

## Nevo melanocítico intradérmico em meato acústico externo: relato de caso e revisão da literatura

### *Intradermal melanocytic nevus of the external auditory canal: case report and literature review*

Rodrigo Marques Borburema<sup>1</sup>, Diego Fernando Costa<sup>2</sup>, Lorena Cristina Peres Rodrigues Gomes<sup>3</sup>, Bruno Amaral Hay<sup>4</sup>, Juliana Cristina Mesti Duarte<sup>4</sup>, Gilberto da Fontoura Rey Bergonse<sup>5</sup>, Luiza Pellissari Zardo<sup>6</sup>

Borburema RM, Costa DF, Gomes LCPR, Hay BA, Duarte JCM, Bergonse GFR, Zardo LP. Nevo melanocítico intradérmico em meato acústico externo: relato de caso e revisão da literatura / *Intradermal melanocytic nevus of the external auditory canal: case report and literature review*. Rev Med (São Paulo). 2019 nov.-dez.;98(6):431-4.

**RESUMO:** *Introdução:* Nevos são neoplasias melanocíticas benignas e são os tipos mais comuns de tumores de pele. Podem ocorrer em qualquer parte da pele, mas o aparecimento no meato acústico externo é muito raro. Há pouco menos de 50 casos descritos na literatura inglesa sobre nevo melanocítico em meato acústico e, no Brasil, foi encontrado apenas um caso relatado em 2005. *Objetivo:* Apresentar um caso de nevo melanocítico intradérmico em meato acústico externo e discutir uma conduta conservadora, diferente dos demais casos já relatados na literatura após uma revisão desta. *Importância do problema:* Alertar à comunidade científica sobre os possíveis diagnósticos diferenciais das lesões em meato acústico externo e riscos da manipulação deste, frente a uma lesão benigna e assintomática. *Comentários:* Ressaltamos a possibilidade em conduzir de forma conservadora uma lesão assintomática ou minimamente sintomática, desde que seja descartada qualquer suspeita de malignidade, transformação maligna ou excluídos diagnósticos diferenciais que necessitem de uma intervenção mais invasiva, visto que uma meatoplastia poderia trazer mais danos (estenose meatal) do que benefícios para os pacientes, inclusive para o apresentado neste relato.

**Descritores:** Nevo pigmentado; Nevo intradérmico; Meato acústico externo.

**ABSTRACT:** *Introduction:* Nevi are benign melanocytic neoplasms and are the most common types of skin tumors. They can occur anywhere on the skin, but the appearance in the external auditory canal is very rare. There are only a few cases described in English literature regarding melanocytic nevus of external auditory canal and, in Brazil, only one case was reported in 2005. *Objective:* To present a case of intradermal melanocytic nevus in external auditory canal and to discuss a conservative conduct, different from the other cases already reported in the literature after a review of this. *Importance of the problem:* To alert the scientific community about the possible differential diagnoses of lesions in the external auditory canal and risks of manipulation of this, in front of a benign and asymptomatic lesion. *Comments:* We emphasize the possibility of conservatively conducting an asymptomatic or minimally symptomatic lesion, provided that any suspicion of malignancy, malignant transformation or other differential diagnosis, that requires a more invasive intervention, is ruled out, since a meatoplasty could bring more damage (meatal stenosis) than benefits for the patients, including for the presented in this report.

**Keywords:** Nevus, pigmented; Nevus, Intradermal; Ear canal.

1. Pesquisador do Centro de Estudos Otorrinolaringológico Lauro Grein Filho, Curitiba, PR. Médico assistente do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha – Filial do Paraná, Curitiba, PR. <https://orcid.org/0000-0001-8122-9074>. Email: rodrigoborbur@hotmail.com.
2. Pesquisador do Centro de Estudos Otorrinolaringológico Lauro Grein Filho, Curitiba, PR. Especializando do 2º ano do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha – Filial do Paraná, Curitiba, PR. <https://orcid.org/0000-0002-9991-8174>. Email: diegofc@hotmail.com.
3. Pesquisadora, Centro de Estudos Otorrinolaringológico Lauro Grein Filho, Curitiba, PR. Especializando do 1º ano do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha – Filial do Paraná, Curitiba, PR. <https://orcid.org/0000-0003-0707-2392>. Email: Lorenapreses91@gmail.com.
4. Pesquisadores do Centro de Estudos Otorrinolaringológico Lauro Grein Filho, Curitiba, PR. Especializando do 3º ano do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha – Filial do Paraná, Curitiba, PR. Hay BA - <https://orcid.org/0000-0002-1075-9788>. Email: brunoh25@gmail.com, Juliana\_mduarte@hotmail.com.
5. Médico otorrinolaringologista, orientador do Programa de Especialização do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha – Filial do Paraná, Curitiba, PR. <https://orcid.org/0000-0003-3450-5333>.
6. Acadêmica do 6º ano do curso de medicina da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP. <https://orcid.org/0000-0002-1369-3438>. Email: Luh\_pz10@hotmail.com

**Endereço para correspondência:** Rodrigo Marques Borburema. Rua Visconde do Rio Branco, 1102, Mercês, Curitiba-PR. CEP: 80410-001. Email: rodrigo.borburema@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

Nevos são neoplasias melanocíticas benignas e são os tipos mais comuns de tumores de pele. São classificados em congênitos ou adquiridos, podendo ser assintomáticos ou cursar com obstrução aurial, plenitude aurial, episódios recorrentes de otite externa aguda, devido ao aprisionamento de água no meato externo e, algumas vezes, perda auditiva. Podem ocorrer em qualquer parte da pele, mas o aparecimento no meato acústico externo (MAE) é muito raro. Há pouco menos de 50 casos descritos na literatura inglesa sobre nevo em MAE e, no Brasil, foi encontrado apenas um caso relatado por meio da pesquisa nas bases de dados do MEDLINE/PUBMED, SciELO e LILACS com os descritores “external auditory canal”, “melanocytic nevus” e “intradermal nevus”, publicado em 2005<sup>1-5</sup>.

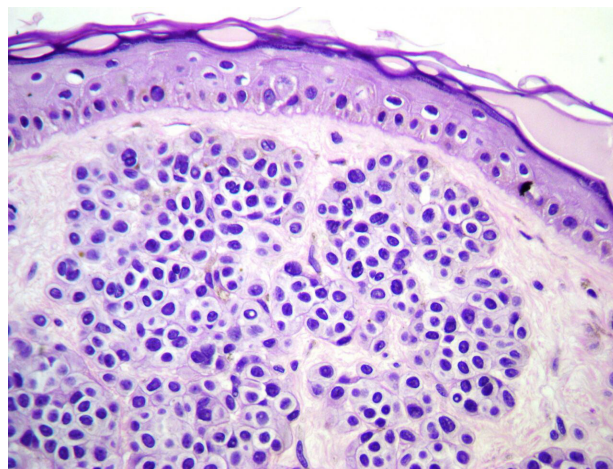
O objetivo desse trabalho é apresentar um caso de nevo melanocítico intradérmico em meato acústico externo e discutir uma conduta conservadora, diferente dos demais casos já relatados na literatura após uma revisão desta.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 48 anos, vem ao nosso ambulatório de otorrinolaringologia queixando-se de plenitude auditiva, hipoacusia e zumbido não pulsátil ipsilateral à direita há dois meses. Nega otalgia, otorreia ou outros sintomas. À otoscopia observou-se lesão exofítica, de coloração escura formando elevação do tipo globosa associada a áreas verrucosas (aspecto de cacho de uva) em região superior e anteroinferior do MAE direito (Figura 1). Foi solicitado exame de tomografia computadorizada de mastoide e realizada biópsia incisional por abordagem transcanal com anestesia local em três fragmentos da lesão para avaliação anatomopatológica. Após 14 dias da biópsia, paciente retorna referindo melhora dos sintomas e com o resultado do anatomopatológico evidenciando nevo melanocítico intradérmico nos fragmentos analisados (Figura 2). Após análise da tomografia computadorizada, que mostrou lesão com densidade de partes moles, bem delimitada e ausência de invasão tecidual (Figura 3), e avaliação clínica da paciente, foi optado por manter acompanhamento ambulatorial, uma vez que os sintomas antes referidos não a incomodavam mais e não havia indicação para submetê-la a procedimento cirúrgico na qual poderia trazer complicações (estenose do MAE), como já documentado na literatura<sup>6</sup>.



**Figura 1** – Lesão exofítica, de coloração escura formando elevação do tipo globosa associada a áreas verrucosas. *Descrição:* Lesão em forma de cúpula com áreas papilomatosas (verrucoides)



**Figura 2** – Nevo melanocítico intradérmico. *Descrição:* Corte histológico mostrando ninhos de células névicas melanocíticas intradérmicas (HE - 400x)



**Figura 3** – Lesão com densidade de partes moles, bem delimitada e ausência de invasão tecidual em MAE direito. *Descrição:* TC helicoidal multidetector de 64 canais

## DISCUSSÃO

Os nevos melanocíticos são categorizados em três subgrupos de acordo com a localização histológica, podendo ser juncionais, compostos e intradérmicos. As células do nevo juncional estão situadas na junção dermoepidérmica e se estendem até a derme, mas permanecem sempre em contato com a epiderme. Caracteristicamente, as células do nevo intradérmico estão restritas à derme e não entram em contato com a epiderme. O nevo composto representa o estágio de transição entre o nevo juncional e intradérmico, e exibe características de ambas as formas<sup>7</sup>.

Clinicamente, cinco tipos de nevos melanocíticos podem ser reconhecidos: lesões planas, lesões levemente elevadas com centros elevados e periferias planas, lesões papilomatosas, lesões em forma de cúpula e lesões pedunculadas<sup>1</sup>. No presente relato, macroscopicamente, a lesão foi caracterizada como uma forma mista, apresentando características das lesões em forma de cúpula e papilomatosa.

O diagnóstico diferencial é necessário devido a possibilidade de melanoma e para descartar outros diagnósticos, como ceratose seborreica, ceratose pigmentar benigna, histiocitoma pigmentado fibroso, papiloma escamoso e malignidades, como carcinoma espinocelular<sup>2,3</sup>. Deve-se suspeitar de melanoma nos casos de nevos com bordas escuras, ulceradas e irregulares. Em última análise, o diagnóstico definitivo deve ser feito microscopicamente<sup>7</sup>.

Nos casos de NM congênito, devido ao potencial risco de transformação maligna, e casos potencialmente malignos, como as lesões que apresentam bordas assimétricas, mudança de coloração e tamanho ou superfície irregular, o tratamento recomendado é a remoção cirúrgica completa. Queixas estéticas, episódios de inflamação e infecção ou perda auditiva são indicações para excisão de lesões aparentemente benignas<sup>4</sup>.

Como a nossa paciente relatou melhora dos sintomas apenas com a biópsia incisional e ao exame de tomografia computadorizada não foi detectado invasão tecidual ou outro achado que justificasse intervenção cirúrgica, optamos por manter acompanhamento ambulatorial com retorno programado em seis meses. Essa conduta foi

baseada devido aos possíveis riscos de estenose do MAE, uma vez que este apresenta tendência ao estreitamento no pós-operatório como foi relatado nos estudos de Paparella e Meyerhoff em 1978<sup>6</sup>.

Nos estudos de Alves et al.<sup>5</sup> e Katarkar et al.<sup>8</sup>, os autores acreditam que ao encontrar um nevo no MAE e este for sintomático, ele deve ser removido com biópsia excisional por abordagem transcanal com anestesia local<sup>5,8</sup> e, caso não seja possível, pode-se fazer abordagem pós-aural para ter um maior campo cirúrgico<sup>8</sup>.

Kim e Park<sup>9</sup>, em 2013, relataram a eficácia de uma ressecção tumoral através do uso de laser de CO<sub>2</sub>, pelo fato da pele do MAE ser muito fina e tensionada, com um campo cirúrgico de complexa exposição e o difícil cuidado pós-operatório da ferida.

A área do MAE após a excisão do nevo pode ser deixada nua ou coberta com enxerto de pele<sup>10</sup>. Bakshi et al.<sup>10</sup>, em seus estudos, deixaram a ferida operatória cicatrizar por segunda intenção, cobrindo-a com embalagem de merocel® e pomada de mupirocina por 10 dias para evitar estenose. Mas, em casos de defeitos maiores, é pragmático usar enxerto de pele devido à possibilidade de formação de tecido de granulação sobre o osso nu, que pode levar à secreção recorrente da orelha<sup>10</sup>.

## CONCLUSÃO

Concordamos com os outros autores da necessidade de intervenção cirúrgica quando for encontrado um nevo em MAE e este for sintomático, trazendo prejuízo social, profissional e na qualidade de vida do paciente ou quando não for possível excluir patologias potencialmente malignas<sup>5,8,9</sup>. Ressaltamos ainda a possibilidade em conduzir de forma conservadora uma lesão assintomática ou minimamente sintomática, desde que seja descartada qualquer suspeita de malignidade, transformação maligna ou excluídos diagnósticos diferenciais que necessitem de uma intervenção mais invasiva<sup>2,3</sup>, visto que uma meatoplastia poderia trazer mais danos (estreitamento meatal) do que benefícios para os pacientes, inclusive para o apresentado neste relato.

**Contribuição dos autores:** Borburema RM - ???; Costa DF - ?????; Gomes LCPR - ?????; Hay BA - ???; Duarte JCM - ?????; Bergonse GFR - ?????; Zardo LP - ?????.

## REFERÊNCIAS

1. Elder D, Elenitsas R, Murphy G, Xu X. Benign pigmented lesions and malignant melanoma. In: Elder D, editor. *Lever's histopathology of the skin*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2005. p.725-31. doi : 10.3126/jpn.v%vi%i.20891.
2. Youngs R, Hawke M, Kwok P. Intra-dermal nevus of the ear canal. *J Otolaryngol*. 1988;17:241.
3. Lee FP. Pigmented nevus of the external auditory canal. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;135:124-8. doi: 10.1016/j.otohns.2005.11.027.
4. Lim HJ, Kim YT, Choo OS, Park K, Park HY, Choung YH. Clinical and histological characteristics of melanocytic nevus in external auditory canals and auricles. *Eur Arch*

- Otorhinolaryngol. 2013;270:3035-42. doi: 10.1007/s00405-013-2368-5.
5. Alves RV, Brandão FH, Aquino JE, Carvalho MR, Giancoli SM, Younes EA. Intra-dermal melanocytic nevus of the external auditory canal. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2005;71:104-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992005000100020>.
  6. Paparella MM, Meyerhoff WL. "How I do It" - otology and neurology: a specific issue and its solution – meatoplasty. *Laryngoscope.* 1978;88:357-9. <http://dx.doi.org/10.1288/00005537-197802000-00019>.
  7. Cochran AJ, Bailly C, Paul E, Dolbeau D. Nevi, other than dysplastic and Spitz nevi. *Semin Diagn Pathol.* 1993;103-17.
  8. Katarkar A, Jain A, Shah P, Shah M. A rare case of intradermal nevus of external auditory canal presenting with otorrhoea. *Indian J Otol.* 2011;17:20-1. doi: 10.4103/0971-7749.85792.
  9. Kim WS and Park KH. Compound Nevus Occurring Near External Auditory Canal: Successful Treatment by CO2 Laser Abrasion. *Korean J Audiol.* 2013;17:30-1. doi: 10.7874/kja.2013.17.1.30.
  10. Bakshi J, Yadav S, Kumar A. An intradermal nevus of the external auditory canal - a rare occurrence. *Ann Otolaryngol Rhinol.* 2017;4(5):1181. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/a990/d6df8b0ebac1acbc1a9ebd5123706a25590b.pdf>.

Recebido: 26.02.19

Aceito: 26.08.19