

Reporte de Caso

VOL. 2 NO 2

Melanoma mucoso de paladar recidivante en un adulto maduro

Recurrent Mucosal Melanoma of the Palate in a mature adult

Ana Morales-Madriz ^{1a}, Fabiana Romero-Montero ^{1a}, César Vásquez-Ramírez ^{1a}, Fernando Denver

Madrigal^{2b}

RESUMEN

El melanoma es un cáncer maligno de los melanocitos; células que nacen de la cresta neural y migran a la piel, meninges, membranas mucosas, zona superior del esófago y los ojos. Asociado a personas de piel blanca e individuos con exposición a la luz solar. Se presenta el caso de un paciente masculino de 53 años con antecedentes de tabaquismo, diagnosticado con melanoma maligno en paladar duro y metástasis cervical. Presentó inicialmente una lesión ulcerativa a nivel de paladar duro, a dicha lesión se le realiza una biopsia que evidencia un

carcinoma epidermoide, el paciente se somete a una maxilectomía y luego se da a conocer un nuevo reporte de biopsia donde se documenta un melanoma maligno con márgenes comprometidos, se realiza ampliación de márgenes y tratamiento con radioterapia.

Palabras Clave: Melanoma maligno, melanoma maligno de partes blandas, Adulto. (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Melanoma is a malignant cancer of the melanocytes; cells that arise from the neural crest and migrate to the skin, meninges, mucous membranes, upper esophagus and eyes. Associated skinned people and individuals with exposure to sunlight. the case of a male patient of 53 years with a history of smoking, diagnosed with malignant melanoma in the hard palate and cervical metastases. Initially presented an ulcerative lesion in

the hard palate, to that injury was performed a biopsy evidence squamous cell carcinoma, the patient undergoes a maxillectomy and then provides a new report biopsy where a malignant melanoma is documented committed margins, expanding margins and radiotherapy treatment is performed.

Key words: Malignant melanoma, Melanoma malignant of soft part, Adult. (source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

El melanoma es un cáncer maligno de los melanocitos; células que nacen de la cresta neural y migran a la piel, meninges, membranas mucosas, zona superior del esófago y los ojos. Asociado a personas de piel blanca e individuos con exposición a la luz solar. En personas de piel no blanca se observa debajo de las uñas, en plantas de los pies, palmas de las manos y mucosas. (1)

El cuadro indica signos de masas atípicas que permiten diferenciarlos de los nevos benignos adquiridos. Se observan bordes irregulares e imprecisos y la distribución del pigmento es variada. Pacientes con masas atípicas y antecedente familiar de importancia tienen un riesgo mayor del 50% de mostrar un melanoma. (1)

1. Escuela de Medicina y Cirugía. Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
2. Hospital Calderón Guardia. Caja Costarricense del Seguro Social. San José, Costa Rica
- a. Estudiante de medicina b. Médico Otorrinolaringólogo

Recibido: 17-05-2015 Aprobado: 11-06-2016

Citar como: Morales-Madriz A, Romero-Montero F, Vásquez-Ramírez C, Madrigal FD. Melanoma mucoso de paladar recidivante en un adulto maduro. Rev Hisp Cienc Salud. 2016;2(2): 161-165

Se conocen cuatro tipos: 1. Melanoma de extensión superficial 2. Lentigo maligno 3. Melanoma nodular 4. Melanoma lentiginoso acral. Enfocándonos en este último tipo podemos decir que está ubicado en palmas y plantas, lecho ungueal y membrana mucosas. En zonas planas predomina el pardo oscuro, en las placas y zonas elevadas predomina el negro pardo y el negro azulado. (1)

La incidencia de los melanomas mucosos es de aproximadamente 2.3 por millón y representan un 4-6 % de todos los melanomas primarios. Se ha demostrado que hay mayor incidencia en personas mayores de 60 años y más en hombres que en mujeres (1.2:1); también se ha demostrado mayor riesgo en personas asiáticas. El melanoma primario oral son muy raros y representa 0.4 a 1.8% de todos los melanomas, y 0.5% de todas las malignidades. Posee un pronóstico desfavorable ya que solo aproximadamente un 12% de los afectados alcanza una supervivencia de 5 años (2,3,4)

Presentación del caso

Se presenta el caso de un paciente masculino de 53 años con antecedentes de tabaquismo, diagnosticado con melanoma maligno en paladar duro y metástasis cervical. Presentó inicialmente una lesión ulcerativa a nivel de paladar duro en agosto del 2014 (Figura 1), a dicha lesión se le realiza una biopsia que evidencia un carcinoma epidermoide, el paciente se somete a una maxilectomía en octubre del mismo año. En diciembre se da a conocer un nuevo reporte de biopsia donde se documenta un melanoma maligno con márgenes comprometidos, se realiza ampliación de márgenes y tratamiento con radioterapia. Durante el 2015 se le dio seguimiento en consulta y presentaba buena evolución clínica. En febrero del 2016 se

encuentran una masa localizada en paladar duro y dos adenopatías, una a nivel I adherida a planos profundos de aproximadamente 2 cm y la segunda en nivel II móvil y de características inflamatorias. Dichas lesiones se someten a una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) cuyo resultado fue positivo por metástasis (Figura 2). Se ingresa para realizar estudios, tiempo durante el cual se presentó estable, sin cambios en cuello ni sintomatología nueva. Durante el internamiento se le realiza al paciente una resonancia magnética (RM) en la cual se evidenció una tumoración de bordes irregulares, localizada en la porción media y anterior del paladar duro, la lesión se extiende hacia ambas fosas nasales y el tabique, posee un tamaño aproximado de 33 mm antero-posterior, 30 mm transversal y 32 mm sagital (Figura 3). También se logra observar una adenopatía a nivel infraparatiroideo derecho 12 x 10 mm y dos del lado izquierdo y otra a nivel submandibular de 25 x 17 mm. En tomografía axial computarizada (TAC) de cabeza se observa una lesión neoformativa heterogénea sólida que mide 3.2 x 2.8 x 3.1 cm y que invade fosa nasal anterior y media derecha, el septum blando y óseo de lado derecho, destrucción de la pared medial del seno maxilar derecho y extensión hacia el mismo, región palatina y cornetes nasales del mismo lado. En el TAC de cuello se descubren una adenopatía entre los niveles II- A y B izquierdo que mide 24 x 26 mm y otra a nivel II -A derecha de 6.2 mm. Mientras que en el TAC de tórax se encontró una adenopatía paratraqueal de 3 mm, no se encontraron más hallazgos patológicos. Durante su estancia se le realizaron varios hemogramas en los que se observa casi de manera constante alteraciones del porcentaje de segmentados, linfocitos y monocitos.



Figura 1. Lesión inicial del melanoma lentiginoso acral en paladar duro, el cual hizo metástasis a fosas nasales.



Figura 2. Lesión Metastásica en cuello, a causa del melanoma inicial en cavidad bucal.

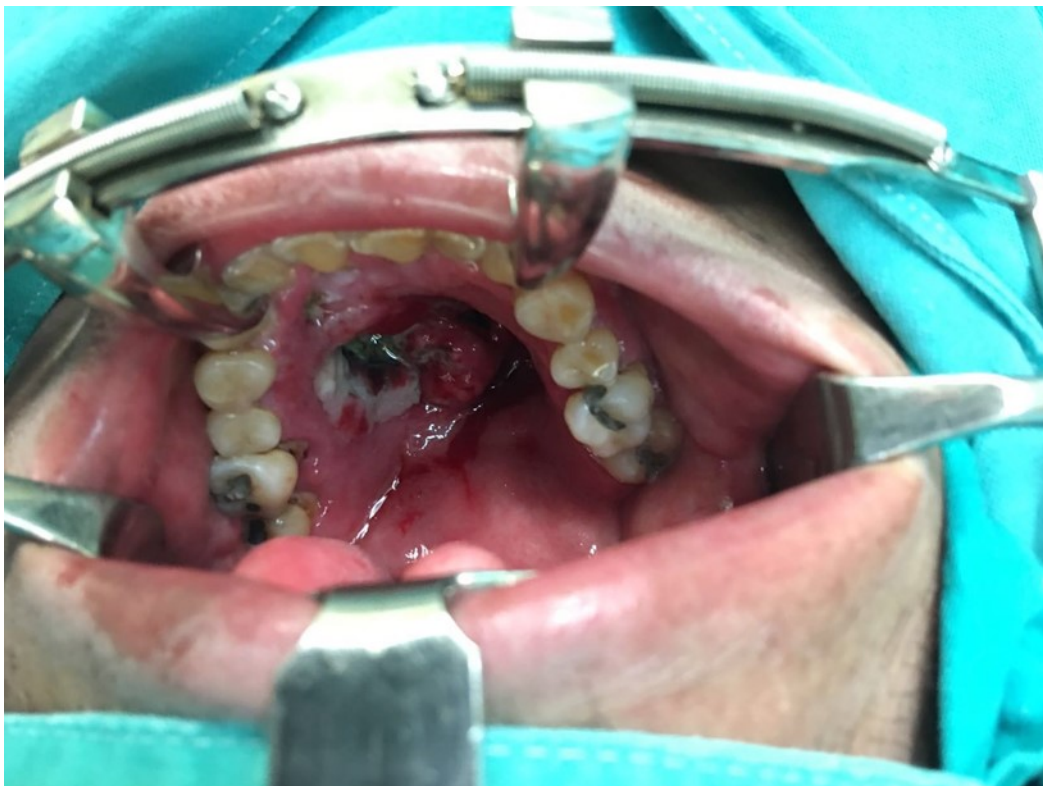


Figura 3. Imagen preoperatoria, en donde eliminaron el melanoma, el cual estaba extendido hasta la cavidad nasal.

DISCUSIÓN

El melanoma lentiginoso acral es una forma clínica infrecuente en nuestro país que aparece en personas de raza negra; siendo su etiología multifactorial, aunque no se descarta exposición solar y trauma en la zona afectada y condiciones climáticas predisponentes. Las localizaciones encontradas son principalmente en miembro inferior, ojo, paladar y aparato gastrointestinal. (5)

Los síntomas incluyen el sangrado y raramente el dolor, que suelen aparecer de modo tardío. De hecho, el sangrado se ha referido como el signo más frecuente al diagnóstico, y la presencia de pigmentación melánica se da en un tercio de los pacientes antes del diagnóstico. (6, 7)

En el diagnóstico de melanoma lentiginoso acral es fundamental la exclusión de cualquier otro posible origen tumoral, de tal modo que el melanoma mucoso no pueda explicarse como metástasis de este, se puede sospechar en base a las características clínicas o evolución dermatológica, siempre confirmado por histología por biopsia. (7, 2)

Histológicamente, la presencia de anomalías de la unión, densidad aumentada de melanocitos y células atípicas en las biopsias de lesiones pigmentadas de la mucosa oral, es muy sospechoso de malignidad. La necesidad de establecer el origen primario del melanoma se hace patente en el intento de controlar efectivamente la enfermedad (7).

Una vez hecho el diagnóstico el tratamiento es quirúrgico; si hay metástasis a ganglios linfáticos en cuello se puede considerar la disección radical de cuello, aunque esto no mejora el pronóstico. El tratamiento con radioterapia se usa en aquellas personas que se niegan al tratamiento quirúrgico o la resección del tumor no es viable. (8)

Según un estudio realizado en la población Mexicana, todos los casos recibieron una resección amplia, de esos 8 pacientes recibieron radioterapia coadyuvante, 4 clínicamente fueron tratados quirúrgicamente y un caso recibió radioterapia y quimioterapia prequirúrgica. El control local de la lesión primaria solo fue efectivo en 14 de los 15 casos. La sobrevida media fue de 16.9 meses. (9)

De acuerdo a la búsqueda realizada para este artículo, no se encontró ningún caso similar reportado en Costa Rica, es im-

portante dar conocer una patología que si bien es poco frecuente, es fundamental un abordaje temprano ya que como en toda enfermedad oncológica y en especial en aquellas que son muy agresivas, la mejor estrategia siempre es un diagnóstico y tratamiento temprano.

Como se menciona anteriormente esta neoplasia es más frecuente en personas de edad avanzada y ligeramente más frecuente en hombres, sin embargo, nunca se debe descartar o subestimar una lesión por ausencia de factores de riesgo como se evidenció en el 2015, cuando reportaron tres casos de melanoma maligno en cavidad oral con presentaciones atípicas, dos de las cuales eran pacientes femeninas de 30 y 32 años y una tercera paciente, también femenina, de 55 años. De igual manera la localización puede no ser la usual como se evidenció por Sharma Lamichhane et al cuando presentaron un caso de un melanoma localizado en labio superior (10, 4)

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

CONFLICTOS DE INTERÉS

El autor declara no tener conflictos de interés con la publicación del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo, J, editors. Harrison's principles of internal medicine. Vol 1. 18th ed. México: McGraw Hill; 2012.
2. Olga Warszawik-Hendzel, Monica Stowinska, Matgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka. Melanoma of oral cavity: pathogenesis, dermoscopy, clinical features, staging and management. J Dermatol Case Rep. 2014; 3 (1): 60-66.
3. Bruno A B. de Andrade, Víctor H. Toral-Rizo, Oslei P. de Almeida. Primary oral melanoma: A histopathological and inmunohistochemical study of 22 cases of Latin America. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012; 17 (3): 383-388.

4. Narayan Sharma Lamichhne, Jiping An, Quilin Liu, Wei Zhang. Primary malignant mucosal melanoma of the upper lip: a case report and review of the literature. Sharma Lamichhne et al. BMC Res Notes. 2015; 8: 499.
5. Noris Lozano-Espinoza, Willy Ramos, Carlos Galarza, Gustavo Cerrillo, Mercedes Tello, Erickson L. Gutiérrez. Melanoma Cutáneo y mucoso: epidemiología, características clínicas y metástasis a distancia en un Hospital de Lima-Perú. Periodo 1996-2007. Dermatología Peruana. 2009; 19 (): 316-323.
6. Garzino-Demo P, Fasolis M, Maggiore GM, Pagano M, Berrone S. Oral mucosal melanoma: a series of case reports. J Craniomaxillofac Surg 2004;32:251-7.
7. Raul Gonzalez García, Luis Naval Gías, Pedro L. Martos, Syong Hyun Nam-Cha, Francisco J. Rodriguez Campo, Mario F. Muñoz Guerra. Melanoma de la mucosa oral. Casos clínicos y revisión de la literatura. Med Oral Patol Oral Cir Bucal: 2015; 10: 264-271.
8. Lorena Pingarrón Martín, Javier Gonzalez Martín-Moro, Chun-Ye Ma, Zhin-Wei Yu, Chen-Ping Zhang. Melanoma de mucosa intraoral: ¿enfermedad local o sistémica? Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2014; 36 (1): 15-20.
9. López-Graniel CM, Ochoa-Carrillo FJ, Meneses-García A. Malignant melanoma of the oral cavity: diagnosis and treatment experience in a Mexican population. Oral Oncol 1999;35:425-30.
10. Shalini Gupta, Ankita Tandon, hari Ram and O.P. Gupta. Oral malignant melanoma: Report of three cases with literature review. Natl J Maxillofac Surg. 2015; 6 (1): 103-109

CORRESPONDENCIA

Ana Cristina Morales

Email: mmorales.anac@gmail.com

ISSN: 2215-4248

Revista Hispanoamericana de
Ciencias de la Salud