



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

GABRIEL SILVA RIBEIRO

**OS DESAFIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE LESÕES PIGMENTADAS DA
MUCOSA BUCAL: RELATO DE CASOS**

SÃO LUÍS - MA
2021

GABRIEL SILVA RIBEIRO

**OS DESAFIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE LESÕES PIGMENTADAS DA
CAVIDADE BUCAL: RELATO DE CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Erika Martins Pereira.

SÃO LUÍS - MA
2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Ribeiro, Gabriel Silva.

OS DESAFIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE LESÕES PIGMENTADAS DA MUCOSA BUCAL: RELATO DE CASOS / Gabriel Silva Ribeiro. - 2021.

37 f.

Orientador(a): Erika Martins Pereira.

Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

1. Diagnóstico. 2. Mácula. 3. Melanina. 4. Pigmentação. I. Pereira, Erika Martins. II. Título.

Ribeiro, G.S. **Os desafios para o diagnóstico de lesões pigmentadas da cavidade bucal: Relato de casos.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção parcial do grau de Cirurgião-Dentista.

Apresentado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Erika Martins Pereira
(Orientadora)

Prof. Dr^ª. Fernanda Ferreira Lopes
(Titular)

Prof. Dr José Ribamar Sabino Ferreira Júnior
(Titular)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Carmen Fontoura Nogueira da Cruz
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, por ter me concedido a vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos ao longo do curso! “Até aqui nos ajudou o senhor.” 1 Samuel 7:12.

A minha mãe Cristiana Ribeiro, que é uma grande incentivadora e me apoia em todas as decisões, ela é minha maior motivação.

Ao meu pai Elias Ribeiro, um grande exemplo para mim, sempre me ajudou e acreditou em mim.

Meu irmão Lucas Ribeiro, meu parceiro que sempre me apoiou e me incentivou, obrigado!

A minha Vó Benedita Ribeiro (in memorian), exemplo de vida e inspiração para mim, minha eterna saudade!

Aos meus avós Argemiro e Conceição, pelo apoio e ajuda durante a graduação.

A minha orientadora Erika Pereira, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos. Agradeço por abrir meus olhos para enxergar melhor a vida e as oportunidades que ela nos dá.

Aos meus amigos Paula Cristina, Leticia Salgado, Michele Monteiro e Franklin, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A Vinicius de Moraes, que foi um grande companheiro em parte da graduação.

A minha primeira dupla Fernanda Soares, por também ter feito parte dessa jornada.

Ao meu amigo e dupla, Matheus Nicolau, grande parceiro de trabalho que nossa amizade permaneça.

Aos amigos da Liga de diagnóstico bucal, Eduardo Vale e Mayza Pestana, que são pessoas que admiro e são muito especiais para mim.

A Joana Albuquerque e Muller Rodrigues que foram parceiros em alguns trabalhos, amigos que ganharam minha admiração.

A turma 132 que tornou o ambiente de trabalho e estudo mais agradável e alegre.

A Universidade Federal do Maranhão e ao corpo docente do curso de odontologia, que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, pelo ambiente criativo e amigável que proporciona.

Aos amigos técnicos e colaboradores do curso de odontologia, em especial a Vera Guterres e Alba Machado que se tornaram amigas e são pessoas muito especiais.

Por fim, a Deus mais uma vez por tudo que fez e ainda irá fazer.

“Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista.”
(Aldo Novak)

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
1.1 Coloração da mucosa bucal.....	9
1.2 Lesões pigmentadas na mucosa.....	9
1.3 Alterações melanóticas fisiológicas.....	9
1.4 Alterações induzidas por agentes químicos.....	11
1.5 Melanose associada a condições patológicas.....	13
1.6 Desafios para o diagnóstico de lesões pigmentadas na cavidade bucal	17
ARTIGO.....	18
RESUMO.....	19
ABSTRACT.....	20
INTRODUÇÃO.....	21
RELATO DE CASO.....	25
DISCUSSÃO.....	27
CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXOS.....	33
A. Normas de Formatação da Revista.....	33
B. Termos de consentimento livre e esclarecido.....	37

RESUMO

As lesões pigmentadas representam um desafio, pois há uma grande dificuldade no diagnóstico delas, em virtude de serem muito semelhantes em seus estágios iniciais, podendo variar de mácula melanótica a um melanoma que é uma neoplasia maligna altamente agressiva e com prognóstico desfavorável. O melanoma pode permanecer durante vários anos sob a forma de mácula intensamente pigmentada de bordas irregulares e durante esta fase pode ser confundido com simples lesões pigmentadas frequentes na cavidade bucal, como a melanose (pigmentação racial), a tatuagem por amálgama e, principalmente, com o nevo melanocítico. Acredita-se que o diagnóstico precoce de lesões pigmentadas pode simplificar o tratamento e melhorar o prognóstico em casos de melanoma. O Objetivo deste trabalho é descrever dois casos clínicos e auxiliar na conduta diagnóstica das lesões pigmentadas. Caso 1: Paciente do sexo masculino, 43 anos, negro, apresentou mancha no lábio superior, assintomática, presente há 2 anos e com pequeno aumento nos últimos 3 meses. O exame intra-bucal demonstrou uma lesão de coloração preta com bordas assimétricas e irregulares, medindo 11 milímetros de diâmetro. Caso 2: Adolescente 16 anos, negro, apresentou lesão de coloração enegrecida no terço médio esquerdo do palato duro com 2 milímetros de diâmetro. De acordo com as características clínicas das lesões de ambos os casos optou se pela realização da biópsia para o diagnóstico conclusivo e descartar a hipótese de melanoma. O exame histopatológico revelou fragmento de mucosa bucal com pigmentação melânica intra-epitelial. Na lâmina própria nota-se presença de melanófagos e infiltrado inflamatório crônico moderado difuso. Portanto, o diagnóstico final das lesões é de mácula melanótica. Devido a variada etiologia das pigmentações bucais, enfatiza-se a importância do correto diagnóstico, assim como o adequado manejo dessas lesões. Cabe ressaltar que as pigmentações na cavidade bucal devem ser minuciosamente analisadas juntamente com uma boa anamnese, pois muitas delas podem se apresentarem clinicamente semelhantes, sendo o exame histopatológico a maneira segura de se chegar no diagnóstico definitivo.

Palavras-chave: Pigmentação, Diagnóstico, Melanoma, Melanina, Mácula

REFERÊNCIAL TEÓRICO

1.1 Coloração da mucosa bucal

A coloração da mucosa bucal em sua maioria é um rosa-pálido, e resulta da interação de vários fatores: a concentração e dilatação de pequenos vasos sanguíneos no tecido conjuntivo subjacente; a espessura do epitélio; o grau de queratinização; a quantidade de melanina e/ou pigmentos próprios da boca no epitélio (NANCI, 2013). Como o epitélio bucal é transparente, o que se nota é a coloração dos componentes do tecido conjuntivo que poderá modificar sua espessura, ou seja, quanto mais espesso, menos o avermelhado do tecido conjuntivo aparecerá e a coloração será menos intensa. (BORAKS, 2011). No epitélio pouco espesso (pouco queratinizado) e se houver congestão vascular no tecido conjuntivo, por inflamação, por exemplo, pode se observar a mucosa mais avermelhada, o mesmo acontece em relação aos pigmentos de hemoglobina e melanina. (BORAKS, 2011).

1.2 Lesões pigmentadas na mucosa bucal

As lesões pigmentadas representam alterações na coloração dos tecidos bucais, se manifestam pelo aparecimento de manchas ou placas de tom escuro. Essa alteração pode variar dependendo da quantidade e profundidade ou localização do pigmento. Quando está mais na superfície apresenta pigmentação marrom e as mais profunda são pretas ou azuis. A melanina é produzida pelos melanócitos na camada basal do epitélio e é transferida para os queratinócitos adjacentes por meio de organelas ligadas à membrana chamadas melanossomas. A melanina também é sintetizada por células nevo, que são derivadas da crista neural e são encontradas na pele e na mucosa. (KAUZMAN et al., 2004). Os melanócitos estão presentes em qualquer região da cavidade bucal e podem estar presentes em lesões reativas, benignas ou malignas.

Essas lesões podem ser divididas como melânicas, no caso mácula melanótica, pigmentação melânica racial e melanoma; e não melânicas como, por exemplo, as tatuagens por amálgama.

Outra classificação é de acordo com sua origem, em endógena ou exógena. A endógena é quando é produzida pelas próprias células do corpo e inclui a melanina e hemoglobina, e vários distúrbios sistêmicos podem causar pigmentação intrabucal ou peribucal. No caso da exógena, é quando um corpo estranho é implantado na mucosa. (MULLER, 2010).

1.3 Alterações melanóticas fisiológicas

- PIGMENTAÇÃO MELÂNICA FISIOLÓGICA OU PIGMENTAÇÃO RACIAL

São manchas provocadas pelo depósito de melanina no tecido gengival, possui causa desconhecida. O aspecto clínico da pigmentação varia da coloração marrom ao preto, dependendo da

quantidade de melanina produzida e da profundidade da localização do pigmento. Acometem principalmente a gengiva marginal livre e gengiva inserida (DEEPAK ET AL., 2005).

Apesar da maior incidência de pigmentações em indivíduos de pele escura, não há diferenças no número de melanócitos quando comparados a pessoas de cor de pele clara (MESQUITA NB ET AL., 2017). Provavelmente os melanócitos presentes em indivíduos de pele escura são bem mais reativos do que aqueles presentes em pessoas de pele clara (SCHROEDER, 1969)

O diagnóstico de pigmentação melânica é clínico e por não representar nenhum problema patológico não há necessidades de tratamento.

- MÁCULA MELANÓTICA

São lesões de origem melanocítica, benignas e raramente se transformam em melanoma, ela se caracteriza pelo aumento focal na deposição de melanina. Clinicamente se apresentam como lesões pequenas (6mm a 1cm) bem delimitas de coloração que varia entre o marrom, azul ou preto, únicas ou múltiplas e se desenvolvem mais comumente em pacientes adultas do sexo feminino. Qualquer local da mucosa pode ser afetado, mas o lábio inferior, gengiva e palato são as áreas mais comuns. O trauma localizado pode ser uma etiologia potencial, mas isso permanece incerto. (ALAWI, 2013; NEVILLE, 2016)

A mácula melanótica não necessita de tratamento, o diagnóstico diferencial costuma ser com outros tipos de lesões pigmentas, incluindo o melanoma. Uma biópsia excisional pode ser requerida para diagnóstico definitivo e para descartar a hipótese de melanoma (VASCONCELOS RG. et al., 2014)

- MELANOACANTOMA

É uma pigmentação rara, benigna, caracterizada por hiperplasia de queratinócitos espinhosos e melanócitos dendríticos. Clinicamente se apresenta como lesões lisas, planas ou levemente elevadas de coloração marrom-escura a negra, com predileção pelo sexo feminino, geralmente na terceira e quarta década de vida com predominância na raça negra (NEVILLE et al.,2009).

O comportamento clínico do melanocantoma é sugestivo de lesão de origem reativa, mas sua patogênese permanece incerta. Os locais mais acometidos são mucosa bucal, lábio, palato e gengiva. As lesões frequentemente demonstram um rápido aumento de tamanho e ocasionalmente alcançam um diâmetro de vários centímetros dentro de um curto espaço de tempo (LAKSHMINARAYANAN V., RANGATHAN K., 2009).

O diagnóstico pode ser realizado apenas com o exame histopatológico e a lesão pode regredir após a biópsia com pequena possibilidade de recidiva. Pela sua preocupante velocidade de crescimento a biópsia é indicada para excluir a possibilidade de um melanoma. Após o diagnóstico definitivo nenhum tratamento adicional é necessário (NEVILLE et al.,2009).

1.4 Alterações melanóticas induzidas por agentes químicos

- TATUAGEM POR AMALGAMA

As tatuagens de amálgama são as causas mais comuns de pigmentação exógena na mucosa bucal, geralmente é localizada próxima das áreas onde foram feitas restaurações com este tipo de material. O amálgama consiste em uma liga de mercúrio líquido com quantidades variáveis de prata, estanho, cobre e zinco. As tatuagens de amálgama são geralmente causadas por lascas de amálgama implantadas inadvertidamente na mucosa durante as restaurações dentárias (LUNDIN K. et al., 2013) Clinicamente, as lesões podem ser únicas ou múltiplas, apresentando-se como máculas de cor azul, cinza ou negra, com tamanho variável entre 0,1 a 2,0 cm, localizadas predominantemente na mucosa gengival e alveolar (JOSKA L. et al., 2009).

As tatuagens por amálgama são inofensivas e assintomáticas, o diagnóstico pode ser feito com segurança através do exame radiográfico para detectar a presença de fragmentos de amálgama na mucosa, mas grandes partículas devem estar presentes para que este método seja útil, não há necessidade de tratamento, a não ser por razões estéticas. A biópsia deve ser feita se houver suspeita de outra lesão pigmentada no local (GALLETA VC. et al., 2014; JOSKA L. et al., 2009).

- MELANOSE DO TABAGISTA

As pigmentações bucais tornam-se significativamente aumentadas em fumantes habituais, o tabaco pode induzir a pigmentação da mucosa. Alguns componentes do tabaco induzem a produção de melanina pelos melanócitos como forma de defesa biológica contra essas substâncias nocivas. Os praticantes de “fumo invertido”, ou seja, os que fumam o cigarro com a ponta acesa voltada para o interior da boca, possuem uma pigmentação abundante pela melanina no palato, em alguns usuários dessa prática áreas de melanócitos podem ser perdidas e zonas de pigmentação vermelha podem se desenvolver. O câncer é encontrado em 12% dos pacientes que apresentam essas zonas vermelhas, tal fato comprova os efeitos protetores dos melanócitos contra substâncias tóxicas (NEVILLE et al.,2009).

Esta lesão apresenta-se como pigmentação irregular, difusa, múltipla e bilateral, com tamanho de 0.5 a 1.0 cm. O local mais acometido por esse tipo de lesão é a gengiva vestibular anterior, mas outros locais podem apresentar pigmentações de acordo com o hábito do paciente, usuários de

cachimbo geralmente apresentam lesões em comissura e mucosa jugal. Os usuários de fumo invertido apresentam alterações no palato duro (VASCONCELOS RG, et al., 2014).

As mulheres são mais acometidas, e tem sido sugerido que os hormônios femininos exerçam um efeito sinérgico quando combinados com o fumo. A duração do hábito e a quantidade de cigarros fumados contribuem para um aumento significativo nas áreas de pigmentação. (TARAKJI B. et al., 2014; ALAWI F., 2013)

O cirurgião-dentista pode fazer o diagnóstico através da correlação entre os achados clínicos e informações da anamnese com a história de tabagismo do paciente. A biópsia deve ser feita se houver elevação da superfície ou quando há aumento da intensidade do pigmento. A melnose induzida pelo tabaco normalmente desaparece 3 anos depois da interrupção do hábito e, sendo assim, o tratamento indicado é a cessação do hábito. (TARAKJI B. et al., 2014)

- PIGMENTAÇÃO INDUZIDA POR DROGAS

Um número crescente de medicamentos pode induzir a pigmentação da mucosa bucal por meio de uma variedade de mecanismos. Em alguns casos a deposição de metabólitos das drogas são responsáveis pela mudança de cor em alguns tecidos e uma variedade de drogas estimulam a produção de melanina pelos melanócitos. Essas alterações têm sido associadas ao uso de fenolftaleína, minociclina, tranquilizantes, antimaláricos, estrôgenio, agentes quimioterápicos e alguns medicamentos usados em pacientes com AIDS. Além desses medicamentos o uso prolongado de clorexidina, um agente antibacteriano que reduz a formação de placa bacteriana dentária, também pode causar manchas nos dentes, mas esta pigmentação é considerada externa à superfície do esmalte (PIRES FR., AMARAL SM., MIRANDA AMMA., 2009).

Os fármacos utilizados como antimaláricos, em alguns casos, e no tratamento de lúpus eritematoso e da artrite reumatoide (Cloroquina, hidrocloroquina, quindina e a quinacrina) e o tranquilizante clormopazina que são amplamente utilizados demonstraram que se ligam fisicamente à melanina. Isso resulta na retenção da droga nos melanócitos, o que pode contribuir para o aumento da pigmentação (ALAWI F., 2013). No caso dos medicamentos quimioterápicos o uso de doxorubicina, bussulfano, ciclofosfamida ou 5-fluorouracil podem induzir essa alteração. Embora a pigmentação idiopática também possa ocorrer, os pacientes com AIDS que usam zidovudina (AZT), clofazimina ou cetoconazol têm demonstrado aumento da pigmentação melânica. (NEVILLE et al., 2009).

O uso prolongado da minociclina que é uma tetraciclina sintética usada no tratamento de longo prazo da acne vulgar refratária pode causar pigmentação do osso alveolar, que pode ser vista através

da fina mucosa bucal sobreposta (especialmente a mucosa alveolar anterior da maxila) como uma descoloração cinza. A minociclina também pode causar pigmentação da mucosa da língua (PIRES FR., AMARAL SM., MIRANDA AMMA., 2009).

A pigmentação induzida por drogas pode ser difusa ou localizada em uma região da mucosa, pode ser também multifocal e envolver múltiplas superfícies. Essa alteração se apresenta de forma macular podendo ter ou não variação na coloração. Alguns fármacos estão associados a um padrão específico de pigmentação. Por exemplo, a hidroxicloroquina normalmente desencadeia pigmentação da mucosa palatina. (ALAWI F., 2013)

O diagnóstico diferencial pode incluir outras causas de pigmentação difusa da mucosa, deve ser realizado uma boa coleta de informações na anamnese, o histórico médico e conhecimento dos efeitos colaterais dos medicamentos podem ajudar na obtenção de um diagnóstico adequado. Se a pigmentação pode ser temporariamente associada ao uso de um medicamento específico nenhuma outra intervenção é normalmente necessária. A despigmentação pode acontecer alguns meses após a suspensão do medicamento. A biópsia deve ser realizada se o diagnóstico não puder ser feito de forma adequada. As alterações histológicas imitam as da mácula melanótica; há acúmulo abundante de melanina na região das células basais com incontinência de melanina. Portanto, uma correlação clínico-patológica é necessária para garantir um diagnóstico preciso (ALAWI F., 2013).

1.5 – Melanose associadas a condições patológicas

- NEVO

O termo genérico nevo refere-se às malformações de pele e mucosa, popularmente conhecidas como mancha, pinta ou sinal, podendo estar presentes desde o nascimento (de naevus, latim: marca de nascença), mas também pode ser adquirido. Os nevos melanocíticos são neoplasias benignas que surgem como consequência do crescimento e da proliferação de melanócitos. Essas lesões são raramente encontradas na boca, a pele é mais comumente afetada (BLANCO GF., FAWCETT AG., VERA I., 2015).

Os nevos apresentam-se como lesões castanhas ou azuis, circunscrita, de pequenas dimensões que ocorre em qualquer área da mucosa bucal, podendo apresentar-se sob forma de nódulo também. Histologicamente resultam da acumulação de células névicas nas camadas epiteliais basais, no tecido conjuntivo ou em ambos. Sendo classificados como nevo juncional, intradérmico ou intramucoso e composto. Os nevos juncionais são planos e de coloração castanha escura, neste caso as células névicas estão localizadas na junção entre e conjuntivo. Os nevos intradérmicos e compostos se localizam no tecido conjuntivo, as lesões são em formato de domo e se apresentam em castanho claro.

Os nevos azuis são caracterizados pela proliferação de melanócitos dérmicos no tecido conjuntivo profundo, responsável pela cor azul. (MULLER S., 2010; BORAKS, 2011).

O nevo intradérmico é o tipo que mais ocorre na mucosa bucal, seguido do nevo azul, ocorrendo preferencialmente no palato. Embora não haja relatos de transformação maligna dos nevos situados em boca, a biópsia por excisão é recomendada, uma vez que os nevos pigmentados partilham das mesmas características clínicas do melanoma em estágio inicial, especialmente se as lesões se apresentarem elevadas ou nodulares. (MULLER S., 2010; GONDAK RO. ET AL., 2012; BLANCO GF., FAWCETT AG., VERA I., 2015).

- DOENÇA DE ADDISON E OUTRAS DOENÇAS AUTOIMUNES

A doença de Addison é uma condição rara que se desenvolve devido a produção insuficiente de hormônios corticosteroides endógenos pela suprarrenal provocada pela destruição do córtex da suprarrenal. Também denominada de hipoadrenocorticismo é considerada uma doença fatal que está associada a uma variedade de etiologias. A destruição ou deficiência adrenal pode ser causada por trauma, doença autoimune, agentes infecciosos, neoplasia, doença genética, certos medicamentos e causas iatrogênicas (ALAWI F., 2013).

Se a glândula hipófise não estiver funcionando adequadamente, o hipoadrenocorticismo secundário pode se desenvolver devido a diminuição da produção de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), o hormônio responsável pela manutenção dos níveis séricos de cortisol. Esse distúrbio hormonal tem como sintomatologia sistêmica: astenia (fraqueza) progressiva, perda de peso, hipotensão arterial, irritabilidade emocional, anorexia, vômitos, diarreia, cefaleia, perda de memória, pode ocorrer hiperpigmentação generalizada da pele denominada de *bronzeamento*. Essa hiperpigmentação é vista na pele exposta ao sol e nos pontos que sofrem pressão como cotovelos e joelhos (NEVILLE et al., 2009; BORAKS, 2011).

Na mucosa bucal esta lesão apresenta-se como pigmentação macular marrom difusa ou em placas, provocadas pelo excesso da produção de melanina, os locais mais acometidos são a gengiva, mucosa, palato e língua e podem parecer com a pigmentação melânica fisiológica. As alterações bucais frequentemente são as primeiras manifestações da doença com a hiperpigmentação da pele ocorrendo logo após. O tratamento é realizado pelo endocrinologista e consiste na reposição de corticosteroide, com a terapia de reposição de esteróides apropriada, a pigmentação e outros sinais e sintomas geralmente desaparecem (TOMMASI MH., 2013; ALAWI F., 2013).

- SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

A síndrome de Peutz-Jeghers é uma condição rara, de origem genética associada a mutação do gene LKB1, no cromossomo 19. É caracterizada por lesões semelhantes a sardas nas mãos, na pele peribucal e na mucosa bucal, associada à polipose intestinal e a predisposição para o desenvolvimento de câncer nos pacientes afetados. A síndrome possui transmissão autossômica dominante e os pólipos gastrointestinais têm um aumento considerado hamatomatosos (NEVILLE et al., 2009).

As lesões bucais representam uma extensão das sardas peribucais. As manchas variam do marrom ao azul-acinzentado com tamanho variando de 1 a 4mm, os locais mais afetados são o lábio, mucosa jugal e língua. O número e extensão das lesões podem variar de um paciente para o outro. O desbotamento ou desaparecimento dessas lesões geralmente é observado na idade avançada. É de fundamental importância o papel do cirurgião-dentista em diagnosticar precocemente a síndrome através das manifestações bucais, tendo em vista são lesões bem características e mais fáceis de identificar que as outras manifestações (GONDAK RO. ET AL., 2012).

- MELANOMA

O melanoma é uma neoplasia maligna de origem melanocítica, é uma entidade rara, agressiva e biologicamente mortal. Essa neoplasia surge aparentemente como uma lesão benigna e cerca de 1/3 dos pacientes relata pigmentação prévia na região por tempo variado (até 20 anos). Apesar de que a maioria dos melanomas ocorra na pele, essas lesões podem se manifestar em qualquer sítio em que os melanócitos estejam presentes. Os melanomas são raros na mucosa bucal e representam apenas 0,2 a 8% de todos os melanomas relatados e 0,5% de todas as lesões malignas da cavidade bucal (NEVILLE et al., 2009; LOURENÇO SV. et al., 2014; HICKS MJ., FLAITSZ CM., 2000).

Em geral não há uma predileção por sexo, embora alguns autores cite uma certa predominância do sexo masculino. Além disso, a maioria dos casos se manifestam entre a 5ª e 7ª década de vida. Sabe-se que o prognóstico para o melanoma é sombrio, mas o diagnóstico e o tratamento precoces ajudam a reduzir as chances de mortalidade (DEVI P. et al., 2011).

A localização bucal mais comum é o palato e a duração dos sintomas até o diagnóstico tem variado de semanas a meses. (TOMMASI MH., 2013). Este é caracterizado pela proliferação descontrolada dos melanócitos presentes na camada basal da membrana da mucosa bucal. (SILVEIRA EJD. et al., 2012). Clinicamente, pode apresentar-se como uma mancha assimétrica, de coloração enegrecida, irregular, variando de tons de castanho ao negro, branco, vermelho ou azul, dependendo da profundidade da pigmentação da melanina. O diâmetro desta lesão é normalmente

superior a 6mm e os bordos apresentam-se serrilhados. A lesão caracteriza-se ainda como assintomática, de crescimento lento ou, em outros casos, como uma massa de crescimento rápido associado a ulceração, dor, sangramento e destruição óssea. Em alguns casos, o melanoma também pode ser amelanótico, uma vez que as suas células estão tão pobremente diferenciadas que são incapazes de produzir melanina (MULLER S., 2010; NEVILLE BW. et al., 2016).

O melanoma tende a exibir dois padrões de crescimento, a fase de crescimento radial e a fase de crescimento vertical. Na primeira fase os melanócitos malignos apresentam uma tendência a se disseminar horizontalmente por meio da camada basal da epiderme, ao final desse processo, conseqüentemente as células malignas começam a invadir o tecido conjuntivo, iniciando assim a fase de crescimento vertical. Os melanomas da mucosa bucal são do tipo lentiginoso ou de disseminação superficial, nesses tipos o padrão de crescimento é radial, mas podem também serem nodulares apresentando um padrão de crescimento vertical. (NEVILLE BW. et al., 2016; LUNDIN K., SCHMIDT G., BONDE C., 2013)

Os melanomas mucosos geralmente são precedidos por uma lesão pigmentada que tenha um potencial de malignidade, no entanto devido sua localização e forma inicial, eles tendem a ser diagnosticados tardiamente e a doença metastática já pode ter iniciado no momento do diagnóstico (SEETHARAMU N., OTT PA., PAVLICK AC., 2010). Para o diagnóstico é indispensável o exame histopatológico e quando possível deve-se remover a lesão com margem de segurança, mas quando está em grandes proporções se realiza a biópsia incisional. A imuno-histoquímica é também uma importante forma de diagnóstico, pois em alguns casos é difícil identificar melanócitos alterados devido à perda da capacidade de produção de melanina. Dessa forma, a lesão vai manifestar coloração positiva para S-100 e HMB-45 e coloração negativa para alguns marcadores tal como antígenos de leucócitos e citoqueratina (WUSHOU E ZHAO, 2015).

Portanto, o melanoma diagnosticado precocemente e removido antes do desenvolvimento de metástases oferece ao paciente um melhor prognóstico e maior taxa de sobrevida quando comparado a melanomas que já desenvolveram metástases. Tendo em vista isso, foi elaborado um esquema pelos dermatologistas (ABCDE) que pode ter alguma utilidade na detecção de melanoma de mucosa bucal em estágio inicial. Este avalia os seguintes parâmetros: assimetria, irregularidades nas bordas, variação de cor e diâmetro > 6 mm (VASCONCELOS RG, et al., 2014). Dessa forma, o melanoma faz diagnóstico diferencial com outras lesões pigmentadas, a biópsia e histopatológico é imprescindível para o diagnóstico definitivo.

1.6 Os desafios para o diagnóstico de lesões pigmentadas

A descoberta de lesões pigmentadas em boca representa um desafio, portanto os cirurgiões-dentistas devem abordar cada caso de maneira lógica e disciplinada, por isso a anamnese detalhada com a história médica e odontológica atual e pregressa é muito importante para auxiliar no diagnóstico diferencial.

Para diferenciá-las é necessário estar atento aos aspectos clínicos da lesão, é necessário verificar a localização, a quantidade, a forma e o tamanho. Também é importante observar se há algum fator etiológico que está desencadeando a mesma, como no caso da tatuagem por amalgama. Deve ser obtido um histórico completo sobre a duração da lesão, a presença de hiperpigmentação na pele, a presença de sinais e sintomas sistêmicos (ex. fadiga, perda de peso), o uso de medicação e hábitos tabágicos.

As lesões benignas apresentam-se com tamanho pequeno, com bordos regulares, simétricas e com cor uniforme. Por outro lado, as lesões pigmentadas com etiologia maligna apresentam-se com bordos irregulares, variações de cor, ligeira elevação e ulceração. Contudo, como não é possível distinguir as lesões pigmentadas benignas do melanoma em fase inicial, a biópsia e análise histopatológica é sempre recomendada para descartar possível malignidade. Portanto, o manejo adequado e manobras clínicas eficazes são imprescindíveis para exclusão de neoplasias malignas.

ARTIGO CIENTÍFICO

**OS DESAFIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE LESÕES PIGMENTADAS DA
MUCOSA BUCAL: RELATO DE CASOS**

Gabriel Silva Ribeiro¹, Erika Martins Pereira².

¹Acadêmico de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Telefone: (098) 982510302; Email: gabriel.sr@discente.ufma.br

²Doutora em Patologia Bucal e Professora Adjunta do Curso de Odontologia da Universidade

Federal do Maranhão - UFMA

Telefone: (98) 98206-1444; erika.mp@ufma.br

RESUMO

As lesões pigmentadas representam um desafio, pois há uma grande dificuldade no diagnóstico em virtude de serem muito semelhantes em seus estágios iniciais, podendo variar de mácula melanótica a um melanoma que é uma neoplasia maligna altamente agressiva e com prognóstico desfavorável. O Objetivo deste trabalho é descrever dois casos clínicos e auxiliar na conduta diagnóstica das lesões pigmentadas. Caso 1: Paciente do sexo masculino, 43 anos, negro, apresentou mancha no lábio superior, assintomática, presente há 2 anos e com pequeno aumento nos últimos 3 meses. O exame intra-bucal demonstrou uma lesão de coloração preta com bordas assimétricas e irregulares, medindo 11 milímetros de diâmetro. Caso 2: Adolescente 16 anos, negro, apresentou lesão de coloração enegrecida no terço médio esquerdo do palato duro com 2 milímetros de diâmetro. De acordo com as características clínicas das lesões de ambos os casos optou-se pela realização da biópsia para o diagnóstico conclusivo e descartar a hipótese de melanoma. O exame histopatológico revelou fragmento de mucosa bucal com pigmentação melânica intra-epitelial. Na lâmina própria nota-se presença de melanófagos e infiltrado inflamatório crônico moderado difuso. Portanto, o diagnóstico final das lesões é de mácula melanótica. Devido a variada etiologia das pigmentações bucais, enfatiza-se a importância do correto diagnóstico, assim como o adequado manejo dessas lesões. Cabe ressaltar que as pigmentações na cavidade bucal devem ser minuciosamente analisadas juntamente com uma boa anamnese, pois muitas delas podem se apresentarem clinicamente semelhantes, sendo o exame histopatológico a maneira segura de se chegar no diagnóstico definitivo.

Palavras-chave: Pigmentação, Melanoma, Diagnóstico, Mácula melanótica, Nevo.

ABSTRACT

Pigmented lesions represent a challenge, because there is great difficulty in diagnosing them, since they are very similar in their early stages, and may vary from a melanotic macula to a melanoma, which is a highly aggressive malignant neoplasm with unfavorable prognosis. The aim of this paper is to describe two clinical cases and to help in the diagnostic management of pigmented lesions. Case 1: A 43-year-old black male presented with an asymptomatic patch on the upper lip that had been present for 2 years and had increased slightly in the last 3 months. Intraoral examination showed a black lesion with asymmetric and irregular borders, measuring 11 millimeters in diameter. Case 2: A 16-year-old black adolescent presented with a blackish lesion on the left middle third of the hard palate measuring 2 millimeters in diameter. According to the clinical characteristics of the lesions in both cases, a biopsy was performed to make a conclusive diagnosis and rule out melanoma. The histopathological examination revealed a fragment of oral mucosa with intraepithelial melanic pigmentation. In the lamina propria one notices the presence of melanophages and diffuse moderate chronic inflammatory infiltrate. Therefore, the final diagnosis of the lesions is melanotic macula. Due to the varied etiology of oral pigmentation, the importance of a correct diagnosis is emphasized, as well as the adequate management of these lesions. It is worth emphasizing that the pigmentations in the oral cavity must be thoroughly analyzed along with a good anamnesis, as many of them may present themselves clinically, and the histopathological exam is the safest way to reach the definitive diagnosis.

Keywords: Pigmentation, Diagnostic, Melanoma, Melanotic macula, Nevus.

INTRODUÇÃO

As lesões pigmentadas representam um desafio, pois há uma grande dificuldade no diagnóstico dessas lesões, em virtude de elas serem muito semelhantes em seus estágios iniciais, podendo variar de mácula melanótica a um melanoma. As pigmentações na mucosa bucal representam alterações na coloração dos tecidos bucais, se manifestam pelo aparecimento de manchas ou placas de tom escuro. Essa alteração pode variar dependendo da quantidade e profundidade ou localização do pigmento. Quando é na superfície apresenta pigmentação marrom e as localizadas mais profundamente são pretas ou azuis. A melanina é produzida pelos melanócitos na camada basal do epitélio e é transferida para os queratinócitos adjacentes por meio de organelas ligadas à membrana chamadas melanossomas. A melanina também é sintetizada por células nevo, que são derivadas da crista neural e são encontradas na pele e na mucosa¹. Os melanócitos estão presentes em qualquer região da cavidade bucal e podem estar presentes em lesões reativas, benignas ou malignas.

Essas lesões podem ser divididas como melânicas, no caso mácula melanótica, pigmentação melânica racial e melanoma- e não melânicas como, por exemplo, as tatuagens por amálgama.

Outra classificação é de acordo com sua origem, em endógena ou exógena. A endógena é quando é produzida pelas próprias células do corpo e inclui a melanina e hemoglobina, e vários distúrbios sistêmicos podem causar pigmentação intrabucal ou peribucal. No caso da exógena, é quando um corpo estranho é implantado na mucosa².

As alterações melanóticas fisiológicas são lesões pigmentadas de origem endógena, a seguir um quadro evidenciando as características clínicas, /diagnóstico e tratamento de cada uma delas. (Tabela 1)

Alterações melanóticas fisiológicas		
	Características Clínicas	Diagnóstico e Tratamento
Pigmentação Racial	Coloração que varia do marrom ao preto. Acometem principalmente a gengiva marginal livre e gengiva inserida. ⁵	O diagnóstico é clínico, mas a biópsia é requerida se apresentar alguma característica atípica para descartar a possibilidade de melanoma. Nenhum tratamento adicional é necessário.
Mácula Melanótica	Lesões pequenas (6mm a 1cm) de coloração que varia entre o marrom, azul ou preto, únicas ou múltiplas, de distribuição assimétrica, assintomáticas e benignas.	Não necessita de tratamento, o diagnóstico diferencial costuma ser com outros tipos de lesões pigmentas, incluindo o melanoma. A biópsia excisional pode ser necessária para

	Qualquer local da mucosa pode ser afetado, mas o lábio inferior, gengiva e palato são as áreas mais comuns. ^{6,7}	diagnóstico definitivo e para descartar a hipótese de melanoma. ⁹
Melanoacantoma	Lesões lisas, planas ou levemente elevadas de coloração marrom-escuro a negra, com predileção pelo sexo feminino, geralmente na terceira e quarta década de vida. Os locais mais acometidos são mucosa bucal, lábio, palato e gengiva. ⁷	Pode ser realizado apenas com o exame histopatológico e a lesão pode regredir após a biópsia com pequena possibilidade de recidiva. Pela sua preocupante velocidade de crescimento a biópsia é indicada para excluir a possibilidade de um melanoma. Após o diagnóstico definitivo nenhum tratamento adicional é necessário.

Tabela 1. Quadro de alterações melanóticas fisiológicas

As pigmentações induzidas por agentes químicos possuem sua etiologia de acordo com o agente utilizado, um número crescente de medicamentos pode induzir a pigmentação da mucosa bucal por meio de uma variedade de mecanismos. Em alguns casos a deposição de metabólitos das drogas são responsáveis pela mudança de cor em alguns tecidos e uma variedade de drogas estimulam a produção de melanina pelos melanócitos. Dentre essas drogas podemos citar medicamentos como fenoltaleína, minociclina, tranquilizantes, antimaláricos, estrôgenio, agentes quimioterápicos e alguns medicamentos usados em pacientes com AIDS. ¹¹

Hábitos tabágicos também podem induzir a produção de melanina como forma de defesa biológica contra as substâncias nocivas presentes no fumo. Outro fator etiológico dessas lesões é a tatuagem de amalgama que são geralmente são causadas por lascas de amálgama implantadas inadvertidamente na mucosa durante as restaurações dentárias.

Pigmentações induzidas por agentes químicos		
	Características Clínicas	Diagnóstico e tratamento
Tatuagem de amálgama	Lesões únicas ou múltiplas, apresentando-se como máculas de cor azul, cinza ou negra, com tamanho variável entre 0,1 a 2,0 cm, localizadas predominantemente na mucosa gengival e alveolar. ¹⁰	Pode ser feito através do exame radiográfico para detectar a presença de fragmentos de amalgama na mucosa, mas grandes partículas devem estar presentes para que este método seja útil, não há necessidade de tratamento, a não ser por razões estéticas. A biópsia deve ser feita se houver suspeita de outra lesão pigmentada no local. ^{8,10}
Melanose do tabagista	Pigmentação irregular, difusa e bilateral com até 1 cm de diâmetro que pode se manifestar com colorações variáveis. O local mais acometido é a gengiva vestibular anterior. Usuários de cachimbo	Pode ser feito através da correlação entre os achados clínicos e histórico de tabagismo do paciente. A biópsia deve ser feita se houver elevação da superfície ou quando há aumento da intensidade do pigmento. A melanose induzida

	geralmente apresentam lesões em comissura e mucosa jugal. Os usuários de fumo invertido apresentam alterações no palato duro. Pode ocorrer pigmentação dentária e halitose. ¹³	pelo tabaco normalmente desaparece 3 anos depois da interrupção do hábito e, sendo assim, o tratamento indicado é a cessação do hábito. ^{6,13}
Pigmentação induzida por drogas	Pode ser difusa ou localizada em uma região da mucosa, pode ser também multifocal. Essa alteração se apresenta de forma macular podendo ter ou não variação na coloração. Alguns fármacos estão associados a um padrão específico de pigmentação. Por exemplo, a hidroxicloroquina normalmente desencadeia pigmentação da mucosa palatina. ¹³	Deve ser realizada uma boa coleta de informações na anamnese, o histórico médico e conhecimento dos efeitos colaterais dos medicamentos podem ajudar na obtenção de um diagnóstico adequado. Se a pigmentação pode ser temporariamente associada ao uso de um medicamento específico nenhuma outra intervenção é normalmente necessária. A despigmentação pode acontecer alguns meses após a suspensão do medicamento. A biópsia deve ser realizada se o diagnóstico não puder ser feito de forma adequada.

Tabela 2. Pigmentações induzidas por agentes químicos

Existem as melanoses associadas a condições patológicas, essas pigmentações se manifestam a partir de malformações de pele que podem ser congênitas ou de desenvolvimento que surgem como consequência do crescimento e da proliferação de melanócitos. E as doenças sistêmicas que podem desenvolver pigmentações em pele e/ou mucosas.

Melanoses associadas a condições patológicas		
	Características Clínicas	Diagnóstico e tratamento
Nevo	Lesões castanhas ou azuis, circunscrita, de pequenas dimensões que ocorre em qualquer área da mucosa bucal, podendo apresentar-se sob forma de nódulo também. Juncional: Planos e de coloração castanha escura, neste caso as células névicas estão localizadas na junção entre e conjuntivo. Intradérmico e compostos: Se localizam no tecido conjuntivo, as lesões são em formato de domo e se apresentam em castanho claro. ^{3,4,20}	Embora não haja relatos de transformação maligna dos nevos situados em boca, a biópsia por excisão é recomendada, uma vez que os nevos pigmentados partilham das mesmas características clínicas do melanoma em estágio inicial, especialmente se as lesões se apresentarem elevadas ou nodulares. ^{3,20}
Doença de Addison e outras	Apresenta-se como pigmentação macular marrom difusa ou em placas, provocadas pelo excesso da produção de melanina, os	As alterações bucais frequentemente são as primeiras manifestações da doença com a hiperpigmentação da pele ocorrendo logo após,

doenças autoimunes	locais mais acometidos são a gengiva, mucosa, palato e língua e podem parecer com a pigmentação melânica fisiológica. ^{7,23}	O dentista pode ser o primeiro a diagnosticar a alteração e encaminhar para o especialista. O tratamento é realizado pelo endocrinologista, com a terapia de reposição de esteróides apropriada, a pigmentação e outros sinais e sintomas geralmente desaparecem.
Síndrome de Peutz-Jeghers	As lesões bucais representam uma extensão das sardas peribucais. As manchas variam do marrom ao azul-acinzentado com tamanho variando de 1 a 4mm, os locais mais afetados são o lábio, mucosa jugal e língua. O número e extensão das lesões podem variar de um paciente para o outro. ²⁰	O cirurgião-dentista pode diagnosticar precocemente a síndrome através das manifestações bucais, tendo em vista são lesões bem características e mais fáceis de identificar que as outras manifestações. O paciente deve ser encaminhado para acompanhamento oncológico vitalício.

Tabela 3. Quadro de melanoses associadas a condições patológicas

Melanoma

O melanoma é uma neoplasia maligna de origem melanócítica, é uma entidade rara, agressiva e biologicamente mortal. Essa neoplasia surge aparentemente como uma lesão benigna e cerca de 1/3 dos pacientes relata pigmentação prévia na região por tempo variado (até 20 anos). Apesar de que a maioria dos melanomas ocorra na pele, essas lesões podem se manifestar em qualquer sítio em que os melanócitos estejam presentes. Os melanomas são raros na mucosa bucal e representam apenas 0,2 a 8% de todos os melanomas relatados e 0,5% de todas as lesões malignas da cavidade bucal.^{34,35,36}

Em geral não há uma predileção por sexo, embora alguns autores cite uma certa predominância do sexo masculino. Além disso, a maioria dos casos se manifestam entre a 5ª e 7ª década de vida. Sabe-se que o prognóstico para o melanoma é sombrio, mas o diagnóstico e o tratamento precoces ajudam a reduzir as chances de mortalidade.³⁵

A localização bucal mais comum é o palato e a duração dos sintomas até o diagnóstico tem variado de semanas a meses.¹⁸ Este é caracterizado pela proliferação descontrolada dos melanócitos presentes na camada basal da membrana da mucosa bucal.¹⁷ Clinicamente, pode apresentar-se como uma mancha assimétrica, de coloração enegrecida, irregular, variando de tons de castanho ao negro, branco, vermelho ou azul, dependendo da profundidade da pigmentação da melanina. O diâmetro desta lesão é normalmente superior a 6mm e os bordos apresentam-se serrilhados. A lesão caracteriza-se ainda como assintomática, de crescimento lento ou, em outros casos, como uma massa de crescimento rápido associado a ulceração, dor, sangramento e destruição óssea.^{2,7,27}

Em alguns casos, o melanoma também pode ser amelanótico, uma vez que as suas células estão tão pobremente diferenciadas que são incapazes de produzir melanina.

Para o diagnóstico é indispensável o exame histopatológico e quando possível deve-se remover a lesão com margem de segurança, mas quando está em grandes proporções se realiza a biópsia incisional. Portanto, o melanoma diagnosticado precocemente e removido antes do desenvolvimento de metástases oferece ao paciente um melhor prognóstico e maior taxa de sobrevivência quando comparado a melanomas que já desenvolveram metástases. Tendo em vista isso, foi elaborado um esquema pelos dermatologistas (ABCDE) que pode ter alguma utilidade na detecção de melanoma de mucosa bucal em estágio inicial. Este avalia os seguintes parâmetros: assimetria, irregularidades nas bordas, variação de cor e diâmetro > 6 mm.^{9,38} Dessa forma, o melanoma faz diagnóstico diferencial com outras lesões pigmentadas, a biópsia e histopatológico é imprescindível para o diagnóstico definitivo.

Frente a todos esses dados expostos, o trabalho tem por objetivo demonstrar através de dois casos clínicos: 1. A importância de identificação de maneira sólida as lesões pigmentadas, visto que elas são muito semelhantes em relação aos seus aspectos clínicos e 2: A atuação dos cirurgiões-dentistas, que deve ser de excelência, na realização de uma anamnese detalhada, minuciosa observação clínica e a necessidade do exame histopatológico para essas lesões, para que o diagnóstico final descarte a hipótese de lesão maligna.

RELATO DE CASO

Caso 1:

Paciente do sexo masculino, negro, 43 anos, foi encaminhado para clínica do curso de odontologia para avaliação de mancha no lábio superior, assintomática, presente há 2 anos e com pequeno aumento de tamanho nos últimos 3 meses. Paciente relatou nenhum trauma na área, boa saúde sistêmica e nenhuma medicação, sem histórico de tabagismo e não fazia uso de medicações. O exame intra-bucal demonstrou uma lesão de coloração preta com



Figura 1: Imagem da lesão pigmentada clinicamente

bordas assimétricas e irregulares, medindo 11 milímetros de diâmetro. Não havia outras lesões pigmentadas na mucosa bucal ou no lábio inferior.

De acordo com os dados clínicos disponíveis constituído principalmente por extensa mancha escura no lábio superior e com bordos irregulares, o diagnóstico diferencial possível foi de mácula melanótica, melanoacantoma e melanoma.

O exame histopatológico revelou fragmento de mucosa bucal com pigmentação melânica intra-epitelial. Na lâmina própria nota-se presença de melanófagos e infiltrado inflamatório crônico moderado difuso. Portanto, o diagnóstico final é de mácula melanótica.

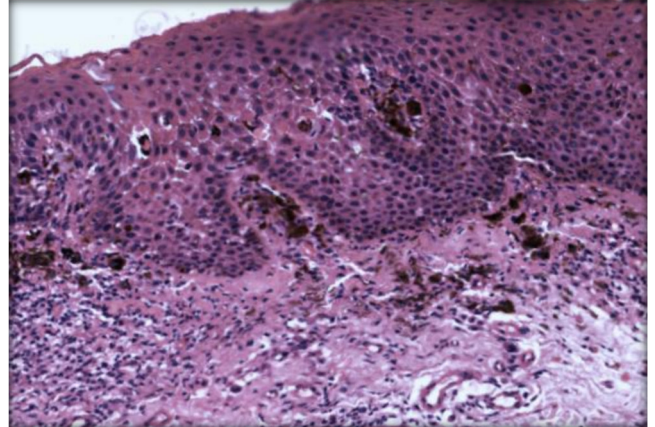


Figura 2: Imagem da lâmina do caso 1 – aumento de 10x

CASO 2

Adolescente 16 anos, negro, compareceu a clínica odontológica para avaliação de rotina. No exame intra-bucal notou-se lesão pigmentada de coloração enegrecida no terço médio esquerdo do palato duro com 2 milímetros de diâmetro. Esta não apresentava aumento e paciente desconhecia sua presença. Também não havia outras lesões pigmentadas na mucosa bucal ou nos lábios e paciente apresentava boa saúde sistêmica, sem hábitos de tabagismo e sem relato de uso de medicação. O diagnóstico diferencial desse caso foi mácula melanótica, nevo e melanoma.



Figura 3: Imagem da lesão pigmentada clinicamente

De acordo com as características clínicas das lesões de ambos os casos em que não dava para se obter o diagnóstico, optou se pela realização da biópsia para o diagnóstico histopatológico.

O exame histopatológico revelou fragmento de mucosa bucal com pigmentação melânica intra-epitelial. Na lâmina própria nota-se presença de melanóforos e infiltrado inflamatório crônico moderado difuso. Portanto, o diagnóstico final é de mácula melanótica.

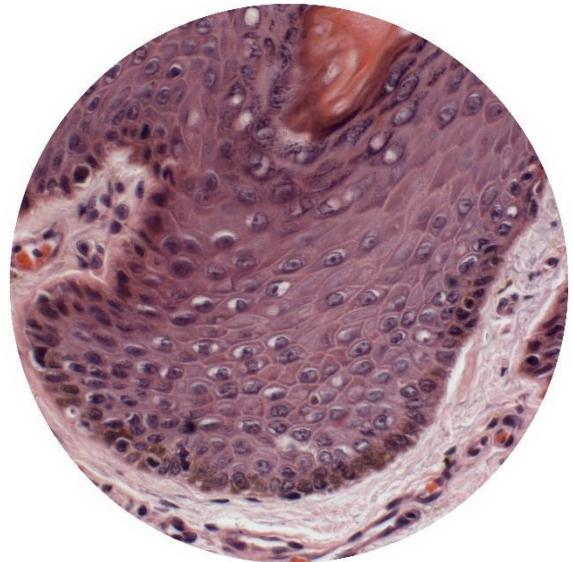


Figura 4: Imagem da lâmina do caso 2 – aumento de 40x

DISCUSSÃO

As pigmentações na cavidade bucal podem ser focais, difusas ou multifocais. Podem ser pretas, cinza, azul, roxa ou marrom. Podem ser planas ou elevadas. Podem ser acúmulos localizados de melanina, hemossiderina, metal exógeno ou alguns são até indícios de síndromes ou doenças autoimunes.¹ São diversas possibilidades de diagnóstico ao se deparar com lesões pigmentadas presentes na mucosa bucal, por isso necessita-se de uma apurada investigação, pelo fato de algumas delas não ser uma lesão e sim uma pigmentação congênita que foi desenvolvida ao longo da vida, ou até mesmo pigmentações associadas a agentes químicos. No entanto outras podem representar o melanoma que constitui uma neoplasia maligna altamente agressiva e com prognóstico totalmente desfavorável a depender do estágio da lesão. O cirurgião-dentista é o único profissional que pode se deparar com lesões pigmentadas em boca, e deve estar apto a reconhecê-las e manejar cada caso da maneira correta. Verifica-se que muitas das vezes o profissional não questiona o paciente sobre a evolução e duração da lesão, deixando passar despercebido informações cruciais para o diagnóstico.⁹

Tendo em vista a variada etiologia das pigmentações bucais, as características clínicas e o histopatológico, enfatiza-se a importância do correto diagnóstico, assim como o adequado manejo dessas lesões. Cabe ressaltar que as lesões pigmentadas na cavidade bucal devem ser minuciosamente analisadas juntamente com uma boa anamnese, pois muitas delas podem se apresentarem clinicamente semelhante uma das outras, sendo o exame histopatológico a maneira mais segura de se chegar no diagnóstico definitivo. Muitos

melanomas em seu estágio inicial passam por despercebido por mimetizarem pigmentações benignas, sendo somente diagnosticados depois do seu crescimento invasivo.^{20,32,34}

Nos casos clínicos ambas as lesões tiveram características que colocam o melanoma entre as possíveis lesões do diagnóstico diferencial, para se chegar a um diagnóstico seguro foi necessário a realização da biópsia e diagnóstico histopatológico, para descartar a hipótese de lesão maligna, dessa forma se obteve o diagnóstico de mácula melanótica, nenhum tratamento adicional foi necessário. Portanto, é de tamanha importância que os profissionais tenham um olhar clínico criterioso para pigmentações, saber diferenciar cada lesão e quando solicitar biópsia para estabelecer um correto diagnóstico. A biópsia deve ser solicitada sempre que uma lesão pigmentada apresente as seguintes características: Assimetria; Bordas irregulares; diferentes tonalidades; Grandes dimensões; Mudanças repentinas de cor, tamanho e forma.

CONCLUSÃO

O diagnóstico das lesões pigmentadas é bastante desafiador. Portanto, os cirurgiões-dentistas devem abordar cada caso de maneira lógica e disciplinada, por isso a anamnese detalhada com a história médica e odontológica atual e pregressa é muito importante para auxiliar no diagnóstico diferencial. Para diferenciá-las é necessário estar atento aos aspectos clínicos da lesão, é necessário verificar a localização, a quantidade, a forma e o tamanho. Também é importante observar se há algum fator etiológico que está desencadeando a mesma, como no caso da tatuagem por amalgama. Deve ser obtido um histórico completo sobre a duração da lesão, a presença de hiperpigmentação na pele, a presença de sinais e sintomas sistêmicos (ex. fadiga, perda de peso), o uso de medicação e hábitos tabágicos.

As lesões benignas apresentam-se com tamanho pequeno, com bordos regulares, simétricas e com cor uniforme. Por outro lado, as lesões pigmentadas com etiologia maligna apresentam-se com bordos irregulares, variações de cor, ligeira elevação e ulceração. Contudo, como não é possível distinguir as lesões pigmentadas benignas do melanoma em fase inicial, a biópsia e análise histopatológica é sempre recomendada para descartar possível malignidade. Portanto, o manejo adequado e manobras clínicas eficazes são imprescindíveis para exclusão de neoplasias malignas.

Os casos clínicos do presente artigo, denotam o desafio do diagnóstico em virtude das lesões terem aspectos clínicos semelhantes, e o conhecimento de todas as lesões

pigmentadas ajuda e direciona para o diagnóstico. E também direciona o cirurgião-dentista a realizar uma minuciosa observação clínica e exame histopatológico para se chegar ao diagnóstico final, descartando a hipótese de lesão maligna. Através da realização dessas etapas de forma ordenada a detecção precoce irá auxiliar no melhor prognóstico em casos de melanoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kauzman A, Pavone M, Blanas N, Bradley G. Pigmented lesions of the oral cavity: review, differential diagnosis, and case presentation. *J Can Dent Assoc.* 2004 v.70, no. 10.
2. Müller S. Melanin-associated pigmented lesions of the oral mucosa: presentation, differential diagnosis, and treatment. *Dermatologic Therapy.* 2010. v. 23, p. 220–229.
3. De Souza MBC, et al. manejo das lesões pigmentadas na clínica odontológica: quando fazer biópsia?. *Revista extensão & sociedade.* 2012. v. 1, n. 4.
4. Fernández-Blanco G, Guzmán-Fawcett A, Vera I. Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Parte I. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica.* 2015;13(2):139-148.
5. Deepak P, et al. Treatment of gingival pigmentation: a case series. *Indian Journal of Dental Research.* 2005. v.16, p. 171-176.
6. Alawi F. Pigmented lesions of the oral cavity: An Update. *Dent Clin North Am.* 2013. V. 57. P. 699-710.
7. NEVILLE, Brad W. et al. *Patologia oral e maxilofacial.* 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016.
8. Galleta VC, et al. Tatuagem extensa por amálgama em mucosa gângivo-alveolar. *An Bras Dermatol.* 2016. V. 86(5), p. 1019-21.
9. Vasconcelos RG, et al. Las principales lesiones ennegrecidas en cavidad oral. *Revista Cubana de Estomatología.* 2014. vol 51(2), p.195-205.
10. Joska L, et al. The mechanism of gingiva metallic pigmentations formation. *Clinical Oral Investigation.* 2009. v.13, pp. 1-7.
11. Pires FR., Amaral SM. Miranda, AMMA. Reações medicamentosas na cavidade oral: aspectos relevantes na Estomatologia. *Revista brasileira Odontologia.* 2009. 66(1), pp. 41-53.
12. 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 Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology.* 2008. v. 105, pp. 606–616.
13. Tarakji B, Umair A, Prasad D, Altamimi MA. Diagnosis of oral pigmentations and malignant transformations. *Singapore Dental Journal.* 2014. v. 35. p. 39-46.
14. Natarajan E. Black and Brown Oro-facial Mucocutaneous Neoplasms. *Head Neck Pathol.* 2019;13(1):56-70.
15. NEVILLE, Brad W. et al. *Patologia oral e maxilofacial.* 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
16. Reis RO. Diagnóstico Diferencial de Lesões Pigmentadas da Cavidade Oral. Tese (Mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Fernando Pessoa. Porto. 2018.
17. Silveira, EJD. et al. Manejo das lesões pigmentadas na clínica odontológica: quando fazer biópsia?. *Dental Research Journal.* 2012. 9(4), pp. 353-356.
18. Tommasi MH. *Diagnóstico em patologia bucal.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
19. Bajpai M, Kumar M, Kumar M, Agarwal D, Eisele DW. Pigmented lesion of buccal mucosa. *Case Reports in Medicine.* 2014.

20. Gondak RO, da Silva-Jorge R, Jorge J, Lopes MA, Vargas PA. Oral pigmented lesions: Clinicopathologic features and review of the literature. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal* 2012.
21. Lourenço SV, Fernandes JD, Hsieh R, Coutinho-Camillo CM, Bologna S, Sanguenza M, Nico MMS. Melanoma da mucosa de cabeça e pescoço: uma revisão. *Am J Dermatopathol.* 2014; 36 (7): 578-87.
22. Hicks MJ, Flaitz CM. Melanoma da mucosa oral: epidemiologia e patobiologia. *Oral Oncol.* 2000; 36: 152–69
23. Boraks, S. Diagnóstico bucal. 4 ed. Editorial Medica Panamericana Sa de. 2004
24. N. Seetharamu, PA Ott e AC Pavlick, “Mucosal melanomas: uma revisão da literatura baseada em casos”, *Oncologista*, 2010. vol. 15, não. 7, pp. 772–781.
25. WUSHOU, A, YA-JUN, Z. The Management and Site-Specific Prognostic Factors of Primary Oral Mucosal Malignant Melanoma. *J Craniofac Surg.* 2015. v.26, p.430–434.
26. Natarajan E. Black and Brown Oro-facial Mucocutaneous Neoplasms. *Head and Neck Pathology Springer US.* 2019 p. 56–70
27. Vikey A, Kapoor P, Kathariya R, Vikey D, Kukreja I. Malignant melanoma of gingiva: Report of a rare case. *Indian J Dent.* 2015;6(3):161-164.
28. Laimer J, Henn R, Helten T, Sprung S, Zelger B, Zelger B, et al. Amalgam tattoo versus melanocytic neoplasm - Differential diagnosis of dark pigmented oral mucosa lesions using infrared spectroscopy. *PLoS ONE.* 2018 p. 1–14.
29. Zapata S, Núñez L, Zamorano G, Villanueva J. Melanoma oral: Importancia de un diagnóstico temprano. Un caso clínico. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral.* 2017 p. 90–2.
30. Martinelli-Klây CP, Laporte ML, Martinelli CR, Martinelli C, Lombardi T. Oral Malignant Melanoma Initially Misdiagnosed as a Racial Pigmentation: A Case Report. *Dermatopathology.* 2016 p. 1–7.
31. Albagieh H, Aloyouny A, Alharthi S. Case Report: A rare presentation and diagnosis of gingival melanoacanthoma caused by teeth whitening strips: A Case Report. *F1000Res.* 2020 Dec.
32. Lundin K, Schmidt G, Bonde C. Amalgam Tattoo Mimicking Mucosal Melanoma: A Diagnostic Dilemma Revisited. *Case Reports in Dentistry.* 2013 p. 1–3.
33. Kathariya R, Vikey D, Kukreja I, Vikey A, Kapoor P. Malignant melanoma of gingiva: Report of a rare case. *Indian Journal of Dentistry.* 2015 p. 161.
34. Feller, L., Khammissa, R., Lemmer, J. (2017) A review of the aetiopathogenesis and clinical and histopathological features of oral mucosal melanoma. *ScientificWorldJournal.* 2017.
35. Chatzistefanou I, Kolokythas A, Vahtsevanos K, Antoniadis K. Primary mucosal melanoma of the oral cavity: Current therapy and future directions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016;122(1):17–27
36. Mohan M, Sukhadia VY, Pai D, Bhat S. Oral malignant melanoma: Systematic review of literature and report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013;116(4):247–54.
37. Sharma Lamichhane, N., An, J., Liu, Q. et al. Primary malignant mucosal melanoma of the upper lip: a case report and review of the literature. *BMC Res Notes* 8. 2015.
38. Younes MN, Myers JN. Melanoma of the head and neck: current concepts in staging, diagnosis, and management. *Surg Oncol Clin N Am.* 2004 Jan; ed.13(1). p.201-29.
39. Cardoso LB, Consalaro A, da Silva Santos PS, da Silva Sampieri MB, & Tinoco-Araujo JE. Oral compound nevus. *Dermatology Online Journal.* 2014. v.20(2).
40. J. Melanoma oral: Importancia de un diagnóstico temprano. Un caso clínico. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral.* 2017 p. 90–2.
41. Caviglia, S. I., Melanoacantosis bucal: diagnóstico y tratamiento de un caso clínico / Oral melanoacanthosis: diagnosis and treatment of a clinical case. *Rev. ADM .* 2014. 71(1). p.8-30.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema importância o conhecimento dos cirurgiões-dentistas no que tange as lesões pigmentadas, pelo fato delas serem semelhantes em seus estágios iniciais e ter entre seu possível diagnóstico o melanoma que é uma neoplasia maligna altamente agressiva. Cabe ressaltar a importância do exame histopatológico para se chegar a um diagnóstico definitivo e oferecer ao paciente mais segurança e o estabelecimento do prognóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- De Souza, M. B. C.; Cruz, R. K. S.; Neto, P. C. R.; Silveira, E. J. D., manejo das lesões pigmentadas na clínica odontológica: quando fazer biópsia?. **revista extensão & sociedade**, v. 1, n. 4, 13 mar. 2012.
- Fernández-Blanco, G., Guzmán-Fawcett A, Vera I. Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Parte I. **Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica**. 2015;13(2):139-148.
- Galletta, V. C., Artico, G., Dal Vechio, A. M. C., Lemos Júnior CA, Migliari, D.A., Tatuagem extensa por amálgama em mucosa gêngivo-alveolar. **An Bras Dermatol**. v. 86, n. 5, p. 1019–1021, 2011.
- Joska, L., et al. The mechanism of gingiva metallic pigmentations formation. **Clinical Oral Investigation**, 13, pp. 1-7. 2009.
- Kauzman, A., Pavone, M., Blanas, N., Bradley, G., Pigmented lesions of the oral cavity: review, differential diagnosis, and case presentation. **J Can Dent Assoc**. 2004;70:682–3.
- 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 Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology**, 105, pp. 606–616. 2008.
- Müller, S. Melanin-associated pigmented lesions of the oral mucosa: presentation, differential diagnosis, and treatment. **Dermatologic Therapy**, 23, pp. 220–229. 2010
- Natarajan E. Black and Brown Oro-facial Mucocutaneous Neoplasms. **Head Neck Pathol**. 2019;13(1):56-70. doi:10.1007/s12105-019-01008-2
- NEVILLE, Brad W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- Reis, R. O., **Diagnóstico Diferencial de Lesões Pigmentadas da Cavidade Oral**. Tese (Mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Fernando Pessoa. Porto. 2018.
- Rodrigo RG, Ilnara IS, Layssa LK, Daniel DS, Marcelo MG. As principais lesões enegrecidas da cavidade oral. **Rev Cubana Estomatol**. vol.51, n.2. 2014
- Silveira, EJD. et alli. Manejo das lesões pigmentadas na clínica odontológica: quando fazer biópsia?. **Dental Research Journal**, 9(4), pp. 353-356. 2012.
- Tommasi, M. H., **Diagnóstico em patologia bucal**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- Pires, FR., Amaral, SM. e Miranda, AMMA. Reações medicamentosas na cavidade oral: aspectos relevantes na Estomatologia. **Revista brasileira Odontologia**, 66(1), pp. 41-53, 2009.

Deepak, P., et al. Treatment of gingival pigmentation: a case series. **Indian Journal of Dental Research**. v.16, p. 171-176, 2005.

Lourenço SV, Fernandes JD, Hsieh R, Coutinho-Camillo CM, Bologna S, Sanguenza M, Nico MMS. Melanoma da mucosa de cabeça e pescoço: uma revisão. **Am J Dermatopathol**. 36 (7): 578-87, 2014.

Hicks MJ, Flaitz CM. Melanoma da mucosa oral: epidemiologia e patobiologia. **Oral Oncol**. 36: 152–69, 2000.

N. Seetharamu, PA Ott e AC Pavlick, “Mucosal melanomas: uma revisão da literatura baseada em casos”, **Oncologista**, vol. 15, não. 7, pp. 772–781, 2010.

MESQUITA, Nauyla Braga; BEZERRA, Marina Lemos; BRITO, Liana Freire De. – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA Treatment of gingival melanin pigmentation - systematic literature review. v. 27, n. 02, p. 39–53, 2017.

WUSHOU, A, YA-JUN, Z. The Management and Site-Specific Prognostic Factors of Primary Oral Mucosal Malignant Melanoma. **J Craniofac Surg**. v.26, p.430–434, 2015.

Vasconcelos, R.G., et al. Las principales lesiones ennegrecidas en cavidad oral. **Revista Cubana de Estomatología**, vol 51(2), p.195-205, 2014.

Alawi, F. Pigmented lesions of the oral cavity: **An Update. Dent Clin North Am**. V. 57. P. 699-710, 2013.

Lakshminarayanan, V. e Ranganathan K. Oral melanoacanthoma: a case report and review of the literature. **Journal of Medical Case Reports**, 3, pp. 11, 2009.

NANCI, Antonio. **Ten Cate histologia oral: desenvolvimento, estrutura e função**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Tarakji B, Umair A, Prasad D, Altamimi MA. Diagnosis of oral pigmentations and malignant transformations. **Singapore Dental Journal**. v. 35. p. 39-46,

BAJPAI, M. ; KUMAR, Malay; KUMAR, Manish; *et al*. Pigmented lesion of buccal mucosa, 2014.

BET, D. L., *et al*. Dermoscopy of pigmented mucosal lesions and considerations for a case of melanoma of the lip. **Surg Cosmet Dermatol**. ;6(1):735, 2014.

CHATZISTEFANO, I., et al. Primary mucosal melanoma of the oral cavity: Current therapy and future directions. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 122, n. 1, p. 17–27, 2016.

DAMM, Douglas D.; FOWLER, Craig B.; SCHMIDT, David P. Desmoplastic Melanocytic Nevus of Oral Mucosa. **Head and Neck Pathol**.10:384–388, 2016.

DEVI, Parvathi; BHOVI, Thimmarasa; JAYARAM, Ravi R.; *et al*. Malignant melanoma of the oral cavity showing satellitism. **Journal of Oral Science**. V. 53, No.2, p. 239-244, 2011.

FELLER, Liviu; KHAMMISSA, Razia A.G.; LEMMER, Johan. A Review of the Aetiopathogenesis and Clinical and Histopathological Features of Oral Mucosal Melanoma. **The Scientific World Journal**, 2017.

- FERN, Graciela; GUZM, Antonio; VERA, Irene. Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Parte I. **DermatologíaCMQ**. 13(2):139-148, 2015.
- GALLETTA, Vivian C.; ARTICO, Gabriela; DAL VECHIO, Aluana M.C.; *et al.* Extensive amalgam tattoo on the alveolar-gingival mucosa. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 5, p. 1019–1021, 2011.
- GONDAK, Rogério Oliveira; DA SILVA-JORGE, Rogério; JORGE, Jacks; *et al.* Oral pigmented lesions: Clinicopathologic features and review of the literature. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 17 (6):e919-24, 2012.
- KAUZMAN, Adel; BLANAS, Nick; FRCD, C. Pigmented Lesions Of The Oral Cavity-Review And Differential Diagnosis. **Chettinad Health City Medical Journal**, v. 70, n. 2, 2004.
- LUNDIN, K.; SCHMIDT, G.; BONDE, C. Amalgam Tattoo Mimicking Mucosal Melanoma: A Diagnostic Dilemma Revisited. *Case Reports in Dentistry*, 2013.
- MOHAN, Muralee; SUKHADIA, Vihang Y.; PAI, Deepak; *et al.* Oral malignant melanoma: Systematic review of literature and report of two cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 116, n. 4, p. 247–254, 2013.
- VASCONCELOS, Rodrigo Gadelha; ILNARA, I Est; MOURA, De Souza; *et al.* Las principales lesiones ennegrecidas en cavidad oral Main blackened lesions of the oral cavity. **Revista Cubana de Estomatología**. 51(2):195-205, 2014
- ZAPATA, Sebastián; NÚÑEZ, Lorena; ZAMORANO, Gabriel; *et al.* Melanoma oral: Importancia de un diagnóstico temprano. Un caso clínico. **Singapore Dental Journal**. v. 35, p.39–46, 2014.
- Lakshminarayanan, V.; Ranganathan K. Oral melanoacanthoma: a case report and review of the literature. **Journal of Medical Case Reports**, 3, pp. 11.

ANEXOS

ANEXO A – Normas da Revista

A Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial (Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial) é publicada trimestralmente e prevê a publicação de revisões sistemáticas, artigos de investigação originais, relatos de casos clínicos e relatórios de inovação clínica de interesse científico a médicos e pesquisadores direta ou indiretamente relacionados com a saúde bucal. Processo de revisão por pares Todos os artigos são revistos por pares por revisores externos independentes que determinam a sua aceitação para publicação.

O Jornal Português de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial utiliza um sistema de revisão por pares duplo-cego em que tanto os autores como os revisores são anónimos; ou seja, os revisores não sabem os nomes dos autores, e os autores não sabem quem revisou seu manuscrito. Após a submissão pelo autor correspondente, a redação realiza verificações preliminares nos manuscritos submetidos. Se considerada em conformidade com as diretrizes de submissão, políticas editoriais e padrões éticos, a submissão é avaliada pelo Editor-chefe, que decide se deve prosseguir com a revisão por pares e pode designar um Editor Associado adequado como o editor responsável pelo orientar o processo de revisão por pares. O editor de manuseio envia convites de revisão a especialistas externos independentes, que ponderam sobre o convite considerando sua própria experiência, conflitos de interesse e disponibilidade e, em seguida, o aceitam ou recusam, possivelmente sugerindo revisores alternativos. Cada submissão deve ser revista por pelo menos dois especialistas na área, tendo em conta a originalidade, solidez científica, desenho do estudo, fontes de enviesamento, entre outros. Os revisores submetem uma revisão detalhada do manuscrito à Revista e recomendam sua aceitação ou rejeição ou solicitação de nova revisão antes de ser reconsiderado. Se a avaliação dos revisores difere amplamente, o editor responsável pode convidar um revisor adicional antes de sugerir uma decisão. A submissão é então enviada ao Editor-chefe, que toma a decisão final. Todos os artigos, exceto Editoriais, são revisados externamente por pares antes que uma decisão final seja tomada sobre a aceitação para publicação. A

submissão é então enviada ao Editor-chefe, que toma a decisão final. Todos os artigos, exceto Editoriais, são revisados externamente por pares antes que uma decisão final seja tomada sobre a aceitação para publicação. A submissão é então enviada ao Editor-chefe, que toma a decisão final. Todos os artigos, exceto Editoriais, são revisados externamente por pares antes que uma decisão final seja tomada sobre a aceitação para publicação.

Políticas editoriais e de periódicos: Os artigos considerados para publicação devem conter material original que não tenha sido publicado, total ou parcialmente (incluindo tabelas e figuras), nem tenha sido submetido ou aceito para publicação por outras revistas. Antes de enviar os manuscritos, os autores devem obter todas as permissões necessárias para publicação do material apresentado. Salienta-se que, para cumprimento da normativa em matéria de direitos de autor, a reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações deve ter a autorização prévia dos respetivos autores, que deve constar das referências bibliográficas. Todos os artigos publicados na Revista são de acesso aberto, sem cobrança de processamento de artigos. Os artigos publicados permanecem propriedade da Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial e não podem ser reproduzidos, total ou parcialmente, sem autorização do Editor - Chefe. As opiniões expressas são de responsabilidade exclusiva dos autores, não podendo expressar a opinião dos editores e membros do conselho editorial.

Plágio: O plágio inclui, mas não se limita a, copiar ou reutilizar textos, ideias, imagens ou dados de outras fontes sem uma atribuição clara e vai contra o princípio da publicação académica. Todos os manuscritos são submetidos a um software de detecção de plágio (Crossref Similarity Check, desenvolvido pela iThenticate), e em caso de dúvidas, oLIDAR as diretrizes serão seguidas. Se em qualquer estágio do processo de submissão, publicação ou pós-publicação, for detectado plágio, o manuscrito poderá ser rejeitado, corrigido ou retirado, conforme o caso.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO: O texto principal deve ser redigido em português ou inglês. Se redigido em inglês, deverá ser apresentada uma declaração assinada por um editor / tradutor profissional da língua ou um dos autores, assumindo a responsabilidade pela qualidade da língua inglesa. As inscrições só podem ser feitas online em <http://www.editorialmanager.com/rpemd> e deve incluir os seguintes elementos:

1. **Carta de apresentação:** A carta de apresentação deve ser assinada por todos os autores e dirigida ao Editor-Chefe da Revista, informando que o artigo não está publicado ou submetido a publicação em outra revista e que não será submetido em outro lugar até a decisão final sobre este sub - a missão está cumprida. Também deve constar que todos os autores leram e concordaram com a versão submetida e que, em caso de aceitação, os direitos autorais do trabalho serão transferidos para a Revista. De acordo com os “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas”, a autoria implica uma contribuição substancial para o manuscrito. Assim, a contribuição de cada autor para o artigo submetido deve ser indicada na carta. Ex: John Doe concebeu este estudo e supervisionou todos os aspectos de sua implementação. Peter Doe colaborou no protocolo experimental e realizou a análise estatística dos dados. Charles Doe coletou os dados e colaborou em sua análise. Todos os autores contribuíram com a interpretação dos resultados e revisão do artigo. A carta de apresentação deve incluir também o título do manuscrito, e uma justificativa sempre que o número de autores for superior a seis.
2. **Capa:** Este documento deve conter apenas informações sobre os autores e o título do manuscrito. As informações dos autores devem ser fornecidas apenas neste documento independente, e não incluídas no documento com o manuscrito, a fim de garantir o anonimato dos autores durante o processo de revisão por pares.
 - 2.1. Título O título do manuscrito deve ser curto (máximo de 15 palavras) e definir claramente o assunto em questão. Deve ser apresentado em português e inglês.
 - 2.2. Autores O título, nome (nome próprio, nome do meio, apelido) e afiliação (Universidade, Faculdade, Unidade de investigação) de cada autor deve ser redigido da mesma forma e ordem de publicação (ex: João P. António¹, Pedro Silva², Nuno Pereira¹ - ¹Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa, Portugal; ²Universidade do Porto, Faculdade de Medicina Dentária, Porto, Portugal). Deve ser informado o e-mail e o endereço (CEP, cidade, país) de cada autor. O nome do autor correspondente, endereço, telefone e e-mail também devem ser incluídos. Forneça o número ORCID de todos os autores. Todas as correspondências entre a Revista e os autores serão feitas exclusivamente por meio da plataforma ou por e-mail.
3. **Resumo e palavras-chave:** Os resumos devem ser submetidos em inglês e português, cada um com um limite de 250 palavras. Abreviações não devem ser usadas. Os resumos de relatórios de pesquisa originais e revisões sistemáticas deve conter os principais objetivos, materiais e métodos, resultados e principais conclusões. Um título apropriado deve preceder cada seção, a saber: Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões. Os resumos de relatos de casos clínicos devem resumir o problema e o tratamento oferecido. Os resumos de relatórios de inovação clínica devem apresentar o objetivo, métodos e uma breve descrição do tema principal discutido. Palavras-chave (3-10) devem ser enviadas em português e inglês para permitir a indexação do artigo de acordo com a terminologia utilizada no Medical Index “Títulos de Assuntos Médicos”.
4. **Manuscrito:**
 - 4.1. Apresentação Este documento não deve fazer referência à identidade do autor, a fim de evitar sua identificação durante o processo de revisão. Todo o texto, incluindo corpo do artigo, referências, legendas de figuras e tabelas com legendas, deve ser em fonte Arial, tamanho 12, espaço duplo e justificado.

Todas as páginas devem ser numeradas, começando no número 1. As margens devem ser de 2,5 cm em todo o documento. Uma quebra de página deve ser incluída entre cada seção.

4.2. Corpo do artigo de acordo com o tipo de trabalho: Relatos de casos clínicos - Deve estar organizado da seguinte forma: Introdução - Deve incluir uma breve revisão da literatura pertinente ao problema em questão e referências aos vários métodos de tratamento disponíveis. Relato de caso - Deve incluir uma descrição do paciente (idade, sexo, etc.), patologia encontrada e possível histórico médico ou odontológico. Os diferentes métodos de tratamento disponíveis devem ser descritos resumidamente, e o método usado deve ser justificado e totalmente descrito. Os resultados do tratamento e a duração do seguimento devem ser apresentados. Discussão e Conclusões - Deve incluir observações sobre as vantagens e desvantagens apresentadas pelo método de tratamento seguido, bem como contra-indicações, se as houver.

4.3. Bibliografia As referências no texto, nas tabelas e nas legendas devem ser identificadas por algarismos arábicos colocados entre parênteses e sobrescritos. A numeração deve corresponder à ordem de citação no texto. Todas as referências devem ser citadas no texto, e todas as referências citadas no texto devem constar da lista de referências. Deve-se evitar referências a resumos, sites da Internet ou qualquer outro material não publicado. As referências devem ser apresentadas de acordo com as "Normas para a submissão de manuscritos a serem publicados em revistas biomédicas" do International Committ of Medical Journal Editors (Vancouver Group) Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o tratamento dado em Index Medicus.

Exemplo do formato a seguir em referências a artigos publicados em periódicos: Chersoni S, Suppa P, Breschi L, Ferrari M, Tay FR, Pashley DH, et al. Movimento da água na camada híbrida após diferentes tratamentos de dentina. *Dent Mater.* 2004; 20: 796-803.

Exemplo do formato a seguir nas referências a capítulos de livros: Marshall SJ. Amálgama dentário - Estruturas e propriedades. In: Editor Anusavice KJ. *Ciência de Materiais Dentários de Phillips.* 10ª ed. Filadélfia: WB Saunders Company, 1996. p. 361-85.

4.4. Tabelas Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto. Devem ser especificado numa página separada no final do documento com o corpo do artigo. As tabelas devem ser formatadas com espaço duplo, numeradas com algarismos árabes de acordo com a ordem de citação no texto, e acompanhadas de título e subtítulo. Cada tabela deve ser autoexplicativa e passível de ser interpretada sem consultar o texto do manuscrito.

4.5. Legendas das figuras As legendas das figuras devem ser incluídas em uma folha separada no fim do documento. As legendas devem ser autoexplicativas e ter numeração igual à respectiva figura. Quando os principais símbolos, setas, números ou letras para identificar partes de uma figura, estes devem ser identificados e explicados claramente na legenda. Uma escala interna e o método de coloração nas fotomicrografias devem ser identificadas.

5. Figuras Não coloque as figuras no documento com o corpo do artigo. Todas as figuras devem ser fornecidas em arquivos independentes no formato JPEG ou TIFF a 300 dpi. Sempre que possível, as figuras devem ser fornecidas na proporção de 4: 3. Para sua referência, cada figura gravada com a definição correta deve ter pelo menos 700 MB. Todas as figuras devem ser citadas no texto e numeradas consecutivamente de acordo com uma ordem de citação. Caso estejam presentes letras, números e símbolos, estes devem ser claros, proporcionais entre si e de tamanho suficiente para serem legíveis. Se uma figura já tiver sido publicada anteriormente, uma fonte original deve ser identificada e incluída na lista de referências. Para cumprir com os requisitos que regem os direitos de autor, a reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações devem ter autorização prévia dos detentores dos direitos, autor / editor. A autorização assinada deve ser incluída no processo de submissão. A permissão é exigida independentemente da propriedade, exceto para documentos de domínio público.
6. Agradecimentos Devem ser expressos a pessoas e / ou instituições que tenham permitido ou que tenham contribuído para uma execução do trabalho. Os agradecimentos devem ser registados em ficheiro dependente, para que a identidade dos autores não seja divulgada durante o processo de arbitragem e revisão do artigo.
7. Ficheiros suplementares (apêndices) Em certos casos, e após análise, todo o material muito grande, como tabelas ou ferramentas de recuperação de dados, podem ser encontrados no site da Revista para consulta, sendo chamados de chamados material suplementar. (Esses documentos não devem ter referência à identidade do autor, a fim de evitar sua identificação durante o processo de revisão

RESPONSABILIDADES ÉTICA Confidencialidade dos dados. Os autores são responsáveis por seguir os procedimentos definidos pelo respetivo centro de saúde para acessar a dados de registros clínicos de forma a escrever este tipo de publicação para fins de investigação / divulgação para a comunidade, e portanto, devem declarar que cumpriram este requisito.

Direito à privacidade e autorização. Os autores devem garantir que a exigência de ter sido dada a todos os doentes que foram incluídos no estudo foi cumprida e que têm na sua posse um documento assinado pelos

doentes após estes terem recebido informação suficiente e em que atestam por escrito o seu consentimento inscrever-se para participar no estudo. Os autores devem mencionar, na seção dos “Material e Métodos”, que os procedimentos utilizados nos funcionários e seu controle para realizar após a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido. O autor também é responsável por garantir o direito à privacidade dos doentes, protegendo a sua identidade, tanto no texto do artigo como nas imagens. Não devem ser utilizados nomes, iniciais, ou números de registros médicos hospitalares (ou qualquer outro tipo de dados considerados irrelevantes para uma investigação que possa identificar o doente ou participante no estudo), tanto no texto como nas figuras, a menos que esta informação seja essencial para fins científicos e tenha que ser incluído no artigo, desde que o doente, ou seus pais ou responsáveis, tenha dado consentimento informado por escrito para sua publicação. Os autores são autorizados pela obtenção do consentimento autorizado com permissão de publicação, reprodução e circulação dos dados em suporte de papel e na Internet com acesso público.

Autoria: Apenas aqueles que têm contribuído intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho devem constar na lista de autores. O tipo de participação no trabalho (alguns dos quais estão expressos abaixo) de cada autor deve ser declarado na Carta de Apresentação. Para os que apenas ajudaram na coleta de dados, ou tenham participado em alguma técnica, não é o critério suficiente sobre o aparecer como autor. Em geral, para aparecer como autor, devem ser atendidos os seguintes requisitos: 1. Ter participado na concepção e desenho do estudo, aquisição de dados, análise e interpretação dos dados do trabalho que resultou no artigo em questão. 2. Ter participado da redação do manuscrito ou das suas revisões. 3. Ter aprovado a versão final a ser publicada. No caso de autoria coletiva, devem ser incluídos os nomes dos redatores, ou dos responsáveis pelo trabalho, seguido de “e pelo Grupo ...”, quando todos os membros do grupo são considerados coautores do trabalho. Se for desejável incluir o nome do grupo, apesar de nem todos os membros poderem ser considerados como coautores, os autores responsáveis devem ser mencionados em primeiro lugar, seguido pôr “em nome do Grupo.” Em qualquer dos casos, os nomes e as instituições dos membros do grupo devem ser incluídos no Apêndice no final do manuscrito. Os autores devem ser indicados tanto na página de Capa como em Adicionar / Editar / Remover seção do autor durante a submissão. Todos os autores devem declarar que leram e aprovam o manuscrito e que os requisitos para autoria foram atenuados.

Obtenção de cumprir Deve ser necessário uma declaração de que o conteúdo do artigo é original e não foi publicado anteriormente nem submetido à consideração de qualquer outra publicação, no seu todo ou em parte. Os autores devem estar cientes de que não revelar que o material submetido para publicação foi total ou parcialmente publicado é uma violação grave da ética científica. Da mesma forma, os autores que reproduzem o material previamente publicado no seu artigo (texto, tabelas ou figuras) é responsável por obter como consequência para reproduzir esse material na Revista. Os autores devem ter autorização por escrito do autor e do editor que publicou o material reproduzido, e submeter uma cópia das autorizações, durante o processo de submissão. A permissão da instituição que financiou o trabalho de investigação também é necessária.

Publicação redundante ou duplicada A Revista não aceita material publicado anteriormente e não considerado para publicação de manuscritos simultaneamente a outras revistas ou publicações, ou seja, artigos que se sobreponham a outro artigo já publicado, impresso ou disponível em meio eletrônico. Na Carta de Apresentação, os autores devem conceder qualquer submissão ou publicação anterior do mesmo trabalho, não todo ou em parte, que possa ser considerada uma publicação redundante ou duplicada. As referências bibliográficas dessas publicações anteriores devem ser citadas e incluídas no novo manuscrito. Essas restrições não se aplicam a resumos publicados, apostas ou ligações em reuniões científicas nacionais ou internacionais.

Revisões e mudanças Sempre que a aceitação de um artigo é suspensa devido à necessidade de alterações por parte dos autores, como revisões solicitadas devem ser realizadas pelos autores num prazo de 15 dias, para pequenas alterações, ou de 60 dias para alterações significativas. Após revisão linguística e produção gráfica do artigo, a prova final será enviada ao autor correspondente para aprovação final. As alterações necessárias devem ser comunicadas dentro do prazo previsto, como estabelecido pelo conselho editorial para o cumprimento do cronograma da Revista. A não resposta no prazo estipulado será entendido como aceitação da versão final apresentada.

ANEXO B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido Caso 1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO CURSO DE
ODONTOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
OBTENÇÃO E
UTILIZAÇÃO DE IMAGENS DE PACIENTES**

Eu, Marcos Antônio Soares,
RG n° 0357270720082, residente à Av/Rua
Rua Vinte, n° 58, complemento _____, Bairro Vila Embratel, na cidade de São
Luís - Estado do Maranhão, por meio deste termo de consentimento Livre e Esclarecido,
consinto que o Dr(a). Érika Martins Pereira CRO-MA 3391 faça
fotografias e outros tipos de imagens e registro meus e sobre meu caso clínico. Consinto que
estas imagens, bem como, as informações relacionadas ao meu caso clínico sejam utilizadas
para finalidade Didática (aulas, painéis científicos, trabalho de conclusão de curso (TCC),
palestras, conferências, cursos e congressos), resguardando a minha identidade e qualquer
imagem que possa fazer com que eu seja reconhecido.

Consinto, também, que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias
computadorizada, ressonâncias magnéticas, ultra-sonografias, eletromiografias,
histopatológicos (exames no microscópio da peça cirúrgica retirada - biópsia) e outros sejam
utilizados e divulgados.

Fui esclarecido que este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou
prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da
publicação. Este consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das
minhas imagens e também compreendi que o profissional/equipe que me atende e atenderá
durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais
com a exposição da minha imagem nas referidas publicações. Também, fui esclarecido de que
a minha participação ou não nestas publicações não implicará em alterações do direito a mim
conferido em continuar o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

São Luís, 06 de Setembro de 2020

Marcos Antônio Soares
Assinatura do Paciente
CPF: 455.180.003-16
RG: 5046715494723

Érika Martins Pereira
Assinatura do Profissional Responsável
CPF: 618.631.062-00
RG: 2776941

Caso 2



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO CURSO DE
ODONTOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
OBTENÇÃO E
UTILIZAÇÃO DE IMAGENS DE PACIENTES**

Eu, Vinicius Santos de Moraes,
RG n° 0357270720082, residente à Av/Rua
Av. dos franceses, n° 235, complemento Próx ao abp baterias, Bairro Vila Palmeira, na
cidade de São Luís - Estado do Maranhão, por meio deste termo de consentimento Livre e
Esclarecido, consinto que o Dr(a). Erika Martins Pereira CRO-Ma
3391 faça fotografias e outros tipos de imagens e registro meus e sobre meu caso
clínico. Consinto que estas imagens, bem como, as informações relacionadas ao meu caso
clínico sejam utilizadas para finalidade Didática (aulas, painéis científicos, trabalho de
conclusão de curso (TCC), palestras, conferências, cursos e congressos), resguardando a minha
identidade e qualquer imagem que possa fazer com que eu seja reconhecido.

Consinto, também, que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias
computadorizada, ressonâncias magnéticas, ultra-sonografias, eletromiografias,
histopatológicos (exames no microscópio da peça cirúrgica retirada - biópsia) e outros sejam
utilizados e divulgados.

Fui esclarecido que este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou
prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da
publicação. Este consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das
minhas imagens e também compreendi que o profissional/equipe que me atende e atenderá
durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais
com a exposição da minha imagem nas referidas publicações. Também, fui esclarecido de que
a minha participação ou não nestas publicações não implicará em alterações do direito a mim
conferido em continuar o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

São Luís, 06 de Setembro de 2020

Vinicius Santos de Moraes

Assinatura do Paciente
CPF: 049390483-22
RG: 0357270720082

Erika Martins Pereira

Assinatura do Profissional Responsável
CPF: 618.631.062-00
RG: 2776941