



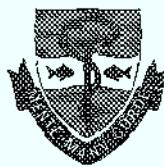
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

# **CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Monografia de Final de Curso

Aluno(a): **ALINE MIE URATANI**



Ano de Conclusão do Curso: 2003

TCC 004

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Universidade Estadual de Campinas

Aluna: Aline Mie Uratani

# **MELANOMA ORAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada à Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba, Universidade  
Estadual de Campinas, para a conclusão do  
curso de Graduação.

Piracicaba  
2003

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
BIBLIOTECA

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Universidade Estadual de Campinas

Aluna: Aline Mie Uratani

# **MELANOMA ORAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada à Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba, Universidade  
Estadual de Campinas, para a conclusão do  
curso de Graduação.

**Orientador: Prof. Dr. Márcio Ajudarte Lopes**

Piracicaba  
2003

## **AGRADECIMENTOS**

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP em nome da pessoa do diretor Prof. Dr. Thales de Mattos Rocha Filho.

Ao Coordenador de Graduação, Prof. Dr. Francisco Haiter Neto

Ao meu orientador, Prof. Dr. Márcio Ajudarte Lopes, pela atenção, dedicação e suporte, essenciais no desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus pais, Tetsuji e Toshiko e meu irmão Léo, pelo carinho e incentivo que nunca me faltaram.

Às sempre amigas, Fé, Thá, Gi e Vã, por estarem sempre do meu lado e pela amizade verdadeira que nunca irei esquecer.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1 Epidemiologia.....	8
2.2 Etiologia.....	10
2.3 Características clínicas.....	12
2.4 Características histológicas.....	15
2.5 Tratamento.....	17
2.6 Prognóstico.....	18
3 CONCLUSÃO.....	21
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

## RESUMO

Melanoma oral (MO) é um tumor maligno bastante incomum originado da proliferação de células denominadas melanócitos. Este tumor pode afetar qualquer região da cavidade oral, no entanto, é encontrado mais freqüentemente no palato duro e na mucosa alveolar maxilar. Parece haver uma predominância em homens, idosos e na população japonesa. MO é usualmente assintomático em seu estágio inicial e normalmente apresenta-se como uma mancha ou massa pigmentada com rápido crescimento. Em estágios mais avançados pode apresentar ulceração, inchaço, sangramento e perda de dentes. O diagnóstico é baseado em características histológicas, as quais são caracterizadas por melanócitos atípicos inicialmente presentes na junção epitélio-conjuntivo e posteriormente, invadindo o tecido conjuntivo subepitelial. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica com amplas margens de segurança. Tratamentos adicionais como radioterapia e quimioterapia têm sido usados para melhorar o prognóstico. As principais complicações são as metástases que podem ocorrer em qualquer órgão havendo uma certa predileção pelos linfonodos. O prognóstico é bastante sombrio, especialmente em estágios avançados.

## **ABSTRACT**

Oral melanoma (OM) is an uncommon malignant tumor originated from the proliferation of melanocytes cells. This tumor can be present at any location in the oral cavity, however, it affects more frequently the hard palate and the maxillary alveolar mucosa. There seem to have a predilection for males, elderly and Japanese people. OM is usually asymptomatic in the early stages and it presents normally as a pigmented patch or mass with a rapid growth rate. In advanced stages, can show ulceration, swelling, bleeding, rapid enlargement and loosening of teeth. Diagnosis is based on the histological features, which are characterized by atypical melanocytes initially at the epithelial-connective tissue junction and later, invading the subepithelial connective tissue. The treatment of choice is a radical surgical excision. Additional treatments such as radiotherapy and chemotherapy have also been used to improve the prognosis. The main complications are the metastasis, which can occur to any organ with a predilection for the cervical lymph nodes. The prognosis is extremely poor especially in advanced stages.

## 1. INTRODUÇÃO

Melanomas são considerados neoplasias malignas originadas de um crescimento incontrolado de melanócitos, os quais são células pigmentadas presentes na camada basal da epiderme e da membrana mucosa. Os melanomas da cavidade oral foram primeiramente descritos por WEBER (1859). Segundo GORSKY & EPSTEIN (1998), estas lesões são muito mais raras do que suas correspondentes em pele e são consideradas uma das neoplasias mais mortais. Este tumor afeta mais freqüentemente o palato duro e a gengiva. Devido à seu comportamento agressivo e à seu prognóstico extremamente desfavorável, diagnóstico e tratamento corretos devem ser realizados o mais precocemente possível.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

O trabalho presente trata-se de uma revisão de literatura com o objetivo de mostrar como os investigadores têm estudado o melanoma oral com relação à seus aspectos etiológicos, epidemiológicos, diagnóstico, tratamento e prognóstico desta doença.

Por razões didáticas, este capítulo foi dividido em sub-itens, a fim de facilitar o entendimento:

### **2.1 Epidemiologia**

O melanoma maligno (MM) é um tumor bastante raro. De acordo com BORING et al. (1994), este representa de 3 a 5% de todos as malignidades cutâneas, sendo o terceiro mais comum tumor maligno de pele. Em relação ao envolvimento da cavidade oral, JAMES et al. (1994) indica ser uma condição muito incomum variando de 0.2 a 8% de todos os locais afetados pelos melanomas.

Apesar de todas as raças estarem sujeitas a desenvolver o MM, SHARMA et al. (1980) & RAPINI et al. (1985), demonstraram que os indianos, africanos e japoneses apresentam uma incidência maior quando comparados aos povos de países ocidentais. TAKAGI et al. (1974) documentaram a ocorrência da forma oral em 7.5% de todos os melanomas no Japão. Neste país, a elevada porcentagem de melanoma oral (MO) pode ser explicada por

JAMES & SORRELL (1994) como resultado do reduzido número de casos em pele relatados no país.

Com relação ao gênero, ARDEKIAN et al. (2000) relatou um predomínio no gênero masculino, sendo que em pele são as mulheres as mais afetadas.

Alguns investigadores (CHAUDHRY et al., 1958; GUSTAV et al., 1972; CURRAN & WHITTAKER, 1973; BENNETT et al., 1974; KIPPAX et al., 1988) relataram uma proporção homem-mulher para MO de 2 para 1, outros ( TRODAHL & SPRAGUE, 1970; MACINTYRE & BRIGGS, 1984; MACINTYRE et al., 1986; SOOKNUNDUM et al., 1986 ) disseram haver apenas uma ligeira predileção para homens. Por fim, existem alguns trabalhos (CHAUDHRY et al., 1958; TRODAHL & SPRAGUE, 1970; GUSTAV et al., 1972; CURRAN & WHITTAKER, 1973; BENNETT et al., 1974; TAKAGI et al., 1974; PLISKIN et al., 1976; MACINTYRE & BRIGGS, 1986; MACINTYRE et al., 1986; SOOKNUNDUM et al., 1986; KIPPAX et al., 1988; ARDEKIAN et al., 2000) que dizem não haver nenhuma predominância com relação ao gênero.

TRODAHL & SPRAGUE (1970), baseados em observações prévias, relataram ser o curso da doença menos agressivo no gênero feminino.

De acordo com alguns autores (SNOW et al., 1978; TRAVIS & SUTHERLAND, 1980; SHAFER et al., 1983; MC DANIEL, 1984; RAPINI et al., 1985; SNOW & VAN DER VALL, 1986; BATSAKIS, 1989) a faixa etária mais afetada pela doença situa-se entre 40 e 70 anos com uma média de 55 anos sendo raro antes da 2ª década.

Trabalhos (CHAUDHRY et al., 1958; CURRAN & WHITTAKER, 1973; BENNETT et al., 1974; SHARMA et al., 1980; SHAFER et al., 1983; MC DANIEL et al., 1984; SNOW & VAN DER WALL, 1986; REGEZI & SCIUBBA,

1993;) indicaram o palato duro seguido pela gengiva maxilar como sendo os locais mais afetados em 80% dos casos.

Outros trabalhos (GUSTAV et al., 1972; RAPINI et al., 1985; MACINTYRE & BRIGGS, 1986) demonstraram ser a mucosa bucal, gengiva mandibular, lábios, língua e assoalho bucal os locais menos afetados em ordem decrescente de incidência. Apesar de bastante incomum, um caso de melanoma intra-ósseo no alvéolo maxilar já foi relatado por LOMBARDI et al. em 1995.

## 2.2 Etiologia

Embora a existência do MO ter sido relatada há muito tempo atrás, a etiologia desta neoplasia ainda permanece obscura. Ainda que o aparecimento do melanoma de pele esteja relacionado à radiação solar, está bem estabelecido que a exposição solar não faz parte do desenvolvimento de lesões orais. Traumas mecânicos assim como próteses mal adaptadas têm sido apontadas como possíveis indutores da doença em palato duro (SOMAN & SIRSAT, 1974; ENEROTH, 1975).

Segundo outros autores (TAKAGI et al., 1974; SHARMA et al., 1980; BATSAKIS et al, 1982; PRESANT, 1983), o uso de betel e a exposição de nitrosamina também podem estar relacionados ao elevado número de casos em cavidade oral no Japão. O uso de tabaco e exposição ao formaldeído foi sugerido por HOLMSTROM & LUND (1991) em induzir MO. Contudo, RAPINI et al. (1985) considera sua etiologia ainda incerta não encontrando evidências

que comprovem que próteses, fumo ou qualquer outro fator conhecido possa induzir o desenvolvimento da doença em boca.

Os casos de MO originado de áreas de pigmentação prévia ainda não estão muito bem estabelecidos. A literatura (REGEZI et al., 1978; BATSAKIS et al., 1982) tem relatado melanose pré-existente com anos de duração como um fator predisponente ao desenvolvimento das lesões em até 50% dos casos.

TAKAGI et al., em 1974, relataram uma porcentagem de 30 a 70% dos casos de melanoma como sendo originados de lesões pigmentadas. Apesar destes dados serem significantes, estudos feitos por SOMAN & SIRSAT em 1974, mostraram que na Índia, onde o número de casos de MO é mais elevado que o normal, a incidência de lesões melanóticas precursoras é baixa.

Outros autores (BENNETT et al., 1974; MC DONALD et al., 1983) afirmaram ser exceções os casos de proliferação a partir de uma lesão pigmentada já existente. Uma outra explicação para esta ocorrência estaria relacionada ao fato de que estas áreas hiperpigmentadas poderiam representar uma fase de crescimento radial do melanoma persistindo por meses ou anos anteriormente à fase invasiva da doença ou fase de crescimento vertical (BENNETT et al., 1974; RAPINI et al., 1985).

Há também o fato da cavidade nasal e o palato duro, os dois locais mais afetados pelo melanoma de cabeça, pescoço e de boca, estarem anatomicamente associados o que pode indicar a existência de um fator embriológico no desenvolvimento destas lesões.

GORSKY & EPSTEIN (1998) mostraram que estas duas localizações estão constantemente sendo expostas ao ar que respiramos e, portanto, aos

irritantes e agentes carcinogênicos presentes no ar o que possivelmente contribui para o aparecimento da doença.

### **2.3 Características clínicas**

Estudos (RAPINI et al., 1985; BERTHELSEN et al., 1984; MACINTYRE & BRIGGS, 1984) mostraram que os melanomas da cavidade oral são inicialmente assintomáticos e, usualmente não notados pelos pacientes o que contribui para o diagnóstico tardio das lesões.

Apesar do MO apresentar-se freqüentemente como uma massa de curta história de crescimento rápido, LIVERSEDGE (1975) e PLISKIN (1979), observaram que eventualmente pode se desenvolver como uma massa de crescimento lento em uma área de pigmentação prévia presente por meses ou anos.

De acordo com BATSAKIS et al. (1982) e SOOKNUNDUM et al. (1986), a cor das lesões pode variar de preto-azulado a marrom-claro ou até serem amelanóticas.

CLARK et al. (1969) e REGEZI et al. (1978) acreditam que áreas azuis ou brancas possam ser indicativas de regressão parcial da lesão.

As lesões podem apresentar-se com uma variedade de formas como uma mácula ou nódulo pigmentado, uma lesão extensa exofítica ou então uma variação amelanótica de uma destas três formas, segundo ARKEDIAN et al. (2000). A manifestação clínica pode ser detectada por ulceração, aumento de volume, sangramento, aparecimento de massas nodulares, crescimento rápido

ou pela perda de dentes (SHARMA et al., 1980; BATSAKIS et al., 1982; RAPINI et al., 1985; SOOKNUNDUM et al., 1986). É quando estes sinais estão presentes que os pacientes procuram por tratamento, no entanto neste estágio o prognóstico já é bastante desfavorável. Portanto, é de acordo comum entre os autores (CLARK et al., 1969; RAPINI et al., 1985; TRODAHL & SPRAGUE, 1986; GORSKY & EPSTEIN, 1998) que qualquer pigmentação focal de origem desconhecida presente na cavidade oral ou que são suspeitas de futura transformação em sua aparência clínica devem ser biopsiadas logo que detectadas.

O diagnóstico diferencial é muito importante para lesões pigmentadas da mucosa oral. Devem ser consideradas: tatuagem por amálgama, pigmentação fisiológica (racial e pós-inflamatória), mácula melanótica oral, nevo melanoacantoma segundo MANGANARO et al. (1995) e outras lesões benignas como lentigo simples (UMEDA et al., 1975).

MANGANARO et al. (1995) relataram também a existência algumas doenças sistêmicas associadas com pigmentação intra e extra-oral como a neurofibromatose, displasia fibrosa poliostótica, doença de Addison, síndrome de Peutz-Jeghers e a síndrome da múltipla neoplasia endócrina.

CLARK et al. (1969) descreveram três tipos predominantes de melanomas cutâneos baseados em suas características clínicas: melanoma nodular (MN), melanoma de disseminação superficial (MDS) e melanoma lentigo maligno (MLM). De acordo com alguns estudos (CLARK et al., 1969 e 1975; LIVERSEDGE, 1975; REGEZI et al., 1978), o MN usualmente apresenta-se como uma lesão elevada com crescimento vertical apenas e um prognóstico bastante ruim.

Em relação ao MDS, CLARK et al. (1969) e REGEZI et al. (1978) disseram ser o tipo mais comum, caracterizado por ser uma lesão pigmentada levemente elevada com bordas mais regulares do que o MLM. O MLM, também denominado melanoma in situ, é freqüentemente encontrado em idosos principalmente em regiões expostas ao sol. Neste tipo de melanoma, REGEZI et al. (1978) relataram a duração da fase de crescimento radial em até 25 ano, apresentando o melhor prognóstico dos três tipos de acordo com MC DONALD et al. (1983).

A classificação para MO ainda não foi estabelecida. CLARK et al. (1975), BATSAKIS et al (1982), UMEDA et al. (2002) mostraram que muitos MO apresentam características histológicas semelhantes ao MLM durante sua fase de crescimento radial. Porém, uma vez iniciada a fase invasiva, alguns autores (REGEZI et al., 1978; BATSAKIS et al., 1982; UMEDA et al., 2002) observaram que as lesões orais mostram comportamento agressivo e podem desenvolver metástases, fato que se assemelha à fase de invasiva do MDS. Estes mesmos investigadores acham que o MO deveria ser classificado juntamente aos melanomas de palma das mãos e sola dos pés e aqueles encontrados abaixo da unha, os quais são formas agressivas de melanoma de pele, como melanoma lentigo acral (MAL).

Outros investigadores (TANAKA et al., 1994; KATO et al., 1996; BARKER et al., 1997; HICKS & FLAITZ, 2000), na literatura recente, recomendam classificar o MO separadamente do melanoma cutâneo basicamente devido ao péssimo prognóstico do primeiro tipo.

RAPINI et al. (1985), após revisão de 177 casos de MO, concluíram que a distinção entre MAL, MDS, MLM não pode contribuir com o prognóstico das

lesões orais. E ainda, devido à controversa classificação dos MO, o autor prefere referir-se a estas lesões simplesmente como "melanoma maligno oral com fase de crescimento radial".

## **2.4 Características histológicas**

O diagnóstico de MO é feito através das características histológicas da lesão as quais são idênticas ao melanoma de pele. Segundo GNEPP (2001), melanócitos atípicos estão inicialmente presentes na junção epitélio-conjuntivo e com proliferação em direção à superfície e lateralmente ao longo da camada basal celular. Os melanócitos apresentam variação no tamanho do núcleo, em sua forma e coloração.

HICKS & FLAITSZ (2000) verificaram que pigmentação de cor marrom consistente com melanina intra ou extracelular pode também estar presente.

Nos estágios iniciais, células tumorais podem ser encontradas como unidades individuais junto à camada basal do epitélio ou formando ninhos junto à camada basal. Quando se inicia o crescimento vertical, melanócitos atípicos são vistos como células isoladas ou na forma de cordão de células invadindo o tecido conjuntivo sub-epitelial.

GNEPP (2001) observou que as células malignas na fase invasiva apresentam-se fusiformes ou epitelióides.

Todavia, o tumor tem capacidade de imitar uma variedade de outras malignidades, especialmente o tipo amelanótico de melanoma. UMEDA et al.

(2002) ressaltaram que uma análise imunohistoquímica usando a proteína S-100 ou o anticorpo monoclonal HMB-45 é bastante útil para o diagnóstico deste tipo amelanótico de MO e também para distinguí-lo de outras neoplasias malignas.

Com relação à profundidade de invasão tumoral, é de acordo geral (JAMES & SORRELL, 1994; REGEZI & SCIUBBA, 1999) que esta se encontra diretamente relacionada ao prognóstico do melanoma cutâneo. Existem dois sistemas de classificação histológica.

CLARK et al. (1969 e 1975) desenvolveram cinco níveis de invasão baseados em medidas histológicas. O nível I é considerado melanoma in situ porque todas as células tumorais são encontradas acima da membrana basal. No nível II, as células tumorais já ultrapassaram a membrana basal invadindo a zona papilar da derme. No nível III, as células da base do tumor formam uma linha na interface entre a derme papilar e a reticular. Quando as células malignas invadem a camada reticular e encontram-se entre as fibras de colágeno, o nível IV é estabelecido. No último estágio, nível V, há invasão do tecido subcutâneo e uma sobrevida muito precária.

Outro sistema de classificação feito por BRESLOW (1970) utiliza um microscópio óptico micrométrico. De acordo com ela, tumores cutâneos primários com menos de 0.75mm de espessura apresentam uma taxa de sobrevida próxima a 100%. Tumores entre 0.75 e 1.5mm apresentam uma taxa de 90% e aqueles com 1.5 a 3.5mm têm prognóstico de 40% de sobrevida.

O uso combinado destes dois sistemas de classificação é útil para indicação do prognóstico de melanoma em pele. Porém, JAMES & SORRELL

(1994) relevaram o fato de que as diferenças anatômicas existentes entre cavidade bucal e pele tornam inapropriado classificar diretamente as lesões de membrana mucosa em algum destes níveis citados.

## **2.5 Tratamento**

Há um consenso entre os autores em relação ao tratamento de escolha para MO o qual baseia-se em uma excisão cirúrgica radical da lesão. Mesmo para lesões pequenas, GNEPP (2001) preconizou a remoção da lesão juntamente com mais de 1cm de margem de mucosa clinicamente normal. O osso subjacente também deve ser removido e a hemimaxilectomia é comumente necessária em casos de lesões no palato.

Uma vez que as limitações anatômicas inerentes à cavidade oral dificultam a excisão cirúrgica, RAPINI et al. (1985) citaram a utilização da eletrodissecção e a criocirurgia em alguns casos.

SNOW & VAN DER WALL (1986) relevaram o emprego da radioterapia como tratamento adicional pós-cirúrgico quando margens adequadas não puderem ser atingidas ou como tratamento primário em pacientes que não podem submeter-se à procedimentos cirúrgicos, o que inclui idosos ou pacientes com comprometimento sistêmico.

OHYA et al. (1987) mostraram a quimioterapia pré-cirúrgica sendo ocasionalmente usada para reduzir o tamanho do tumor.

Estudos de JAMES & SORRELL (1994) ressaltaram que outras modalidades terapêuticas, incluindo a laserterapia, necessitam de mais estudos para que possam ser usadas como formas de tratamento.

Alguns investigadores (SNOW et al., 1978; SNOW & VAN DER WALL, 1986; REGEZI & SCIUBBA, 1993) mostraram que o esvaziamento cervical é normalmente feito quando há envolvimento ganglionar evidente. No entanto, ainda não há um consenso entre os autores em relação à prática de esvaziamento ganglionar em casos de envolvimento clínico negativo.

VERONESI et al. (1982) e SIM et al. (1986) disseram não haver provas de que a dissecação profilática de gânglios normais reduza significativamente a recorrência da lesão e melhore o prognóstico do MO.

De acordo com BARTOWSKI et al. (1984), a ressecção deve ser feita em todos os casos de lesão maior que 3mm de espessura, mesmo com envolvimento clínico negativo dos linfonodos.

## **2.6 Prognóstico**

O prognóstico do MO é bem mais pobre do que o do melanoma de pele. De acordo com alguns autores (TRODAHL & SPRAGUE, 1970; GUSTAV et al., 1972; LIVERSEDGE, 1975; PLISKIN, 1979; MC CAFFREY et al., 1980; PRESANT, 1983; MACINTYRE & BRIGGS, 1984; RAPINI et al., 1985; KIPPAX et al., 1988), a taxa de sobrevida de 5 anos situa-se entre 4.5 a 29% com uma média de 18.5 meses de sobrevida após o diagnóstico inicial, enquanto para a lesão em pele a sobrevida varia de 35 a 45% (HANSEN et al., 1968;

HAMAKER & CONLEY, 1981). O melhor prognóstico para lesões em boca está associado à casos de lesões pequenas, diagnóstico e tratamento precoces, e o pior prognóstico à lesões extensas e presença de disseminação regional e à distância.

Melanoma maligno da cavidade bucal apresenta uma predisposição em desenvolver metástases linfonodais. Seguindo do envolvimento ganglionar, KIPPAX et al. (1988) mostraram a ocorrência da disseminação para outras áreas via vasos linfáticos ou sanguíneos. Os órgãos mais comumente afetados, de acordo com alguns autores (CHAUDHRY et al., 1958; GUSTAV et al., 1972; PLISKIN, 1979; PRESANT, 1983; MACINTYRE et al., 1986) são os pulmões, cérebro, fígado e ossos, mas qualquer órgão está sujeito às metástases.

A presença de metástase linfonodal no momento do diagnóstico parece diminuir as taxas de sobrevida. Estudos de BALCH et al. (1983), mostraram que o prognóstico torna-se melhor quando a lesão limita-se a único sítio de metástase sendo este preferencialmente um órgão não visceral.

Muitas razões foram propostas para explicar este diagnóstico sombrio tais como o diagnóstico tardio, dificuldades anatômicas, a vascularização aumentada da cavidade bucal e o comportamento agressivo da forma oral da lesão (CHAUDHRY et al., 1958; HAMAKER & CONLEY, 1981; RAPINI et al., 1985; MACINTYRE et al, 1986). TRODAHL & SPRAGUE (1970) ressaltaram a idade avançada dos pacientes ser também importante para o prognóstico ruim.

Segundo alguns trabalhos (CLARK et al., 1969; LIVERSEDGE, 1975; RAPINI et al., 1985; KIPPAX et al., 1988), a taxa de sobrevida do melanoma da derme é associada negativamente à profundidade de invasão e ao

estabelecimento de uma fase de crescimento vertical o que da mesma maneira se suspeita ocorrer na cavidade oral. Já o surgimento de bordas irregulares, coloração e diâmetro do tumor são características relevantes para o melanoma cutâneo, mas não para a forma oral de acordo com SOMAN & SIRSAT (1974).

Parece não haver um consenso entre os investigadores sobre os resultados da profundidade de invasão e o prognóstico do MO.

SHAH et al. (1977), relataram uma sobrevida de 30% em lesões menores que 5mm em profundidade, 18% em invasões maiores que 5mm e 10% para pacientes com tumor mais espesso que 1cm. Com relação à presença de metástase nos linfonodos no momento do diagnóstico, o mesmo autor relatou uma sobrevida de 5 anos em 25% para nódulos negativos contra 19% para nódulos positivos.

Apesar dos dados de sobrevida apresentados na literatura, TAUSHER et al. (2002) preconizou a associação do prognóstico de cada caso à extensão da disseminação do tumor, a um correto estadiamento clínico-patológico da lesão primária e também a presença ou ausência de metástase regionais ou distantes.

Resumidamente, há uma necessidade de maior número de estudos prospectivos para MO devido ao seu comportamento biológico singular quando comparado ao melanoma de pele. Estudos futuros devem abordar aspectos etiológicos, estabelecer uma classificação clínica e histológica, prognóstico e outros aspectos controversos relacionados à esta neoplasia.

### 3. CONCLUSÃO

O melanoma maligno é uma doença bastante rara em cavidade bucal, portanto o cirurgião-dentista deve estar atento para diferenciar esta neoplasia de outras lesões pigmentadas mais comumente presentes em boca. Caso a lesão apresente características clínicas compatíveis com melanoma oral, uma biópsia deve ser realizada o mais brevemente possível evitando assim, o diagnóstico tardio e a menor probabilidade de cura da doença.

Confirmado o diagnóstico de melanoma maligno, o paciente deve ser encaminhado para tratamento com cirurgião de cabeça e pescoço e, se necessário realizar outros tratamentos adicionais. O paciente deve receber acompanhamento durante toda vida devido à possibilidade de recorrência e de disseminação da lesão.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARDEKIAN L, ROSEN DJ, PELED M, RACHMIEL A, MACHTEI EE, NAAJ IA, LAUFER D. Primary gingival malignant melanoma. Report of 3 cases. J. Periodontol January 2000; 117-20.
2. BALCH CM, SOONG SJ, MURAD TM, SMITH JW, MADDOX WA, DURANT JR. A multifactorial analysis of melanoma IV. Prognostic factors in 200 melanoma patients with distant metastasis (stage III). J Clin Oncol 1983; 1:126-34.
3. BARKER BF, CARPENTER WM, DANIELS TE, KAHN MA, LEIDER AS, LOZADA-NUR F, LYNCH DP, MELROSE R, MERRELL P, MORTON T, PETERS E, REGEZI JA, RICHARDS SD, RECH GM, ROHRER MD, SLATER L, STEWART JC, TOMICH CE, VICKERS RA, WOOD NL, YOUNG SK. Oral mucosal melanomas: the WESTOP Banff Workshop proceedings. Western Society of Teachers of Oral Pathology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 83: 672-9.
4. BARTOWSKI SB, PANAS M, WILCZANSKA H, MAGDALENA D. Primary malignant melanoma of the oral cavity: a review of 20 cases. Am J Surg 1984; 148: 362- 6.

5. BATSAKIS JG, REGEZI JA, SOLOMON AR, RICE DH. The pathology of head and neck tumors: mucosal melanomas, part 13. *Head Neck Surg* 1982; 4:404-18.
6. BATSAKIS JG. Tumors of the head and neck: clinical and pathological considerations. 2<sup>nd</sup> eds. Baltimore: Williams and Wilkins Co; 1979. p. 431-47.
7. BENNETT AJ, SOLOMON MP, JARRETT W. Superficial spreading melanoma of the buccal mucosa, report of a case. *J Oral Surg* 1974; 34: 358.
8. BERTHELSEN A, ANDERSEN AP, JENSEN TS, HANSEN HS. Melanomas of the mucosa in the oral cavity and the upper respiratory passages. *Cancer* 1984; 154:907-12.
9. BORING CC, SQUIRES TS, TONG T, MONTGOMERY S. Cancer statistics 1994. *CA Cancer J Clin* 1994; 44:7-26.
10. BRESLOW A. Thickness, cross-sectional areas, and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma. *Ann Surg* 1970; 172: 902-8.
11. CHAUDHRY AP, HAMPEL A, GORLIN RJ. Primary malignant melanoma of the oral cavity, A review of 105 cases. *Cancer* 1958; 11: 923-28.

12. CLARK WH JR, AINSWORTH AM, BERNARDINO EA, YANG CH, MIHM CM JR, REED RJ. The developmental biology of primary humans malignant melanomas. *Semin Oncol* 1975; 2: 83-103.
13. CLARK WH JR, FROM L, BERNARDINO EA, MIHM MC. The histogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanomas of the skin. *Cancer Res.* 1969; 29: 705-27.
14. CURRAN JB, WHITTAKER JS. Primary malignant melanoma of the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 36: 701-6.
15. ENEROTH CM. Malignant melanoma of the oral cavity. *Int J Oral Surg.* 1975; 4: 191-7.
16. GNEPP DR. Diagnostic surgical pathology of the head and neck. 1<sup>st</sup> edition; WB Saunders Company; 2001. p. 225-6.
17. GORSKY M, EPSTEIN JB. Melanoma arising from the mucosal surfaces of the head and neck. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86: 715-9.
18. GUSTAV RR, DEFIEBRE BK, FIRTELL DN. Primary malignant melanoma of the mouth. *J Oral Surg* 1972; 37: 349.

19. HAMAKER RC, CONLEY J. Melanoma of the head and neck. Ariel IM(ed): malignant melanoma. New York, NY. Appleton Century Crofts. 1981. p.291-301.
20. HANSEN LS, SILVERMAN S JR, BEUMER J. Primary malignant melanoma of the oral cavity, report of two cases. Oral Surg 1968; 26: 352.
21. HICKS MJ, FLAITZ CM. Oral mucosal melanoma: epidemiology and pathology. Oral Oncol 2000; 36: 152-69.
22. HOLMSTROM M, LUND VJ. Malignant melanoma of the nasal cavity after occupational exposure to formaldehyde. Br J Ind Med 1991; 48:9-11.
23. JAMES E. STRAUSS, SORRELL I. STRAUSS. Oral Malignant Melanoma: A case report and review of literature. J Oral Maxillofac Surg 1994; 52: 972-6.
24. KATO T, KUMASAKA N, SUETAKE T, TABATA N, TAGAMI H. Clinicopathological study of acral melanoma in situ in 44 Japanese patients. Dermatology 1996; 193: 192-7.
25. KIPPAX JB, MEYER ER, GILMORE W. Oral melanoma with oral squamous carcinoma: report of a case. J Oral Maxillofac Surg 1988; 46: 620-5.
26. LIVERSEDGE RL. Oral malignant melanoma. Br J Surg 1975; 13: 40-55.

27. LOMBARDI T, HASKELL R, MORGAN PR, ODELL EW. An unusual intraosseous melanoma in the maxillary alveolus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80: 677-82.
28. MACINTYRE DR, BRIGGS JC. Primary oral malignant melanoma. *Int J Oral Surg* 1984;13: 160-5.
29. MACINTYRE DR, PELL G, BRIGGS JC. Primary oral malignant melanoma presenting as a leaf fibroma. *Br Dent J* 1986; 161: 131-2.
30. MANGANARO AM, HAMMOND HL, DALTON MJ. Oral melanoma: case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80: 670-6.
31. MCCAFFREY TV, NELL HB, GAFFEY TA. Malignant melanoma of the oral cavity, review of 10 cases. *Laryngoscope* 1980; 90: 1329-35.
32. MC DANIEL RK, WEIR JS, MCCLENDON JL. Pigmented oral mucosal lesions. *Texas Dent Assoc* 1984; 101: 14-7.
33. MCDONALD JS, MILLER RL, WAGNER W, GIAMMARA B. Acral lentiginous melanoma of the oral cavity. *Head Neck Surg.* 1983; 5: 257-62.

34. OHYA T, KEIDO K, CHEN CH, TSUGE N, YAMAGUCHI K, FUJIOKA Y, TAKEDA Y, SAKAMAKI. Primary malignant melanomas of the oral mucosa. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1987; 16: 496-9.
35. PLISKIN ME. Malignant melanoma of the oral cavity, in Clark WH Jr, Goldman LI, Mastrangelo JR(eds). *Human Malignant melanoma*. Grune and Stratton, New York, NY: 1979. p. 125-137.
36. PLISKIN ME, MASTRANGELO MJ, BROWN AM, CUSTER RP. Metastatic melanoma of the maxilla presenting as a gingival swelling. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976; 41: 101-4.
37. PRESANT CA. Malignant melanoma of mucosal sites, in Costanzi JJ (ed): *Malignant melanoma*. Boston, MA. Martinus Nijhoff, 1983; p.55-63.
38. RAPINI RP, GOLITZ LE, GREER RO , KREKORIAN EA, POULSON T. Primary malignant melanoma of the oral cavity. A review of 177 cases. *Cancer* 1985; 55: 1543-51.
39. REGEZI JA, HAYWARD JR, PICKENS TN. Superficial melanomas of the oral mucous membranes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978;45: 730-40.
40. REGEZI JA, SCIUBBA JJ. *Oral pathology: clinical-pathologic correlations*. 2<sup>nd</sup> eds. Philadelphia: WB Saunders; 1993.p. 167-71.

41. REGEZI JA, SCIUBBA JJ. Oral Pathology: clinical pathologic correlations. 3<sup>rd</sup> edition: WB Saunders Company; 1999. p. 489-491.
42. SHAFER WG, HINE MK, LEVY BM. A textbook of oral pathology. 4<sup>th</sup> eds. Philadelphia: WB Saunders; 1983. p.133-5.
43. SHAH JP, HUVOS AG, STRONG EW. Mucosal melanomas of the head and neck. Am J Surg 1977; 134: 531- 5.
44. SHARMA BG, BHURAT SK, CHATTERJI P. Malignant melanoma of the hard palate. Ear Nose Throat J 1980; 59: 100-4.
45. SIM FH, TAYKLOR WF, PRITCHARD DJ, SOULE EH. Lymphadenectomy in the management of stage I malignant melanoma: a prospective randomized study. Mayo Clin Proc 1986; 61: 697-705.
46. SNOW GB, VAN DER ESCH EP, VAN SLOOTEN EA. Mucosal melanomas of the head and neck. Head Neck Surg 1978; 1: 24-30.
47. SNOW GB, VAN DER WALL I. Mucosal melanomas of the head and neck. Otolaryngol Clin North Am. 1986; 19: 537-47.
48. SOMAN CS, SIRSAT MV. Primary malignant melanoma of the oral cavity in Indians. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1974; 38: 426- 34.

49. SOOKNUNDUM M, KACKER SK, KAPILA K. Oral malignant melanoma, a case report and review of literature. *J Laryngol Otolangol* 1986; 100: 371.
50. TAKAGI M, ISHIKAWA G, MORI W. Primary malignant melanoma of the oral cavity in Japan. With special reference to mucosal melanosis. *Cancer* 1974; 34: 358-70.
51. TANAKA N, AMAGASA T, MIAKI H, SHIODA S, TAKEDA M, OHASHI K, RECK SF. Oral malignant melanoma in Japan. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78: 81-90.
52. TAUSHER AE, JEWELL WR, DAMJANOV I. Malignant melanoma of the lip spreading in a pagetoid manner into the minor salivary glands. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 341-4.
53. TRAVIS LW, SUTHERLAND C. Coexisting lentigo of the larynx and melanoma of the oral cavity: report of a case. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1980; 88: 218-20.
54. TRODAHL JN, SPRAGUE WG. Benign and malignant melanocytic lesions of the oral mucosa. An analysis of 135 cases. *Cancer* 1970; 25: 812-23.
56. UMEDA M, KOBRATSUBARA H, SHIBUYA Y, YOKOO S, KOMORI T. Premalignant melanocytic dysplasia and malignant melanoma of the oral mucosa. *Oral Oncol* 2002; 38: 714-22.

57. VERONESI U, ADAMUS J, BANDEIRA DC, BRENHOVEL O, CACERIS E, CASCENELLI N, CLAUDIO F, IKONOPESOV VV, JAVORSKI VV, KIROV S, KULAKOWSKI A, LACOUR J, LEYIENE F, MICHL Z, MORABITO A, RODE I, SERGEV S, VAN SLOOTEN E, SZCZYGREL K, TRAPEZNIKOV NN, WAGNER RI. Delayed regional lymph node dissection in stage I melanoma of the skin of the lower extremities. *Cancer* 1982; 49:2420-30.

58. WEBER CO. Chirurgische ehrefahrungen und untersuchungen, nebst shelreichen beobachtungen aus der chirurgischen klinik und dem evangelischen krankenhause zunbonn, Berlin. G. Reimer 1859; 30-5.