Melanoma primário de laringe

Primary melanoma of the larynx

Priscila de Jesus Souza Pires[1], Eduardo Muller Añez[2], David Birnfeld[2], Viviane Feller Martha[3], Nédio Steffen[4]

RESUMO

Melanócitos são células raramente encontradas na laringe, o que explica a baixa incidência do melanoma nesse local. Este artigo apresenta um caso raro de melanoma com manifestação laríngea, sem história prévia de melanoma cutâneo, e descreve uma revisão de literatura.

UNITERMOS: Melanoma, Disfonia, Laringe.

ABSTRACT

Melanocyte cells are rarely found in the larynx, which explains the low incidence of melanoma in this location. This article presents a rare case of melanoma with laryngeal manifestation and no history of cutaneous melanoma, as well as a review of the literature.

KEYWORDS: Melanoma, Dysphonia, Larynx.

INTRODUÇÃO

Melanócitos estão presentes na membrana basal da epiderme. Também podem ser encontrados no epitélio da cavidade nasal, da cavidade oral, da orofaringe e do esôfago. No entanto, essas células são raras na laringe, o que explica a baixa incidência do melanoma nesse local. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso raro de melanoma com manifestação laríngea.

RELATO DE CASO

Paciente masculino de 69 anos, branco, relatava disfonia e astenia vocal há oito meses. Evoluiu com ardência em boca e língua nos últimos três meses. Era ex-tabagista há dois anos, fumou em média 20 cigarros por dia durante dezessete anos. Havia realizado exérese de nevo azul em dorso de região torácica há dois anos. Consultou com clínico geral tendo realizado endoscopia digestiva alta com diagnóstico de gastrite erosiva. Apesar do tratamento com pantoprazol e azitromicina, persistiu com os sintomas. Foi encaminhado ao otorrinolaringologista. Durante o exame físico, na laringoscopia foi identificada assimetria de vibração de prega vocal esquerda com projeção subglótica deste lado. Na estroboscopia foi observada assimetria de vibração por efeito de massa em prega vocal esquerda, com diminuição de movimentação ipsilateral e assimetria de aritenoides. Solicitado tomografia computadorizada da região cervical, a qual identificou lesão expansiva em área glótica e subglótica esquerda (Figuras 1 e 2). O paciente foi submetido a biópsia, com resultado anátomo-patológico inconclusivo. Foi proposto laringectomia parcial esquerda, incluindo prega vocal e cartilagem tireoide e cricoide. Resultado do anátomo-patológico: melanoma em tecidos moles submucosos de prega vocal esquerda, com invasão dos músculos cricotireoideos esquerdos (Figura 3). Após realizado o diagnóstico, o paciente foi encaminhado à investigação complementar em busca de sítio primário e de doença metástatica, a qual não evidenciou alterações. Encaminhado posteriormente ao oncologista para terapia adjuvante.

[1] Estudante.
[2] Médico.
[3] PhD. Médica.
[4] PhD. Médico.

51202_miolo_106.indd 176 14/07/2011 14:26:25

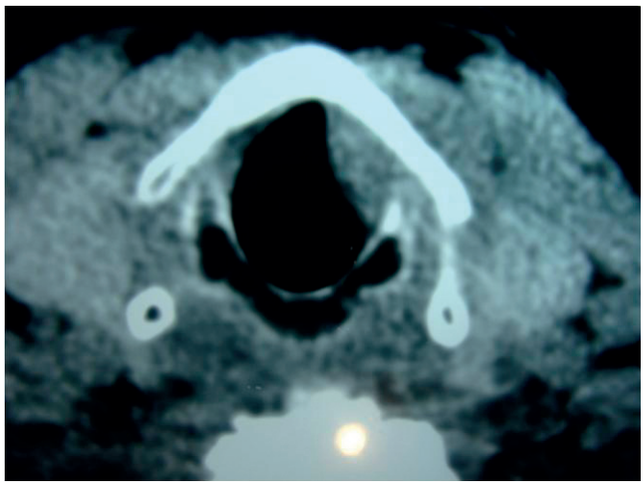


FIGURA 1 – Tomografia computadorizada de região cervical (corte axial)

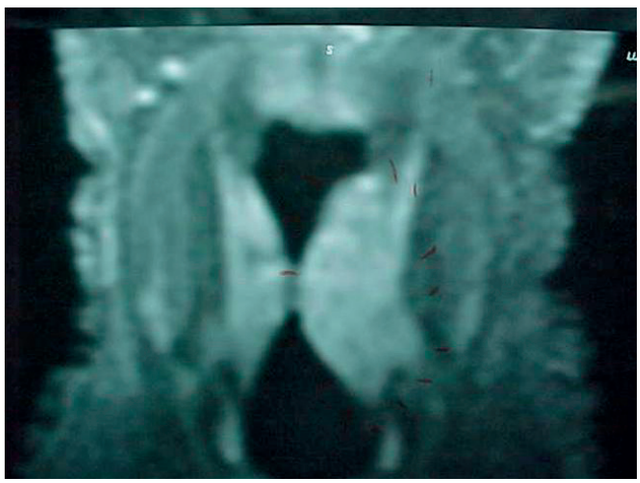


FIGURA 2 – Tomografia computadorizada de região cervical (corte coronal)

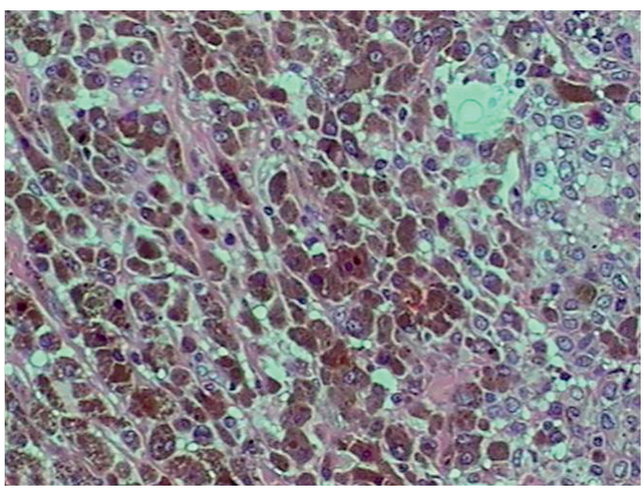


FIGURA 3 – Lâmina histológica de mucosa laríngea demonstrado presença de melanócitos

DISCUSSÃO

Melanócitos são identificados na porção basal da epiderme e na junção dermoepidérmica; raramente são encontrados na laringe, o que pode explicar a baixa incidência de melanomas neste local (1,2-7,4%) (1). Em geral, melanomas de mucosa são considerados raros e compreendem menos de 1 % de todos os melanomas malignos (1, 3). Seus locais mais comuns na cabeça e pescoço são cavidade nasal (69%) e cavidade oral (22%) (5, 6). Essa raridade é refletida no fato de que 99% das neoplasias de laringe são carcinomas epidermoides[7].

Epidemiologicamente existe uma preponderância dessa neoplasia em pacientes do sexo masculino e ocorre com mais frequência no final da sexta década de vida (7). O tabagismo é relatado como uma causa de melanoma laríngeo, assim como no carcinoma epidermoide de laringe (6).

A apresentação clínica mais comum inclui história prévia de melanoma cutâneo, seguido por história de rouquidão, sensação de corpo estranho na garganta, disfagia, hemoptise e tosse seca (2, 5, 6, 7). Em geral, os sintomas se iniciam de três semanas a 48 meses antes de se estabelecer o diagnóstico (11). No entanto, podem ser assintomáticos, sendo somente descobertos nas necropsias. Em alguns casos, o diagnóstico da lesão de laringe leva à pesquisa da lesão primária (5).

Melanoma maligno é conhecido por ser insidioso e permanecer latente a maior parte do seu curso (1). Na laringe, o sítio primário mais comum é a região supraglótica, seguido pelas cordas vocais (6). Embora a extensão direta de um tumor primário para tecidos adjacentes seja um evento comum, a ocorrência de metástase a distância é observada com frequência em pacientes com doença avançada. A presença de doença metastática com tumor sem sítio primário conhecido ou mascarando um sarcoma também é descrito (3, 10).

A distinção entre o melanoma metastático e o melanoma primário pode ser impossível de ser estabelecida somente com a histologia, sendo necessária uma boa história clínica documentando a existência prévia de lesão cutânea. Essa distinção, na maioria das vezes, é mais acadêmica visto que o tratamento e o prognóstico são similares em ambos os casos (10).

Para o diagnóstico ser estabelecido, uma biópsia acurada deve ser realizada (11). Melanócitos malignos devem ser identificados na junção dermoepidérmica ou na superfície do epitélio no material histopatológico. No entanto, alguns estudos publicados ignoraram esse critério ou falharam em documentar a presença de células alteradas devido à frequente apresentação ulcerada da lesão. Nesses relatos, a origem primária dos melanomas era designada pelo exame clínico e por achados radiográficos, quando esses não demonstravam a coexistência de outras lesões malignas. Esse critério diagnóstico é rejeitado por alguns pesquisadores devido ao fato de que o melanoma cutâneo maligno é capaz de sofrer regressão espontânea após ter se metastatizado (1).

51202_miolo_106.indd 177 14/07/2011 14:26:25

Dessa forma, acredita-se que o diagnóstico do melanoma maligno de laringe depende essencialmente da avaliação histopatológica.

Macroscopicamente, essas neoplasias são, em sua maioria, nódulos ou pólipos (7); e comumente são friáveis (4). A presença de uma lesão com pigmentação cinza, marrom ou preta pode ser um indício em muitos casos (1, 7). No entanto, algumas lesões são amelanóticas e outras apresentam características similares a outras neoplasias malignas da ectoderme, da mesoderme ou de origem hematopoiética. Por essa razão, a imunohistoquimica deve ser realizada para confirmar o diagnóstico (1); e, nesta, a maioria dos casos é fortemente reativa para os marcadores S-100, Melan-A e HMB-45 (10, 11).

O diagnóstico diferencial é feito com carcinoma epidermoide, carcinoma neuroendócrino, linfoma não-Hodgkin, paraganglioma e sarcoma (6). Dúvida diagnóstica com sarcoma pode ocorrer no exame histológico se o material for de pequena quantidade e principalmente se estiver presente tumores amelanóticos com aparência de células fusiformes (6, 10).

O tratamento de escolha para os melanomas de mucosa de cabeça e pescoço, incluindo as lesões laríngeas, é a excisão cirúrgica completa (1). Laringectomia parcial e total são amplamente utilizadas (5). Radioterapia e a quimioterapia adjuvante podem ser úteis em alguns pacientes, principalmente se a quimioterapia incluir o tamoxifeno (6). Em pacientes com doença metastática, o tratamento cirúrgico radical é raramente indicado (5). Nesses casos, uma conduta comumente adotada é a ressecção da lesão seguida da vaporização com KTP/532 do tumor residual (5). Embora a cirurgia radical seja a melhor escolha para o controle local da doença, a recorrência ocorre com frequência (42%-64%) (6).

Apesar de todos os esforços terapêuticos, o prognóstico desses pacientes permanece muito ruim. No momento do diagnóstico, 80% dos pacientes já apresentam lesões metastáticas, principalmente para linfonodos regionais, pulmão, cérebro e fígado (1, 6). A sobrevida em cinco anos é em torno de 20% (6). Na maioria dos casos, os pacientes morrem dentro de cinco anos de doença devido a metástases disseminadas (7).

COMENTÁRIOS FINAIS

Apresentamos um caso raro de melanoma com manifestação laríngea. Embora a sintomatologia fosse pouco significativa, a anamese e exame físico otorrinolaringológico minucioso foram fundamentais para o diagnóstico desta doença, acompanhados do exame anatomopatológico preciso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amin HH, Petruzzelli GJ, Husain AN, Nickoloff BJ. Primary malignant melanoma of the larynx. Arch Pathol Lab Med. 2001 Feb;125(2):271-3.
2. Ferlito A, Caruso G. Secondary malignat melanoma of the larynx. Report of 2 cases and review of 79 laryngeal secondary cancers. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 1984;46(3):117-33.
3. Ikeda M, Takahashi H, Karaho T, Kitahara S, Inouye T. Amelanotic melanoma metastatic to the epiglottis. J Laryngol Otol. 1991 Sep;105(9):776-9.
4. Law CH, Goh EH, Shanmugaratnam K. Malignant melanomas of the upper respiratory tract. Singapore Med J. 1976 Sep;17(3):133-7.
5. Pau H, De S, Spencer MG, Steele PR. Metastatic malignant melanoma of the larynx. J Laryngol Otol. 2001 Nov;115(11):925-7.
6. Terada T, Saeki N, Toh K, Uwa N, Sagawa K, Mouri T, Sakagami M. Primary malignat melanoma of the larynx: a case report and a literature review. Auris Nasus Larynx. 2007 Mar;34(1):105-10.
7. Kim H, Park CI. Primary malignant laryngeal melanoma-report of a case with review of literature. Yonsei Med J. 1982;23(2):118-22.
8. Panje WR, Moran WJ. Melanoma of the upper aerodigestive tract: a review of 21 cases. Head Neck Surg. 1986;8:309-312.
9. Nandapalan V, Roland NJ, Helliwell TR, Williams EMI, Hamilton JW, Jones AS. Mucosal melanoma of the head and neck. Clin otolaryngol. 1998;23:107-16.
10. Plaza JA, Perez-Montiel D, Mayerson J, Morrison C, Suster S. Metastases to soft tissue: a review of 118 cases over a 30-year period. Cancer. 2008 Jan 1;112(1):193-203.
11. Cady B, Rippey JH, Frazell EL. Non-epidermoid cancer of the larynx. Ann Surg. 1968 Jan;167(1):116-20.

✉ Endereço para correspondência
Priscila de Jesus Souza Pires
Rua Cel. João Pacheco de Freitas, 580
91215-060 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 9245-5652
prisouzap@gmail.com

Recebido: 9/5/2010 – Aprovado 31/5/2010

51202_miolo_106.indd 178 14/07/2011 14:26:26