dosagem de 30 Gy. O tratamento radioterápico foi conduzido sem interrupção por toxicidade, sendo relatado apenas sintoma de odinofagia na fase terminal da terapia.

O paciente não apresentou recidiva da lesão durante, aproximadamente, um ano após a ressecção cirúrgica e continua em preservação pela equipe médica e odontológica

3 DISCUSSÃO

O presente relato descreve um caso de melanoma de mucosa oral, doença rara e com características agressivas, originada da transformação maligna de células presentes no epitélio, chamadas melanócitos. Essas células estão presentes na camada basal e são responsáveis pela produção de melanina, pigmento fisiológico e constitutivo da epiderme (NEVILLE et al, 2009; TAS; KESKIN, 2013).

Nos melanomas, essas células apresentam-se como melanócitos atípicos de variado grau de pleomorfismo e hiperchromatismo nuclear, proliferando de forma desordenada pelo epitélio e para o interior do tecido conjuntivo (MCLEAN; TIGHIOUART; MULLER, 2008; THOMAS et al, 2012; SMITH et al, 2016). Essas características apresentam-se semelhantemente descritas no exame histopatológico do caso relatado, ratificando o diagnóstico.

Os estudos retratam a etiopatogênia do melanoma como desconhecida e de difícil compreensão, uma vez que a proliferação das células neoplásicas não está vinculada a nenhum fator causal, e as lesões tendem a surgir a partir de melanócitos na mucosa aparentemente normal ou a partir de lesões melanocíticas benignas (AGUAS et al, 2009; LOURENÇO et al, 2014; FRANCISCO et al, 2016). Rani et al (2014) e Misir et al (2016) destacam que o melanoma, no passado, foi associado a hábitos como o tabagismo, etilismo e a exposição à radiação Ultravioleta (UV). Esses fatos supostamente justificariam o aparecimento da lesão no caso relatado, cujo paciente foi exposto a fatores deletérios do tabagismo durante anos, no entanto, não existem evidências científicas atuais que solidamente validem tais teorias.

De acordo com Sortino-Rachou et al (2009) e Lourenço et al (2014), a faixa etária de maior prevalência da doença apresenta-se entre adultos a partir da quarta década de vida, prolongando-se até idosos da sétima. O paciente do relato apresentado encontra-se entre a faixa etária descrita, com 69 anos de idade. Quanto a etnia, Pandey et al (2002) e Smith et al (2016) indicam que em 80% dos casos o melanoma de mucosa oral acomete brancos, principalmente asiáticos. No entanto, é pressuposto que trabalhos como os dos autores representem países que não possuem a miscigenação racial da população brasileira, formada por indivíduos com características étnicas múltiplas, entre elas, os feodermas, constituídos de traços brancos, negros e indígenas.

A lesão observada no presente trabalho desenvolveu-se na mucosa do rebordo alveolar superior, localização que, segundo Mohan et al (2013) e Kumar et al (2015), é comum para o surgimento de lesões enegrecidas, uma vez que a maxila representa 80% dos casos acometidos pela doença. Rubio-Correa et al (2015) citam que a base de língua também é passível ao desenvolvimento da doença.

O melanoma de mucosa oral é, geralmente, indolor, o que provoca uma demora na procura dos pacientes pelo cirurgião-dentista até que os sintomas frequentes apareçam, tais como problemas na adequação da prótese, úlceras, sangramento, nódulos, dor, mobilidade dental e parestesia (HASHEMI POUR, 2008; PADHYE; D'SOUZA, 2011). Corroborando com esses dados, o caso descrito demonstra um quadro clínico inicialmente assintomático, cuja busca por serviço especializado só ocorreu após a lesão apresentar um crescimento significativo e esse volume incomodar na utilização anterossuperior da prótese. Assim, a maioria dos pacientes acaba sendo diagnosticado num estágio mais avançado da doença, devido seu comportamento assintomático nas fases iniciais (FEMIANO et al, 2008, AGUAS et al, 2009; HASHEMI POUR et al, 2009; GUEVARA-CANALES et al, 2012).

O melanoma, geralmente, apresenta aspectos clínicos enegrecidos, podendo ter um diagnóstico diferencial irresoluto perante outras lesões pigmentadas. Dessa forma, um sistema "ABCD" de avaliação foi desenvolvido para categorizar essas entidades, tendo em consideração sua assimetria (A), bordas irregulares (B); coloração em matizes (C) e diâmetro (D) (SILVEIRA et al, 2005; NEVILLE et al, 2009). De acordo com esses parâmetros, um melanoma seria caracterizado como uma lesão assimétrica com bordas irregulares, coloração variada do marrom a negro, branco, vermelho e azul, bem como diâmetro superior a 06 mm (CHETZTEFANOU et al, 2016). Considerando essas especificações, a lesão encontrada no paciente enquadra-se em todos os aspectos apontados, inclusive na dimensão, visto possuir 02 cm de diâmetro, variação esta condicionada a seu processo de desenvolvimento. Ressalta-se também, que todas as lesões clinicamente suspeitas devem ser biopsiadas para assegurar seu diagnóstico definitivo, como realizado após a avaliação clínica do melanoma relatado.

No tratamento eleito para o caso, empregou-se a ressecção cirúrgica com remoção completa do tumor, com margens amplas de segurança, corroborando com o trabalho de Lazarev et al (2014). Tais autores relatam, após revisão sistemática de

literatura, que as lesões primárias são bem controladas a partir dos métodos cirúrgicos previamente mencionados, quando devidamente executados.

A quimioterapia e a radioterapia apresentam-se como terapêuticas adjuvantes eficazes no processo de cura, sendo por isso, inseridas no plano de tratamento relatado. A radioterapia tem a função de promover um melhor controle regional das células e evitar a recidiva da doença; e a quimioterapia é designada como medida paliativa para casos de lesões extensas, impossibilidade cirúrgica e/ou recusa do paciente em submeter-se a procedimentos invasivos (MARTA et al, 2007; WU et al, 2010; CHATZISTEFANOU et al, 2016). No caso descrito, o paciente apresentava lesão extensa e, provavelmente, avançada, pelo aspecto de crescimento vertical agressivo, observado no exame histopatológico, e pelo tamanho considerável mensurado no exame clínico, justificando, assim, a utilização das terapias adjuvantes.

Embora seja uma neoplasia maligna rara na mucosa oral, o melanoma apresenta um comportamento muito agressivo e prognóstico, conseqüentemente, desfavorável para o paciente (HICKS; FLAITSZ, 2000; MIHAJLOVIC et al, 2012; MOSALLEUM et al, 2014). Dessa forma, fica clara a importância da intervenção e do diagnóstico precoce para qualquer lesão pigmentada que surja na mucosa oral, já que detectados precocemente e removidos antes do desenvolvimento de metástases, apresentarão um melhor prognóstico e uma maior taxa de sobrevida.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O melanoma de mucosa oral, apesar de raro, exibe um comportamento biológico altamente agressivo e com rápida evolução, como constatado no caso relatado. O conhecimento sobre essa doença ainda é escasso, sendo essencial que seja intensificada a partilha de conhecimentos sobre suas principais características. Dessa forma, a capacitação dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado das comunidades pode resultar em diagnósticos mais precoces e, conseqüentemente, uma maior efetividade do tratamento e possibilidade de cura para o paciente.

ORAL MALIGNANT MELANOMA – CASE REPORT

ABSTRACT

Melanoma is a malignant neoplasm of unknown origin and aggressive behaviour. It is the third most common type of cancer in the skin, it is rare in the oral cavity, representing less than 1% of all melanomas, and about 0.5% of all oral malignancies. This article aims to present a case of melanoma, diagnosed and monitored by dental staff of Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa - PB. The patient, brown-skinned, male and 69 years old, was referred to the dental service of the hospital reporting pain and bleeding in the upper alveolar region as well as the presence of "lump" in the same location. In intraoral physical examination was revealed a nodular lesion in the anterior maxilla, with 2.0 cm in diameter, purplish, superficial ulcerations and soft consistency. After incisional biopsy and histopathological analysis, which revealed intense proliferation of atypical melanocytes with varying degrees of pleomorphism and nuclear hyperchromatism, was established the diagnosis of melanoma of the oral mucosa. The patient underwent surgical resection with complete removal of the tumor with wide margins of safety, chemotherapy and radiotherapy adjuvant. The patient remains under observation and has no recurrence of injury for one year. Thus, it is understood that knowledge about melanoma characteristics is short among health professionals, essential that the flow of information be stepped up to facilitate the early diagnosis of this disease.

Keywords: melanoma, mouth neoplasms, oral health.

REFERÊNCIAS

- AGUAS, S. C. et al. Primary melanoma of the oral cavity: Ten cases and review of 177 cases from literature. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. v. 14, n. 6, p. 265-271, jun. 2009.
- CHATZISTEFANO, I. et al. Primary mucosal melanoma of the oral cavity: current therapy and future directions. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**. v. 122, n. 1, p. 17-27, jul. 2016.
- FEMIANO, F. et al. Oral malignant melanoma: a review of the literature. **J Oral Pathol Med**. v. 37, n. 7, p. 383–388, ago. 2008.
- FRANCISCO, A. L. et al. Head and neck mucosal melanoma: Clinicopathological analysis of 51 cases treated in a single cancer centre and review of the literature. **Int J Oral Maxillofac Surg**. v. 45, n. 2, p. 135-140, fev. 2016.
- GARZINO-DEMO, P. et al. Oral mucosal melanoma: a series of case reports. **J Craniomaxillofac Surg**. v.32, n. 4, p. 251-257, ago. 2004.
- GONDAK, R. O. et al. Oral pigmented lesions: Clinicopathologic features and review of the literature. **Oral Patol Oral Cir Bucal**. v. 17, n. 6, p. 919-924, nov. 2012.
- GUEVARA-CANALES, J. O. et al. Malignant melanoma of the oral cavity. Review of the literature and experience in a Peruvian population. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. v. 17, n. 2, p. 206-211, mar. 2012.
- HASHEMI POUR, M. S. Malignant melanoma of the oral cavity: A review of literature. **Indian J Dent Res**. v. 19, n. 1, p. 47-51, 2008.
- HASHEMI POUR, M. S. et al. Malignant mucosal melanoma of the head and neck diagnosed in an Iranian population over an 11- year period. **Am J Appl Sci**, v. 6, n. 8, p. 1467-1472, 2009.
- HICKS, M. J.; FLAITSZ, C. M. Oral mucosal melanoma: epidemiology and pathobiology. **Oral Oncol**. v. 36, n. 2, p. 152-169, mar. 2000.
- KUMAR, V. et al. Primary malignant melanoma of oral cavity: A tertiary care center experience. **Natl J Maxillofac Surg**. v. 6, n. 2, p. 167-171, jul/dez. 2015.
- LAZAREV, S. et al. Mucosal melanoma of the head and neck: A systematic review of the literature. **Int J Radiat Oncol Biol Phys**. v. 90, n. 5, p. 1108-1118, dez. 2014.
- LOURENÇO, S. V. et al. Head and neck mucosal melanoma: a review. **Am J Dermatopathol**. v. 36, n. 7, p. 578–587, jul. 2014.
- MARTA, G. N. et al. Melanoma de Mucosa Oral **Rev bras cancerol**. v. 53, n. 1, p. 35-39, 2007.

MCLEAN, N.; TIGHIOUART, M.; MULLER, S. Primary mucosal melanoma of the head and neck. Comparison of clinical presentation and histopathologic features of oral and sinonasal melanoma. **Oral Oncol.** v. 44, n. 11, p. 1039-1046, nov. 2008.

MELETI, M. et al. Pigmented lesions of the oral mucosa and perioral tissues: a flow-chart for the diagnosis and some recommendations for the management. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v. 105, n. 5, p. 606-616, mai. 2008.

MIHAJLOVIC, M. et al. Primary mucosal melanomas: a comprehensive review. **Int J Clin Exp Pathol.** v. 5, n. 8, p. 739–753, out. 2012.

MISIR, A. F. et al. Primary malignant melanoma. **Saudi Med J.** v. 37, n. 4, p. 446-449, abr. 2016.

MOHAN, M. et al. Oral malignant melanoma: systematic review of literature and report of two cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.** v. 116, n. 4, p. 247- 254, out. 2013.

MOSALLEUM, E. et al. Oral medicine case book 61: Oral malignant melanoma. **SADJ.** v. 69, n. 6, p. 276 – 278, jul. 2014.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e maxilofacial.** Editora Elsevier, 2009.

PADHYE, A.; D'SOUZA, J. Oral malignant melanoma: A silent killer? **J Indian Soc Periodontol.** v. 15, n. 4, p. 425 - 428, out. 2011.

Pandey, M. et al. Primary malignant melanoma of the head and neck region: pooled analysis of 60 published cases from India and review of literature. **Eur J Cancer Prev.** v. 11, p. 3-10, 2002.

PARKIN, D. M. et al. Global cancer statistics, 2002. **CA Cancer J Clin.** v. 55, n. 2, p. 74–108, abr./mai. 2005.

RANI, G. S. et al. Primary Malignant Melanoma of Maxilla: Report of a Case with Discussion. **Case Rep Dent.** v. 4, nov. 2014.

RUBIO-CORREA, I. et al. Melanoma mucoso en una localización extremadamente infrecuente: la base de lengua. A propósito de un caso y revisión de la literatura. **Rev Esp Cir Oral Maxilofac.** v. 37, n. 2, p. 99-102, 2015.

SILVEIRA, E. J. D. et al. Melanoma primário de palato: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** v. 5, n.1, p. 33 - 38, jan/mar – 2005.

SMITH, M. H. et al. Melanoma of the Oral Cavity: an Analysis of 46 New Cases with Emphasis on Clinical and Histopathologic Characteristics. **Head Neck Pathol.** v. 10, n. 3, p. 298-305, set. 2016.

SORTINO-RACHOU, A. M. et al. Primary oral melanoma: Population-based incidence. **Oral Oncol.** v. 45, n. 3. p. 254-258, mar. 2009.

SUN, C, Z. et al. Treatment and prognosis of oral mucosal melanoma. **Oral Oncol.** v. 48, n. 7, p. 647-652, jul. 2012.

TAS, F.; KESKIN, S. Mucosal melanoma in the head and neck region: different clinical features and same to cutaneous melanoma. **ISRN Dermatol.** mai. 2013.

THOMAS, O. S. et al. Oral malignant melanoma an unusual presentation. **Gerontology.** v. 29, n. 2, p. 1241-1243, jun. 2012.

VASCONCELOS, R. G. et al. As principais lesões enegrecidas da cavidade oral. **Rev Cubana Estomatol.** v. 51, n. 2, p. 195-205, 2014.

VIKEY, A. K.; VIKEY, D. Primary malignant melanoma, of head and neck: A comprehensive review of literature. **Oral Oncol.** v. 48, n. 5, p. 399-403, mai. 2012.

WU, A. J. et al. Radiotherapy after surgical resection for head and neck mucosal melanoma. **Am J Clin Oncol.** v. 33, n. 3, p. 281-285, jun. 2010.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo paciente.



HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento para realização dos exames necessários ao diagnóstico e tratamento das patologias bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e os exames realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, concedo o direito da utilização do meu histórico de antecedentes familiar e pessoal, bem como da retenção e do uso de radiografias, fotografias e resultados de exames clínicos e laboratoriais, além de quaisquer outros documentos e informações contidas neste prontuário, referentes inclusive ao meu estado de saúde bucal e sistêmico, para fins de ensino e divulgação (dentro das normas vigentes), em congressos, jornais, revistas científicas nacionais e internacionais.

Declaro ainda que concordo com a não finalização do meu tratamento e subsequente substituição da minha pessoa, enquanto paciente, por outro indivíduo, que se encontre na lista de espera, para atendimento, mediante a ocorrência de duas faltas, consecutivas ou não, sem justificativa e aviso prévio.

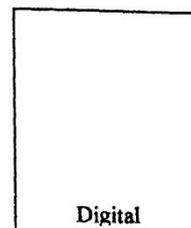
João Pessoa, 03 de Setembro de 2015.

Guadalupe Costa de Araújo
Assinatura do paciente
RG: _____

Assinatura do Responsável
RG: _____

Bianca de Jesus Araújo Testemunha 1
RG: 2310066

Maria José da Silva Testemunha 2
RG: J.706.524.SSP



Anexo 2 – Encaminhamento do cirurgião-dentista clínico à equipe de estomatologia do Hospital Napoleão Laureano.



ENCAMINHAMENTO

Encaminhado o Sr. Geraldo Costa de Araújo para avaliação de lesão localizada na região anterior do palato; com aspecto nodular e coloração com bordas irregulares

João Pessoa,
27/10/15

Dr. Isobel Cristina de S. Meloires Viana
CIRURGIÁ-DENTISTA
CRO-4647

Paraíba Odonto Clínica Odontológica, CNPJ: 18783967000152
Rua Josefa Taveira, 1379; João Pessoa-PB
Tel:(83) 32391055

Anexo 3 – Ficha de evolução clínica do paciente



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Carla do Carmo de Araújo Idade: 69 Registro _____

Serviço: Estomat. Sala _____

TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO PROFISSIONAL QUE A FEZ

DATA	ANOTAÇÃO
20/07/15	ESTOMATO: Paciente relata que o CD mudou para um pólipo "com aspecto nodular e cores amareladas". S.C. Pólipo amarelado ao lado a prótese. Não a quite de cor. AO ESTO apresente nódulo em região de maxila anterior, além de manchas em rebordo da colata quadrada e mole da palpação. Et. Rad. panorâmica, radiografia HTU-T 2 II. Laboratório. Clínicar em teste, T. 237. Et. 20/08/2015. <i>Dr. Daniela Queiroz</i>
20/08/2015	Estomato: Paciente apresentou PA: 54x90, apresentou os resultados dos exames pré-operatórios: Hemácias 5,03 milhões/mm ³ ; Hemoglobina 14,5 g/dl; Hematócrito 42,7%; leucócitos totais 3.600/mm ³ ; contagem de plaquetas 220.000/mm ³ ; Glicose (Jejum) 104 mg/dl; tempo de sangria 03 minutos 40 segundos; tempo de coagulação ativado 02 minutos 55 segundos; tempo de protrombina 350 segundos; atividade de protrombina 100%; ±NR 0,9, HIV DUO Negative. Submeteu-se a biópsia incisiva do rebordo alveolar + remoção de resto de tecido (17). Et. 22/08/2015. <i>Dr. Daniela Queiroz</i>
27/08/15	ESTOMATO: Remoção da máxila. Aguar. <i>Dr. Daniela Queiroz</i>
03/09/15	ESTOMATO: Resultado HP. Melanoma. <i>Dr. Daniela Queiroz</i>

Anexo 4 – Laudo emitido por patologista bucal do Laboratório de Histopatologia Oral da Universidade Estadual da Paraíba.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA ORAL

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

REGISTRO DA PATOLOGIA: 15-195

REQUISITADO POR: Daliana Queiroga Castro Gomes

NOME DO PACIENTE: Geraldo Costa de Araújo

DIAGNÓSTICO CLÍNICO-CIRÚRGICO: Melanoma

EXAME MACROSCÓPICO: O material recebido para exame consta de 01 fragmento de tecido mole, coloração enegrecida, consistência flácida, forma e superfície irregular, medindo 1,0 X 0,2 X 0,2 cm.

EXAME MICROSCÓPICO:

Nos cortes histológicos examinados, corados em hematoxilina e eosina, observa-se fragmento de neoplasia maligna de origem epitelial exibindo, em todo o tecido conjuntivo, proliferação de melanócitos atípicos, fusiformes e alguns epitelióides, os quais apresentam grau variado de pleomorfismo e hiperchromatismo nuclear, dispostos ora em feixes ora em pequenos ninhos. Numerosas dessas células neoplásicas exibem grânulos citoplasmáticos acastanhados, compatíveis com melanina. O epitélio de revestimento é do tipo pavimentoso estratificado parakeratinizado exibindo, na camada basal e suprabasal, melanócitos atípicos e pleomórficos, onde alguns destes apresentam pigmentos citoplasmáticos acastanhados, compatível com melanina. Área de ulceração também pode ser vista. Hemácias extravasadas completam o quadro microscópico examinado.

DIAGNÓSTICO: Melanoma

Campina Grande, 02 de Setembro de 2015.

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'Pollianna', is positioned above the printed name of the signatory.

Profa. Dra. Pollianna Muniz Alves
Patologista Bucal

Anexo 5 – Prescrição medicamentosa do Temodal ® emitida por profissional oncolegista do Hospital Napoleão Laureano.



P/ GERALDO COSTA DE ARAÚJO

USO ORAL

1) TEMODAL 100MG 03CXS

TOMAR 03 COMPRIMIDOS POR 5 DIAS CONSECUTIVOS,
EM JEJUM .

2) TEMODAL 20MG 01CX

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR 5 DIAS CONSECUTIVOS,
EM JEJUM .

TOTALIZANDO A DOSE DIARIA DE 320 MG

*Unica prescrição cl
a funcao de que endovena
14/12*

JP, 24/ 11/2015


Dr. EMÍLIO CARLOS DE A. LACERDA
ONCOLOGISTA CLÍNICO
CRM-4645 -PB

Anexo 6 – Prescrição medicamentosa da Cisplatina® emitida pelo ambulatório de quimioterapia do Hospital Napoleão Laureano.

 Hospital MV Sistemas - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial - Quimioterapia
Napoleão Relatório de Agendamento Individual - Quimioterapia
Laureano Ambulatório de Quimioterapia Dezembro , Quinta-Feira 10/12/2015

Período do Agendamento: 01/12/2015 á 30/12/2015

Paciente: 241091 GERALDO COSTA DE ARAUJO

Data	Hora	Recurso	Protocolo	Dosagem Proposta
14/12/15	13:00	QT SL 01 SUS 10	CISPLATINA	
15/12/15	13:00	QT SL 01 SUS 10	CISPLATINA	
16/12/15	13:00	QT SL 01 SUS 01	CISPLATINA	
17/12/15	13:00	QT SL 01 SUS 01	CISPLATINA	

Anexo 7 – Instruções para autores da Revista Cubana de Estomatologia.

Rev Cubana Estomatol - X

scielo.sld.cu/revistas/est/einstruc.htm#Ref_bibliog

Referencias bibliográficas. 85% de actualización.

Presentación de casos [Subir]

Se aceptarán hasta 3 500 palabras, incluidas las referencias bibliográficas y las tablas y figuras.

Resumen estructurado

- Introducción motivadora (síntesis).
- Objetivo.
- Datos principales del caso.
- Principales comentarios.
- Palabras claves. Deben ser concretas y representativas del contenido semántico del documento, tanto en los contenidos principales como secundarios. Deben contener como mínimo 3 palabras o frases clave. Se recomienda utilizar el tesaurus [DeCs](http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm). (Descriptores en Ciencias de la Salud) <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> Además puede consultar el [MeSH](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh) (Medical Subject Headings) para el idioma inglés. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

Introducción:

- Explicación del problema a presentar.
- Hacer énfasis en las interrogantes o pertinencia de la presentación del caso.
- Objetivos del estudio: claros, precisos, medibles, alcanzables, en correspondencia con el tipo de estudio.

Presentación del caso:

- Datos generales del caso.
- Antecedentes patológicos.
- Manifestaciones clínicas.
- Resultados de exámenes complementarios.
- Otros datos de interés.
- Discusión diagnóstica y diagnóstico diferencial.

Comentarios o Discusión.

- Argumentación e interpretación de los hallazgos del caso.
- Comparación con otros estudios.
- Conclusiones o consideraciones globales. Coherencia entre los objetivos, los resultados del análisis y el caso presentado. Colocadas al final del artículo, en forma de párrafo, sin numeración o viñetas.

Referencias bibliográficas. 80% de actualización.

Visión actual [Subir]

Se aceptarán hasta 4500 palabras, incluidas las referencias bibliográficas, las tablas y figuras.

Puntos de vista, comentarios u opiniones autorizadas sobre un

PT 11:36 16/10/2016