



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DE LESÕES ORAIS PIGMENTADAS: UMA SÉRIE DE CASOS

Ingrid Pereira de Freitas Ponte

Manhuaçu
2022



INGRID PEREIRA DE FREITAS PONTE

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DE LESÕES ORAIS PIGMENTADAS: UMA
SÉRIE DE CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso Superior de Odontologia do Centro
Universitário UNIFACIG, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Odontologia.

Área de concentração: Ciência da Saúde

Orientador: Cristiano Magalhães Moura Vilaça

Manhuaçu
2022



INGRID PEREIRA DE FREITAS PONTE

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DE LESÕES ORAIS PIGMENTADAS: UMA
SÉRIE DE CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso Superior de
Odontologia do Centro Universitário
UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Odontologia.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Cristiano Magalhães Moura
Vilaça

Banca Examinadora:

Data de Aprovação: 06 de julho de 2022.

MSc. Cristiano Magalhães Moura Vilaça; UNIFACIG

ESP. André Cortez Nunes; UNIFACIG

Esp. Paulo César Oliveira; UNIFACIG

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DE LESÕES ORAIS PIGMENTADAS: UMA SÉRIE DE CASOS

Autor: Ingrid Pereira de Freitas Ponte

Orientador: Cristiano Magalhães Moura Vilaça

Curso: Odontologia Período: 9ª Área de Pesquisa: Ciências da saúde

Resumo: As lesões pigmentadas da cavidade bucal são alterações na cor natural da mucosa que podem ocorrer devido ao grau de queratinização, aumento na produção de melanina e do número de melanócitos, ou pelo depósito accidental de corpos estranhos na mucosa. Identificar e diagnosticar corretamente lesões na cavidade bucal é muito importante uma vez que se faz necessário estabelecer a intervenção mais adequada para cada caso. Apesar de a epidemiologia ajudar na orientação do cirurgião dentista durante o processo diagnóstico, em alguns casos devido às variações de coloração da mucosa pode não ser possível diferenciar lesões benignas de lesões malignas somente com base clínica, devido às mesmas apresentarem características semelhantes. As principais lesões enegrecidas encontradas na cavidade bucal incluem o melanoma oral, melanocantoma oral, tatuagem por amálgama, mácula melanótica oral, melanose causada por drogas e nevo melanocítico. Neste estudo foi destacado o diagnóstico diferencial entre tatuagem por amálgama, nevo melanocítico e melanoma. Foi feita a descrição de relatos de casos envolvendo lesões enegrecidas descrevendo as principais lesões e seus processos de diagnóstico, uma vez que o mesmo estará diretamente relacionado à abordagem terapêutica adequada em cada caso.

Palavras chave: Patologia Bucal, Melanoma, Estomatologia, Nevo Pigmentado

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. DESENVOLVIMENTO.....	5 - 18
3. DISCUSSÃO	18 - 20
4. CONCLUSÃO.....	20
5. REFERÊNCIAS.....	20 - 23

1. INTRODUÇÃO

A mucosa bucal possui colorações variadas tanto em situações de normalidade quanto em condições patológicas, as quais são chamadas de lesões pigmentadas, sendo causadas pelo acúmulo de pigmentos nos tecidos. Tais pigmentos podem ter origem endógena como a pigmentação produzida pelo próprio organismo, ou exógena pela deposição de corpos estranhos na mucosa (LUTZ, 2012; MELETI *et al.*, 2008; SREEJA *et al.*, 2015).

As principais lesões enegrecidas encontradas na cavidade bucal incluem o melanoma oral, melanocantoma oral, tatuagem por amálgama, mácula melanótica oral, melanose causada por drogas e nevo melanocítico (MÜLLER e SUSAN, 2010). De forma geral, os sítios anatômicos mais afetados por lesões pigmentadas são os rebordos alveolares (LUTZ, 2012).

Habitualmente lesões pigmentadas benignas apresentam simetria, são pequenas, com coloração uniforme, bordas regulares, podendo se apresentar em forma de mácula ou mancha. Em contrapartida lesões malignas apresentam variações de coloração e bordas irregulares. Em geral, as lesões pigmentadas orais podem ter diagnóstico clínico, ou através de exame histopatológico, pois devido às variações de coloração em algumas situações não é possível diferenciar clinicamente pigmentações benignas de um melanoma oral inicial (KAUZMAN *et al.*, 2020).

Identificar e diagnosticar corretamente lesões na cavidade bucal é muito importante uma vez que se faz necessário estabelecer a intervenção mais adequada para cada caso. Logo, para um bom diagnóstico é necessário seguir alguns passos que irão incluir uma anamnese minuciosa, o histórico da lesão, exame físico e radiográfico e exames laboratoriais (ELLIS, 2015).

As lesões pigmentadas benignas como o melanocantoma oral, tatuagem por amálgama, mácula melanótica oral, e nevo melanocítico normalmente não necessitam de nenhum tratamento, e a melanose causada por drogas tem recessão logo após a remoção do agente causador. Em contrapartida, lesões malignas como o melanoma oral tem um tratamento mais radical, em que deve ser feita a excisão cirúrgica total da lesão com margens amplas e pode ser feita utilização de radioterapia e/ou quimioterapia como uma terapia adjuvante (VASCONCELOS *et al.*, 2014).

Diante do exposto, este estudo busca descrever o relato de uma série de três casos corroborando a importância do diagnóstico clínico diferencial de lesões pigmentadas na cavidade bucal, descrevendo as principais lesões e seus processos de diagnóstico, uma vez que o mesmo estará diretamente relacionado à abordagem terapêutica adequada em cada caso.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Referencial Teórico

2.1.1 Definição

As lesões pigmentadas da cavidade bucal são alterações na cor natural da mucosa que podem ocorrer devido ao grau de queratinização, aumento na produção de melanina e do número de melanócitos, ou pelo depósito accidental de corpos estranhos, podendo ser classificadas em pigmentações endógenas ou exógenas (GAETA, 2002; LUTZ, 2012; DIAS *et al.*, 2017).

As pigmentações endógenas ocorrem através do acúmulo pigmentos produzidos pelo próprio organismo, podendo ter a etiologia relacionada a distúrbios endócrinos, síndromes, infecções, irritação crônica, reativa ou neoplásica. Os principais pigmentos são a melanina, a hemoglobina, a hemossiderina e o caroteno. Dentre esses pigmentos a melanina possui a maior relevância clínica (SREEJA *et al.*, 2015; ROSEBUSH, 2019).

É produzida na camada basal do epitélio por células chamadas de melanócitos, e é transferida para os queratinócitos adjacentes através de organelas ligadas à membrana, chamadas de melanossomas. A melanina também é sintetizada pelas células névicas, que são derivadas da crista neural e são encontradas na pele e na mucosa. As lesões causadas pelo seu acúmulo podem ter coloração marrom, azul, cinza ou preta, dependendo da localização e quantidade nos tecidos. As pigmentações superficiais habitualmente são de cor marrom e as mais profundas pretas ou azuis (GONDAK *et al.*, 2012; KAUZMAN *et al.*, 2020).

Por outro lado, as pigmentações exógenas ocorrem através da implantação de corpos estranhos na mucosa e pode ser causada por drogas, tabaco/tabagismo, amálgama ou induzida por metais pesados. Esses corpos estranhos são inseridos no organismo por ingestão, inalação ou inoculação, sendo fagocitados por macrófagos ou drenados por vasos linfáticos (MELETI *et al.*, 2008).

As lesões pigmentadas na mucosa bucal também podem ser classificadas clinicamente como pigmentações maculares difusas/multifocais, que incluem lesões como pigmentação racial fisiológica, melanose associada a doenças sistêmicas, melanose causada por drogas e pigmentação por metais pesados. Ou pigmentação focal solitária, que incluem lesões como mácula melanótica, tatuagem por amálgama, nevo melanocítico, melanoacantoma e melanoma oral (LUTZ, 2012; FRICAIN, 2017). A descoberta de uma lesão oral pigmentada solitária deve ser vista com suspeita ainda maior porque se faz diagnóstico diferencial com o melanoma oral (EISEN, 2000; LENANE, 2000).

Apesar de a epidemiologia ajudar na orientação do cirurgião dentista durante o processo diagnóstico, em alguns casos, devido às variações de coloração da mucosa, pode não ser possível diferenciar lesões benignas de lesões malignas somente com base clínica, devido às mesmas apresentarem características semelhantes. Nesse sentido, lesões enegrecidas na cavidade bucal podem indicar a presença de patologias graves, assim, o diagnóstico definitivo geralmente requer a realização de biópsia e avaliação histopatológica (GONDAK *et al.*, 2012; SANTOS, 2021).

Neste estudo será destacado o diagnóstico diferencial entre melanoma oral, tatuagem por amálgama, e nevo melanocítico.

2.1.2 Melanoma Oral

O melanoma é um tumor maligno que surge a partir da multiplicação anormal dos melanócitos (MIKKELSEN *et al.*, 2016). Apesar de o melanoma ser o terceiro câncer de pele mais comum, na mucosa bucal é considerado raro com incidência de 0,5% dos tumores malignos. Atinge homens e mulheres na proporção de 2:1 e geralmente ocorre na 6ª década de vida com média de idade de 56 anos (DELGADO, 2003; PARKIN, 2002; BHULLAR *et al.*, 2017). O melanoma oral é mais agressivo quando comparado ao melanoma cutâneo, e por estar mais próximo a vasos sanguíneos e linfáticos possui maiores chances de metástase (VASCONCELOS *et al.*, 2014).

O diagnóstico do melanoma oral deve ser realizado com base nos achados clínicos com auxílio do sistema “ABCDE” (Tabela 1), e confirmado através de biópsia e exame histopatológico (SANTOS, 2021). O prognóstico do melanoma oral é pior que o do melanoma cutâneo, então o diagnóstico precoce é extremamente importante para uma maior sobrevida do paciente (NEVILLE, 2009; KAUZMAN *et al.*, 2020).

Clinicamente, as lesões do melanoma são comumente encontradas em forma de mácula, indolor, com coloração variada, pigmentos que variam entre os tons de preto, roxo, azul escuro, castanho e cinza, com diâmetro maior que 6 mm, de formato irregular, devido ao seu padrão de crescimento descontrolado que podem aumentar progressivamente crescendo em nódulos ou massas exofíticas e que gradualmente vão se tornando mais profundas e pigmentadas (Figura 1 A e B) (FELLER *et al.*, 2017; TLHOLOE *et al.*, 2015; KAUL, 2013; NEVILLE, 2009; LAMICHHANE *et al.*, 2015).

As lesões em estágios mais avançados podem ser dolorosas, associadas à ulceração, sangramento e destruição óssea (MÜLLER E SUSAN, 2010; LAMICHHANE *et al.*, 2015) e o local mais atingido pela lesão é o palato duro, seguido pelo palato mole, gengiva e rebordo alveolar. Já os locais menos afetados são a língua e o assoalho bucal (DIAS *et al.*, 2017; FELLER *et al.*, 2017).

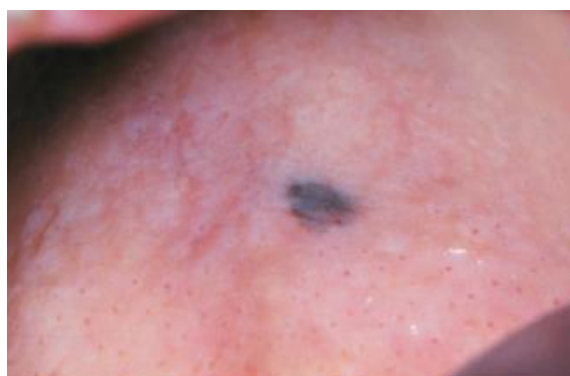


Figura 1 A: Melanoma oral. Área de pigmentação, medindo aproximadamente 5 mm de diâmetro, região posterior do palato duro em uma mulher de meia-idade durante um exame oral de rotina. A biópsia revelou um melanoma in situ. (Fonte: Neville, 2009)



Figura 1 B: Melanoma maligno na mucosa bucal. (Fonte: Kaul, 2013)

Devido às semelhanças encontradas entre as lesões pigmentadas, foi desenvolvido um sistema de avaliação “ABCDE” para auxiliar no diagnóstico, com base em sua assimetria (A), irregularidade da borda (B), cor (C), diâmetro (D) e padrão evolutivo (E) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características clínicas para o diagnóstico do Melanoma.

	Características Clínicas “ABCDE” para o melanoma
A	Assimetria (devido ao seu padrão de crescimento descontrolado)
B	Bordas irregulares (geralmente em serrilhado)
C	Coloração irregular (que varia de tons do marrom ao negro, branco, vermelho e azul, dependendo da quantidade e da profundidade da pigmentação por melanina)
D	Diâmetro maior do que 6 mm (que é o diâmetro de uma borracha de lápis)
E	Evolutivo (mudanças com relação ao tamanho, forma, cor, superfície ou sintomas ao longo do tempo)

Fonte: Neville (2009)

Histologicamente, os melanócitos atípicos são maiores que os melanócitos normais e possuem graus distintos de pleomorfismo e hiperchromatismo nuclear, sendo observados inicialmente na junção do tecido epitelial e conjuntivo (NEVILLE, 2009; SYMVOULAKIS *et al.*, 2006). O melanoma da mucosa oral pode ser classificado em três padrões microscópicos: *in situ*, invasivo ou a combinação de ambos (FELLER *et al.*, 2017). As células cancerígenas podem se espalhar ao longo da camada basal o que constitui a fase de crescimento radial que representa o melanoma *in situ* e superficial (VASCONCELOS *et al.*, 2014; FELLER *et al.*, 2017; DIAS *et al.*, 2017) (Figura 2).

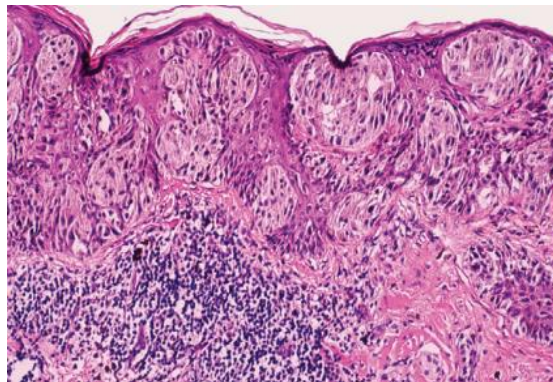


Figura 2: Melanoma oral (Fonte: Neville, 2009).

Porém quando essas células invadem o tecido conjuntivo, caracteriza-se uma fase de crescimento vertical que corresponde o melanoma nodular ou invasivo. Essas células invasivas de melanoma têm formato fusiforme ou epitelióide e infiltram tecidos conectivos como cordões e feixes pobremente agregados de células pleomórficas (Figura 3 AB) (SYMVOULAKIS *et al.*, 2006; VASCONCELOS *et al.*, 2014; NEVILLE, 2009; FELLER *et al.*, 2017).

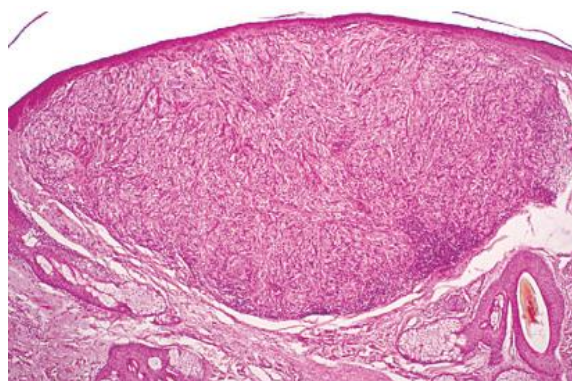


Figura 3A: Melanoma nodular. Fotomicrografia em menor aumento exibindo aumento de volume nodular de melanócitos malignos invadindo o interior da derme. (Fonte: Neville 2009)

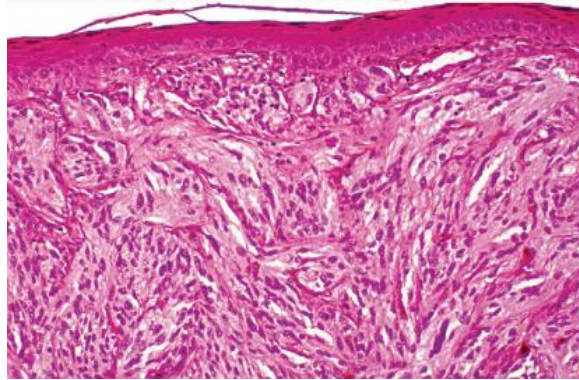


Figura 3B: Fotomicrografia em maior aumento exibindo melanócitos atípicos de formato fusiforme. (Fonte: Neville, 2009)

O tratamento para o melanoma é radical, em que deve ser feita a excisão cirúrgica total da lesão com margens amplas, sendo cirurgias complexas devido a restrições anatômicas e proximidade com estruturas vitais. Pode ser feita utilização de radioterapia e/ou quimioterapia como uma terapia adjuvante, por reduzir o risco de recidiva local, contudo, não aumenta a sobrevida do paciente pelo alto risco de metástase (MARTA, *et al.*, 2007; KAUZMAN *et al.*, 2020).

2.1.3 Tatuagem por amálgama

As tatuagens por amálgama são lesões pigmentadas exógenas que surgem através da introdução iatrogênica de partículas de amálgama nos tecidos da mucosa bucal (GALLETA *et al.*, 2011; MELETI *et al.*, 2008). Essas partículas de amálgama podem ser introduzidas na mucosa por diversas formas, tais como, em áreas com abrasão prévia da mucosa contaminada por pó de amálgama no interior de fluidos orais, durante extrações dentárias em que podem cair acidentalmente fragmentos quebrados de restaurações dentro do alvéolo, durante retro-obturações endodônticas, durante procedimentos restauradores com o uso de caneta de alta rotação, que por apresentar água em alta pressão pode projetar partículas de amálgama dentro tecidos gengivais, ou até mesmo com o uso do fio dental em restaurações interproximais de amálgama recentes (ARAÚJO *et al.*, 2017; PISTÓIA, 2013; HILÁRIO *et al.*, 2021; NEVILLE 2009; VASCONCELOS *et al.*, 2014; SREEJA *et al.*, 2015; ROSEBUSH, 2019; LAIMER *et al.*, 2018, KIGNEL, 2013).

O diagnóstico da tatuagem por amálgama normalmente é feito com base em achados clínicos e radiográficos. Nas radiografias podem ser encontrados fragmentos radiopacos próximos à área da lesão, porém é observado em apenas 25% dos casos, pois somente fragmentos maiores podem ser detectados. (Figura 4) Em casos de dúvida deve ser feito biópsia e avaliação histopatológica para estabelecer o diagnóstico diferencial com outras lesões pigmentadas, principalmente de lesões malignas como o melanoma oral (SANTOS *et al.*, 2021; ARAÚJO *et al.*, 2017)

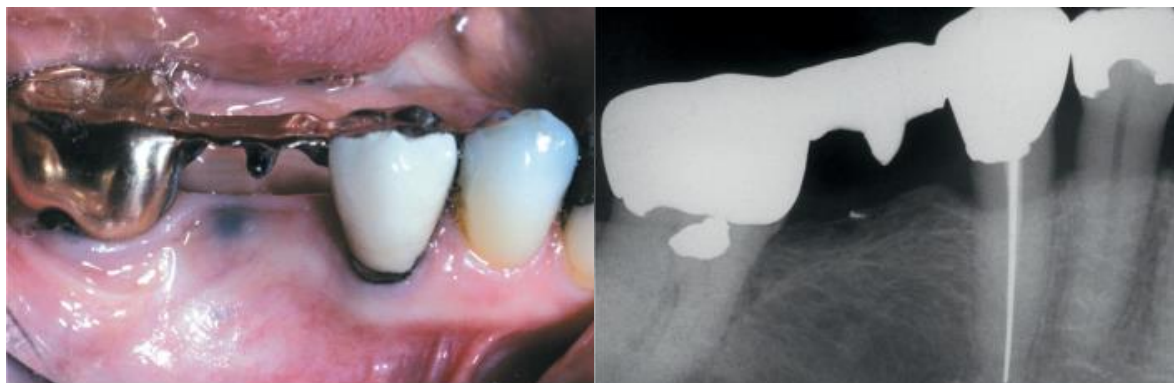


Figura 4: Tatuagem por amálgama. Área de pigmentação da mucosa da crista alveolar inferior, imediatamente abaixo do pântico da prótese fixa. Radiografia do mesmo paciente exibindo fragmento metálico radiopaco no sítio de pigmentação da mucosa. (Fonte: Neville, 2009)

Clinicamente, as lesões de tatuagem por amálgama se apresentam em forma de mácula ou mancha, com coloração preta, azul ou cinza. O formato das bordas varia, podendo ser definidas, irregulares ou difusas. Estas lesões geralmente possuem tamanho de 0,1 a 2,0 cm e as regiões mais acometidas são gengiva e mucosa alveolar (Figura 5) (KAUZMAN *et al.*, 2020; GALLETA *et al.*, 2011; LUNDIN, 2013; PISTÓIA, 2013; NEVILLE, 2009).



Figura 5: Implantação de amálgama relacionada à endodontia. Áreas multifocais de pigmentação da mucosa sobrejacente aos incisivos anteriores superiores, que foram tratados com procedimentos de retro-obturação endodôntica. (Fonte: Neville, 2009)

Ao exame histológico é possível observar grânulos ou fragmentos pigmentados no tecido conjuntivo ou em uma localização perivascular. Podem ser observados grandes fragmentos sólidos, escuros e dispersos, ou grânulos enegrecidos. Os fragmentos maiores normalmente estão circundados por tecido conjuntivo fibroso denso com inflamação discreta. Já as partículas menores são fagocitadas por macrófagos e células gigantes, e estão geralmente associadas a uma resposta inflamatória crônica leve a moderada, que pode ser granulomatosa ou uma mistura de linfócitos e plasmócitos. Os sais de prata do amálgama coram preferencialmente as fibras reticulares, principalmente as que circundam vasos e nervos (Figura 6A e B) (NEVILLE, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2017; LUNDIN, 2013; GONDAK *et al.*, 2012; ROSEBUSH, 2019; VASCONCELOS *et al.*, 2014).

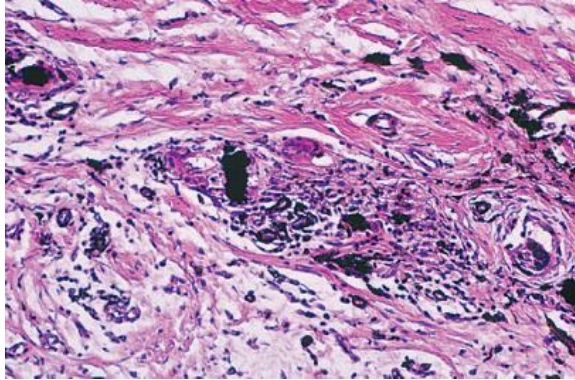


Figura 6A - Tatuagem por amálgama. Numerosos fragmentos de amálgama, escuros e sólidos, circundados por um infiltrado inflamatório linfohistiocitário. (Fonte: Neville, 2009)

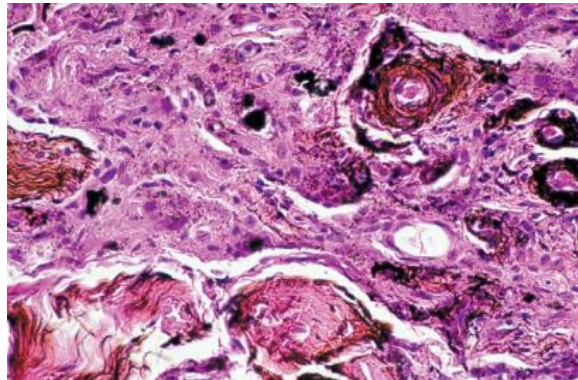


Figura 6B - Tatuagem por amálgama. Coloração escura de amálgama circundando numerosos vasos. (Fonte: Neville, 2009)

A tatuagem por amálgama não necessita de tratamento, a não ser por motivos estéticos (GALLETA *et al.*, 2011; PISTÓIA, 2017) Nessa situação pode ser feita a excisão cirúrgica da lesão, ou a remoção através do Q-switched laser ruby ou laser de alexandrite (NEVILLE, 2009).

2.1.4 Nevo melanocítico

O nevo melanocítico é uma neoplasia benigna causada pela proliferação de células névicas, que são células produtoras de melanina derivadas da crista neural (SANTANA *et al.*, 2020; GONDAK *et al.*, 2012). Podem ser classificados clinicamente como adquirido, azul ou congênito. O nevo mais comumente encontrado é o nevo melanocítico adquirido ou mole comum, mas existem vários outros nevos de desenvolvimento como nevo epidérmico, nevo sebáceo, nevo flâmico, nevo de célula basal, nevo branco esponjoso e outros (ALMEIDA *et al.*, 2019; VASCONCELOS *et al.*, 2014; NEVILLE, 2009; ROSEBUSH, 2019).

O diagnóstico do nevo melanocítico geralmente é feito com base clínica e confirmado através de biópsia e exame histopatológico com o objetivo de estabelecer o diagnóstico diferencial com outras lesões enegrecidas, pelo fato de os nevos melanocíticos orais terem características parecidas com o melanoma oral em fase inicial. Além disso, algumas variantes do nevo melanocítico oral, como o nevo azul cutâneo, possui potencial de transformação maligna (SANTOS *et al.*, 2021; KAUZMAN *et al.*, 2020).

Clinicamente, os nevos melanocíticos adquiridos evoluem através de estágios correlacionados à histologia da lesão e podem ser classificados como juncional, composto ou intramucoso/intradérmico (VASCONCELOS *et al*, 2014). De forma inicial apresentam-se em forma de mácula, de coloração de marrom a preta, solitária, bem delimitada, assintomática e normalmente com tamanho menor que 6 mm, nessa fase pode ser chamado de nevo juncional. As lesões podem evoluir para uma pápula, de consistência macia, e superfície lisa, chamado de nevo composto. Com o tempo o nevo pode perder gradualmente a pigmentação, com superfície papilomatosa, chamado nevo intramucoso/intradérmico (NEVILLE, 2009; SANTANA *et al.*, 2020; SANTOS *et al*, 2021; GONDAK *et al.*, 2012).

As regiões mais acometidas pelo nevo são palato duro, fundo de vestibulo e mucosa gengival. Atinge principalmente mulheres com idade superior a trinta anos (Figura 7) (KIGNEL, 2013; NEVILLE, 2009; SANTANA *et al.*, 2020; SANTOS *et al*, 2021; GONDAK *et al.*, 2012).



Figura 7: Nevo pigmentado em palato duro. (Fonte: Kignel, 2013)

Ao exame histopatológico é possível observar um acúmulo de células névicas no epitélio basal, e/ou no tecido conjuntivo (KAUZMAN *et al.*, 2020). As células lesionais possuem núcleos pequenos e uniformes, quantidade moderada de citoplasma eosinofílico e limites celulares indefinidos. Geralmente as células névicas se agrupam e formam agregados de células chamadas de tecas (NEVILLE, 2009). Quando as tecas se proliferam ao longo da junção entre o epitélio e o tecido conjuntivo a lesão é classificada como nevo juncional (Figura 8A), quando ocorre a proliferação perpendicular das tecas para o tecido mesenquimal subjacente é classificado como nevo composto (Figura 8B), e nos estágios finais quando as tecas ficam localizadas dentro do tecido conjuntivo subepitelial é classificado como nevo intramucoso/intradérmico. (Figura 8C) (GONDAK *et al.*, 2012; SANTANA *et al.*, 2020)

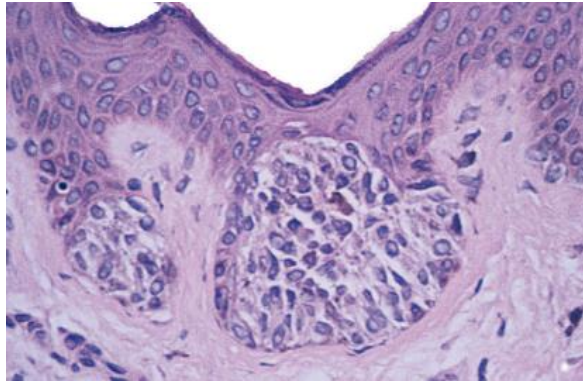


Figura 8A: Nevo juncional. Ninhos de células névicas melanocíticas ao longo da camada basal do epitélio. (Fonte: Neville, 2009)

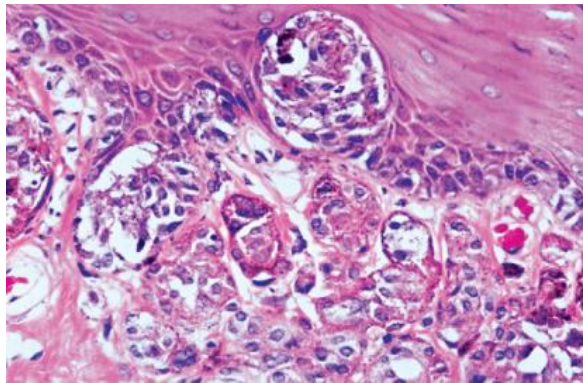


Figura 8B: Nevo composto. Visão em maior aumento exibindo ninhos de células névicas pigmentadas no interior do epitélio e na camada superficial da lâmina própria. (Fonte: Neville, 2009)

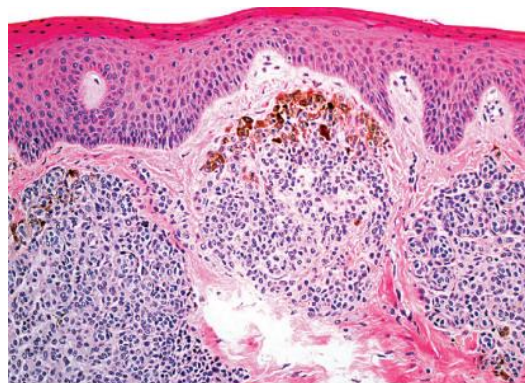


Figura 8C: Nevo intramucoso. Agrupamentos de células névicas melanocíticas no interior da lâmina própria. (Fonte: Neville, 2009)

A excisão cirúrgica conservadora é o tratamento mais indicado para os nevos melanocíticos orais, pois apesar de poucas evidências na literatura acredita-se que os nevos possam ser lesões precursoras do melanoma oral na mucosa bucal (KAUZMAN *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021; VASCONCELOS *et al.*, 2014).

2.2. Metodologia: relato de caso

Caso clínico 1

Paciente M.A.G, 44 anos de idade, sexo feminino, leucoderma, compareceu a Clínica do Centro Universitário Unifacig para tratamento odontológico. Durante a anamnese a paciente relatou como queixa principal que sentia dor na gengiva e que sangrava muito, e por conta disso havia perdido seu dente da frente.

No exame físico foi observado alto índice de cálculo dentário, sangramento, recessões gengivais, mobilidade nos dentes 31,32 e 33 com secreção purulenta, e dente 11 com provisório adesivo.

Durante o exame intra-oral foi observado mácula em região de gengiva vestibular dos dentes 11, 12 e 21 de coloração negro-azulada, limites imprecisos e mal definidos, indolor, assimétrica, seguindo de região de gengiva livre até fundo de vestibulo. A paciente não soube relatar o tempo de evolução da lesão e diz que quando identificou o seu surgimento já estava no tamanho atual (Figura 9). As hipóteses diagnósticas possíveis foram nevo melanocítico, tatuagem por amálgama e melanoma oral.



Figura 9- Apresentação clínica: mácula de cor negro-azulada na em gengiva livre, inserida e mucosa alveolar (Fonte: Clínica Integrada UNIFACIG).

Na radiografia panorâmica foi identificada imagem radiopaca puntiforme, sugerindo a presença de material metálico (Figura 10). Para confirmação diagnóstica a conduta foi a realização de uma biópsia incisional (Figura 11A), e então o tecido foi encaminhado para exame histopatológico.

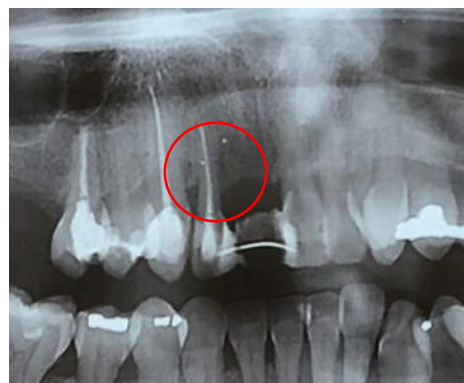


Figura 10- Imagem radiopaca puntiforme sugerindo a presença de material metálico (Fonte: Clínica Integrada UNIFACIG)



Figura 11A: Trans-operatório (Fonte: Clínica Integrada UNIFACIG)

Os cortes histológicos revelaram fragmento de mucosa revestido por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado, revelando acantose. Na lâmina própria constituída de tecido conjuntivo fibroso celularizado e vascularizado foi observado numerosos grânulos enegrecidos, e um discreto infiltrado inflamatório de mononucleares, sendo confirmado o diagnóstico clínico e histológico de tatuagem por amálgama.

Depois de estabelecido o diagnóstico não foi necessário tratamento, uma vez que a remoção geralmente é feita por razões estéticas. No caso supracitado a paciente optou pela não remoção, pois a mesma não a incomodava esteticamente e permanecerá em acompanhamento ao passo que realiza o tratamento odontológico.

Caso clínico 2

Paciente E.G, 47 anos de idade, sexo masculino, feoderma, compareceu à Clínica do Centro Universitário Unifacig para tratamento odontológico. Durante a anamnese a paciente relatou como queixa principal dor no dente 34 somente ao toque com surgimento há aproximadamente 7 meses.

Durante o exame físico foi observado lesão de mancha escurecida, localizada na comissura labial esquerda, de superfície lisa, limites precisos e irregulares, assintomática e coloração irregular (Figura 12A) e lesão no lábio inferior em linha média, com as mesmas características (Figura 12B). O paciente relatou um tempo de evolução da lesão de 1 ano.

As hipóteses diagnósticas possíveis foram melanoma oral, nevo melanocítico e nevo azul.

Para confirmação diagnóstica a conduta foi à realização de uma biópsia excisional da lesão localizada na comissura labial e biópsia incisional da lesão localizada no lábio inferior, e então o tecido foi encaminhado para exame histopatológico.



Figura 12A: Lesão de mancha escurecida, localizada na comissura labial esquerda, de superfície lisa, limites precisos e irregulares, assintomática e coloração irregular (Fonte: Clínica Integrada UNIFACIG)



Figura 12B: Lesão enegrecida no lábio inferior em linha média (Fonte: Clínica Integrada UNIFACIG)

Com o exame histopatológico obteve-se o diagnóstico de mácula melanocítica. Depois de estabelecido o diagnóstico não há necessidade de tratamento, visto que é uma lesão benigna sem possibilidade de malignização.

Caso Clínico 3

Paciente procurou atendimento particular para realização de reabilitação protética e ao exame clínico o profissional identificou lesão pigmentada em palato mole do lado direito, tendo como conduta o encaminhamento ao patologista. Clinicamente a lesão se apresentou como uma mancha enegrecida de coloração irregular variando de tons do marrom ao negro e branco, de bordas irregulares. O paciente relatava aumentos de volume na região esporádicos (Figura 13). No lado esquerdo o paciente apresentava lesão levemente escurecida e clinicamente não foi possível identificar se tratava de duas lesões próximas ou uma lesão heterogênea. As hipóteses diagnósticas possíveis foram melanoma oral, nevo melanocítico e nevo azul.

Para confirmação diagnóstica a conduta foi à realização de biópsia incisional, e então o tecido foi encaminhado para exame histopatológico.



Figura 13: Lesão de mancha enegrecida de coloração irregular variando de tons do marrom ao negro, de bordas irregulares (Fonte: Caso cedido pelo Prof. Cristiano Vilaça)

Com o exame histopatológico obteve-se o diagnóstico de derrame pigmentar. Depois de estabelecido o diagnóstico o paciente permanecerá em acompanhamento.

3. DISCUSSÃO

Galetta *et al* (2011) descreve o aspecto clínico das lesões de tatuagem por amálgama como mancha de cor azul, negra ou cinza, de 0,1 a 2 cm de tamanho, sendo os sítios mais comuns mucosa gengival e alveolar. De maneira semelhante Pistóia (2020) afirma que a lesão geralmente aparece como uma mácula azulada, acinzentada ou enegrecida, sendo os locais mais comuns gengiva, mucosa alveolar e mucosa jugal. De acordo com Rosebush (2019) as bordas das lesões de tatuagem por amálgama podem ser bem definidas, irregulares ou difusas.

Corroborando com estas citações, no caso clínico 1 foi observada mácula de coloração negro-azulada em região de gengiva vestibular dos dentes 11, 12 e 21, com limites imprecisos e mal definidos. Nos casos 2 e 3 apesar da tatuagem por amálgama não estar entre as hipóteses diagnósticas, as lesões também se assemelham na coloração, onde ambas se apresentam de forma enegrecida e irregular. Porém discorda da literatura quanto a localização, onde no caso clínico 2 o paciente apresenta lesões em lábio inferior e comissura labial e no caso 3 em palato mole, que são locais pouco relatados para as lesões de tatuagem por amálgama.

Araújo *et al* (2017) afirma que a grande maioria das lesões de tatuagem por amálgama não são detectadas radiograficamente, onde somente partículas maiores podem ser visualizadas. De acordo com Neville (2009) quando os fragmentos de amálgama são visíveis em radiografia, a área clínica da pigmentação se estende, além do tamanho do fragmento. Esses fragmentos são densamente radiopacos, no qual o tamanho pode variar de vários milímetros a um ponto. Concordando com a literatura, como descrito no caso clínico 1, foi observado em radiografia panorâmica área radiopaca puntiforme, assim sendo confirmado que essas partículas de amálgama foram grandes o suficiente para visualização. Essas partículas radiopacas se encontram próximas a raiz do dente 12, porém a mácula enegrecida se entende para gengiva vestibular dos dentes 11 e 21. Já nos casos clínicos 2 e 3 não houve a presença de achados radiográficos.

Para Vasconcelos *et al* (2014) não é necessário o tratamento para as lesões por amálgama quando os fragmentos podem ser vistos em radiografia. Já para Santos *et al* (2021) em determinados casos onde a área pigmentada compromete a estética do paciente, como na região gengival ântero-superior pode ser feita a excisão cirúrgica conservadora da lesão ou remoção através do Q-switched laser ruby ou laser de alexandrite como indicado por Neville (2009). Seguindo os autores no caso 1 não houve nenhuma necessidade de remoção do material radiopaco visto que a paciente optou pela não remoção, pois a lesão não a incomodava esteticamente.

Nos casos de melanoma, Vasconcelos *et al* (2014) e Neville (2009) descrevem como uma mancha assimétrica, nódulo ou placa de cor fortemente enegrecida e irregular variando de tons do marrom ao negro, vermelho, azul e branco, de bordas serrilhadas e irregulares. De forma similar Marta *et al* (2007) descreve como lesões hiperpigmentadas de coloração variada, de superfície macular ou ulcerativa, com bordas assimétricas e irregulares, crescimento vertical agressivo e possível surgimento de lesões-satélites, sendo o sítio intraoral mais comum o palato duro seguido pelo palato mole. Screeja *et al* (2015) também descreve como uma mácula marrom a preta de bordas irregulares, sendo o palato duro o local de maior incidência.

A lesão do caso 1 possui assimetria, limites imprecisos e mal definidos, que são características clínicas também atribuídas ao melanoma oral, assim destaca-se a importância da radiografia em busca de partículas radiopacas, e biópsia para o descarte de malignidade principalmente em lesões sem achados radiográficos específicos. No caso 2 o paciente possui duas lesões enegrecidas, uma localizada na comissura labial esquerda e outra em lábio inferior que são sítios pouco relatados na literatura para melanoma oral, porém ambas lesões se apresentaram em forma de mancha escurecida, de limites precisos e irregulares, e coloração irregular, que são características que podem estar associadas ao melanoma oral. Já no caso 3 o paciente apresenta lesão com características muito semelhantes ao melanoma oral. A lesão se apresentou como uma mancha de coloração irregular variando de tons do marrom ao negro e branco, de bordas irregulares, localizada no palato mole, local comumente afetado pela lesão. Dada à semelhança é de extrema importância à realização de biópsia para o descarte de malignidade ou diagnóstico precoce, visto que o melanoma oral é uma lesão maligna de caráter agressivo.

Para o nevo melanocítico oral, Gondak *et al* (2012) descreve como máculas pequenas e bem delimitadas de coloração marrom, cinza-azuladas ou quase pretas, ocasionalmente pode aparecer como pápulas levemente elevadas. De maneira semelhante Santos *et al* (2021) descreve como um nódulo ou mácula de coloração marrom ou azulada bem circunscrita, pequena e solitária e sem presença de sintoma. O autor também afirma que qualquer local da mucosa bucal pode ser acometido, porém o palato duro, mucosa jugal e labial e gengiva são os locais mais atingidos. Screeja *et al* (2015) cita o palato duro como o local mais envolvido.

No caso clínico 1 a paciente apresenta uma lesão pigmentada considerada grande comparada ao que é descrito sobre os nevos na literatura, entretanto se

assemelha na coloração pois se apresenta em forma de mácula negro-azulada. No caso 2 o paciente apresenta duas lesões escurecidas pequenas no lábio inferior, tendo o aspecto similar ao nevo na coloração e no tamanho, entretanto discorda da literatura ao apresentar duas lesões, sendo que o nevo melanocítico normalmente é uma lesão solitária. Já no caso 3 o paciente apresenta lesão enegrecida pequena, característica atribuída ao nevo melanocítico. A lesão ainda está localizada no palato, sítio citado na literatura para o surgimento dessas lesões. Porém discorda dos autores ao paciente relatar aumento de volume esporádico, sendo o nevo uma lesão assintomática.

O Instituto nacional de câncer (INCA) enfatiza que lesões em que o diagnóstico clínico não exclui a possibilidade de malignidade devem ser investigadas por meio de biópsia, além disso, destaca que os profissionais de saúde devem conhecer e estar atentos aos principais fatores de risco, aos sinais e sintomas do câncer de lábio e cavidade oral, de forma a identificar precocemente alterações e possibilitar o diagnóstico e tratamento no tempo adequado.

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto, foi possível observar que a apresentação clínica das lesões pigmentadas orais pode ser semelhante, entretanto são diferentes em sua etiologia e patogênese. Dessa maneira, destaca-se a importância de um diagnóstico correto de forma precoce, para possibilitar o tratamento adequado em tempo oportuno, visto que o prognóstico depende do diagnóstico feito o mais precoce possível. Assim, o cirurgião dentista deve realizar um bom exame físico geral e locorregional, e encaminhar o paciente para realização de biópsia e exame histopatológico, para que seja possível identificar lesões malignas precocemente.

5. REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Dennys Ramon de Melo Fernandes et al. Prevalência de lesões orais pigmentadas em um serviço de Patologia bucal: um estudo retrospectivo. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 6, p. 5915-5928, 2019.
2. ARAÚJO, Lana Karine *et al.* Tatuagem por amálgama em paciente edentada: da semiologia à terapêutica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Ceará, Brasil, v. 20, ed. 2, p. 120-124, 22 set. 2017.
3. BHULLAR, Raman Preet Kaur et al. "Melanoma primário da mucosa oral: relato de caso e revisão da literatura". **Revista de pesquisa odontológica** vol. 9,3 (2012):3536.
4. CONCEIÇÃO, Thalita Santana. **Lesões melanocíticas focais da mucosa oral: estudo epidemiológico, morfológico e imuno-histoquímico**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
5. DELGADO AZAÑERO WA, MOSQUEDA TAYLOR A. Um método prático para o diagnóstico clínico de melanomas da mucosa oral. **Med Oral**. 2003; 8 :348-52.

6. DIAS, Isabella Jardelino et al. Melanoma da mucosa oral: relato de caso agressivo e revisão da literatura. **J.Diag.Oral**. 2017; 2(1).
7. EISEN Dror. Disorders of pigmentation in the oral cavity. **Clinic in dermathol** 2000; 18(5): 579-87.
8. ELLIS, Edward; ALEXANDER, Roger. Princípios de Diagnóstico Diferencial e de Biópsia: Métodos de exame e de diagnóstico. *In*: CIRURGIA oral e maxilofacial contemporânea. [S. l.: s. n.], 2015. cap. 21, p. 417-442.
9. FELLER, Liviu; KHAMMISSA, Razia; LEMMER, Johan. Uma revisão da etiopatogenia e características clínicas e histopatológicas do melanoma da mucosa oral. **The Scientific World Journal**, [S. l.], p. 7 paginas, 30 maio 2017.
10. FRICAIN C, Jean; SIBAUD, Vicente. (2017). Pigmentations de la muqueuse buccale [Pigmentations of the oral cavity]. **Presse medicale** (Paris, France : 1983), 46(3), 303–319.
11. GAETA GM, SATRIANO RA, BARONI A. Oral Pigmented Lesions. **Clinic in dermathol** 2002; 20(3): 286-88.
12. GALLETTA, Vivian C. et al. Tatuagem extensa por amálgama em mucosa gengivo-alveolar. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, p. 1019-1021, 2011.
13. GONDAK RO, DA SILVA-JORGE R, JORGE J, LOPES MA, Vargas PA. Lesões pigmentadas orais: características clinicopatológicas e revisão da literatura. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2012;17(6):e919-e924. Publicado em 1º de novembro de 2012.
14. HILÁRIO, Juniélyson Souza et al. Tatuagem por amálgama: relato de caso. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 51206-51215, 2021.
15. KAUL, Sridevi; KUMAR, Príncipe. “A importância da detecção precoce do melanoma maligno oral na melhoria do prognóstico.” **Jornal sul-asiático de câncer** vol. 2,4 (2013): 199.
16. KAUZMAN, Adel; PAVONE, Marisa; BLANAS, Nick; BLADLEY, Glace. Pigmented Lesions of the Oral Cavity: Review, Differential Diagnosis, and Case Presentations. **Journal of the Canadian Dental Association**, [S. l.], v. 70, n. 10, p. 682-3, 12 nov. 2020.
17. KIGNEL, S. et al. **Estomatologia - bases do diagnóstico para o clínico geral** 2ª ed. São Paulo, Editora Santos 2013.
18. LAIMER, Johannes et al. “Tatuagem de amálgama versus neoplasia melanocítica - diagnóstico diferencial de lesões de mucosa oral pigmentadas escuras usando espectroscopia de infravermelho”. **PloSone** vol. 13,11 e0207026. 6 de novembro de 2018,
19. LAMICHHANE, Narayan Sharma et ai. “Melanoma maligno primário da mucosa do lábio superior: relato de caso e revisão da literatura”. **BMC notas de pesquisa** vol. 8 499. 29 de setembro de 2015.
20. LENANE, P., & POWELL, F. C. (2000). Oral pigmentation. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology** : JEADV, 14(6), 448–465.

21. LUNDIN K, SCHMIDT G, BONDE C. Tatuagem de amálgama imitando melanoma da mucosa: um dilema diagnóstico revisitado. **Caso Rep Dent**. 2013;2013:787294.
22. LUTZ, Miriã; SILVA, Deise; GOMES, Ana. Lesões pigmentadas da mucosa bucal – um estudo retrospectivo. **RFO, Passo Fundo**, v. 17, n. 2, p. 145-149, maio/ago. 2012.
23. MARTA, Gustavo Nader et al. Melanoma de mucosa oral. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 1, p. 35-39, 2007.
24. MELETI, Marco et al. Lesões pigmentadas da mucosa oral e tecidos periorais: um fluxograma para o diagnóstico e algumas recomendações para o manejo. **Cirurgia Oral, Medicina Oral, Patologia Oral, Radiologia Oral e Endodontologia**, v. 105, n. 5, pág. 606-616, 2008.
25. MIKKELSEN, Lauge et al; (2016). Mucosal malignant melanoma – a clinical, oncological, pathological and genetic survey. **Apmis**, 124(6), 475–486.
26. MÜLLER E SUSAN. Melanin-associated pigmented lesions of the oral mucosa: presentation, differential diagnosis, and treatment. **Dermatologic Therapy**, v. 23, n. 3, p. 220-229, 2010.
27. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. **Patologia Oral e maxilofacial**. Editora Elsevier; 2009.
28. PISTÓIA, Alexandre Dorneles; PISTÓIA, Gustavo Dorneles; MARTINS NETO, Marcos. Tatuagem por amálgama. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 61, p. 435-439, 2013.
29. ROSEBUSH, MS, BRIODY, AN, & CORDELL, KG (2019). Preto e Castanho: Pigmentação Não Neoplásica da Mucosa Oral. **Patologia de cabeça e pescoço**, 13 (1), 47–55.
30. SANTANA, Suellen Fernandes et al. Nevo oral intramucoso: relato de caso. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e2409119815-e2409119815, 2020.
31. SANTOS, Marcela Nogueira et al. Lesões pigmentadas da mucosa oral: apresentação clínica, diagnóstico e tratamento. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, ed. 16, 4 dez. 2021.
32. SREEJA, C et al. “Pigmentação oral: uma revisão.” *Jornal de farmácia e ciências biológicas* vol. 7, Suplemento 2 (2015): S403-8.
33. SYMVOULAKIS, Emmanouil K et al. “Melanoma da mucosa oral: uma armadilha maligna”. **Medicina de cabeça e rosto** vol. 27. 28 de março de 2006.
34. TLHOLOE, M. M et al (2015). Oral Mucosal Melanoma: Some Pathobiological Considerations and an Illustrative Report of a Case. *Head and Neck Pathology*, 9(1), 127–134.
35. VASCONCELOS, Rodrigo et al. As principais lesões enegrecidas da cavidade oral. **Rev Cubana Stomatol**, [SI], v. 51, nº. 2 P. 39-44, ago. 2014. ISSN 1561-297X.
36. YÉLAMOS O, CORDOVA M, PETERSON G, et al. In vivo intraoral reflectance confocal microscopy of an amalgam tattoo. **Dermatol Pract Concept**. 2017; 7(4):13-16. Published 2017 Oct 31.