

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **61**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Febrero **2004**
January-February

Artículo:

Melanoma maligno de la cavidad bucal.
Reporte de un caso y revisión de la
literatura

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Dental Mexicana, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Hedigraphic.com

Melanoma maligno de la cavidad bucal. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Ma. Eugenia Pinzón-Tofiño,*
Constantino Ledesma-Montes,*
Javier Portilla-Robertson,*
Maricela Garcés-Ortíz*

* Facultad de Odontología, Universidad
Nacional Autónoma de México.

Resumen

El melanoma maligno es una lesión pigmentada que aparece con mayor frecuencia en la piel y que raras veces se observa en los tejidos intrabucales. El melanoma es una neoplasia agresiva, con gran capacidad metastásica y en virtud de su alta tasa de recurrencia, la vida del paciente está en grave riesgo. El objetivo de este artículo es presentar un caso de melanoma maligno que apareció en un hombre de 35 años de edad y puntualizar la necesidad de distinguir esta neoplasia de otras entidades pigmentadas de los tejidos blandos de la cavidad bucal como: nevos, pigmentación racial, tatuaje por amalgama y enfermedades sistémicas como la enfermedad de Addison y otras enfermedades hereditarias como el síndrome de Peutz-Jeghers.

Palabras clave: Melanoma maligno, encía, cavidad bucal, tratamiento, neoplasias.

Abstract

Malignant melanoma is a pigmented neoplasm that appears more commonly in the skin and it is rarely seen arising in the oral tissues. It is an aggressive neoplasm with high metastatic capacity and since it has a great recurrence rate, the life of the patient is at risk. The aim of this paper is to present a case of a malignant melanoma arising in the gingiva of a 35 year-old man and to remark the need to diagnose this neoplasm of those pigmented entities commonly found in the oral soft tissues as: nevi, racial pigmentation, amalgam tattoo and related with systemic diseases (Addison disease) or hereditary diseases (Peutz-Jeghers syndrome).

Key words: Malignant melanoma, gingiva, oral cavity, treatment, neoplasm.

Introducción

El melanoma maligno (MM) es una neoplasia maligna que representa aproximadamente el 1% de todas las neoplasias registradas en la república mexicana.¹ En nuestro país, las neoplasias malignas son la segunda causa de muerte; entre ellas, los tumores malignos de piel ocupan el segundo lugar en frecuencia. En el estudio de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, se analizaron 1,107 casos de melanoma, lo que corresponde al 1.5% de todos los cánceres.¹ Su frecuencia está bien estudiada en otros países,^{2,3} sin embargo, en el nuestro existen pocos estudios.^{4,5}

En la cavidad bucal, esta neoplasia aparece en aproximadamente el 0.4% al 1.4% de todas las neoplasias.⁶ Lo que significa que la mayor parte de los que aparecen en boca son neoplasias metastásicas. Es más frecuente en hombres que en mujeres en una relación de 2:1 y es bastante raro antes de la pubertad.⁷ Se considera que tiene su mayor incidencia entre la 4^a y 5^a décadas de la vida^{6,8,9} y típicamente aparece en personas de raza blanca.^{10,11} En la literatura se reporta que los MM aparecen con mayor frecuencia en el paladar (57% de ellos en el paladar duro), 26% en el reborde alveolar y 8% en el paladar blando.^{8,12} Otros autores reportaron al proceso alveolar y la encía como los sitios más comunes.¹³⁻¹⁵ Los sitios más frecuen-

tes de enfermedad metastásica para MM son en orden de frecuencia: Lengua, encía, paladar y mucosa.^{6,10} Con frecuencia los pacientes presentan metástasis a ganglios cervicales.⁶

El MM es poco doloroso y lo más común es que presenten ulceración seguido de hemorragia e infección como síntomas más comunes por los que el paciente acude a la consulta.⁶ El color abarca desde azul hasta el negro incluyendo café, rojo, rosa y un tipo muy raro incoloro o amelanótico.¹⁶ El MM primario de cavidad bucal puede derivar de placas melanóticas raciales o de nevos pre-existentes.¹⁷⁻²⁰ Estos conceptos están ampliamente apoyados por el hecho de que los sitios donde estas alteraciones aparecen con mayor frecuencia son los mismos que para MM. De la misma forma, algunas otras situaciones (irritación crónica por dentaduras mal ajustadas, trauma oclusal e irritación química) también están relacionadas con la aparición de esta entidad.^{17,18,21}

Según Clark,²⁰ existen diferentes tipos de melanoma maligno: Léntigo maligno, propagante superficial y nodular. Asimismo, la variedad amelanótica está bien reconocida aunque es de difícil diagnóstico. Al microscopio se observan gran cantidad de células névicas de forma redonda, cuadrangular o fusiforme, con hipercromatismo marcado y nucléolos prominentes, dichas células se acomodan en nidos, hojas o aisladas.²¹ Se sugiere que la biopsia en este tipo de lesiones debe ser de preferencia excisional, si el tamaño del tumor lo permite. Es importante destacar que los resultados de Balch y col demostraron que el hecho de realizar una biopsia incisional o excisional no aumenta el riesgo de recurrencia ni disminuye la supervivencia.²² En cambio, es un procedimiento indispensable para el manejo adecuado de la lesión.²³ Existen otros procedimientos de ayuda diagnóstica como la inmunohistoquímica, microscopía electrónica, citoquímica y la reacción inversa de la polimerasa que son muy útiles en casos dudosos.²⁴⁻²⁶

El tratamiento de elección del MM primario de la cavidad bucal es la excisión amplia del tumor, con un margen de tejido normal, en algunas ocasiones, cuando existe invasión a ganglios linfáticos, está indicada la disección radical de cuello.²³ Sin embargo, el margen quirúrgico para su tratamiento no está bien establecido, existen lineamientos que se han recomendado para la práctica quirúrgica actual.²⁷ El pronóstico de la neoplasia depende de varios factores entre los cuales están: tiempo de evolución, tamaño, metástasis ganglionares o a otros órganos, presencia de ganglio centinela y recidiva.²⁸ El pronóstico de los MM de la boca es casi siempre pobre por las siguientes razones: La lesión por lo general es asintomática, la mucosa bucal sufre traumas repetidos, existe una gran vascularización en toda la boca y el tratamiento es difícil por lo complicado del tratamiento quirúrgico.¹²

Reporte del caso

En el Departamento de Patología de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología, UNAM, se revisó un paciente de sexo masculino de 35 años de edad. Al examen clínico se detectó una lesión de color negro, localizada en la encía vestibular anterior y superior involucrando la porción vestibular y el fondo de saco (*Figura 1*), extendiéndose hasta el tercio anterior del paladar de aproximadamente dos meses de evolución y tamaño aproximado de 1.5 x 3.5 cm. El paciente refirió que en ocasiones la lesión sangraba con abundancia, por lo que acudió a un consultorio dental privado, donde se le realizó extracción de los incisivos superiores involucrados. Al poco tiempo observó la presencia de dos pequeños "lunares" en la porción central. Antes de acudir a nuestro departamento, acudió con un médico particular, quien realizó una biopsia incisional y posteriormente la remitió con nosotros. Asimismo, el paciente refirió pérdida de peso no cuantificada.

A la inspección y palpación de la zona cervical, se observó que los ganglios cervicales superficiales estaban aumentados de volumen. En el lado derecho se encontró un nódulo de aproximadamente 5 cm (*Figura 2*) y en el izquierdo, otro de aproximadamente 2 cm, ambos tenían consistencia leñosa, eran dolorosos y fijos a planos profundos. El espécimen quirúrgico se procesó en forma rutinaria para elaborar cortes a 5 μ , los que se tiñeron con H y E y Fontana Masson. Se observó la presencia de una neoplasia maligna formada por gran cantidad de células con citoplasma anfófilo escaso, núcleo hipercromático, muchas de tamaño gigante, nucléolo prominente, células con dos núcleos, atipia celular, mitosis abundantes y gran cantidad de melanina en los compartimientos extra e intracelulares. Las células se dispusieron en forma difusa dentro de un estroma escaso de tejido conjuntivo (*Figura 3*). El paciente se remitió al Departamento



Figura 1. Apariencia clínica de la lesión que abarca encía anterior superior y se extiende al fondo de saco y el paladar.



Figura 2. Aspecto clínico del ganglio linfático cervical de aproximadamente 5 cm de diámetro.

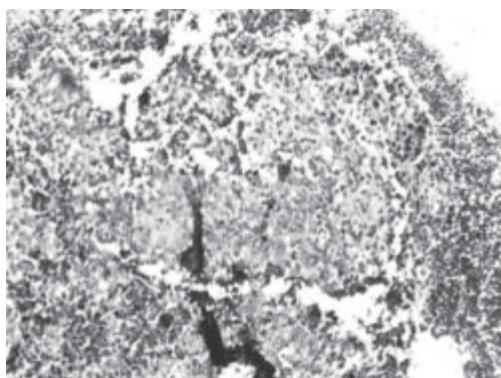


Figura 3. Aspecto microscópico de la neoplasia mostrando la presencia de células neoplásicas malignas distribuidas en forma difusa, hipercromatismo nuclear, algunas mitosis y abundante melanina. 100X (H y E).

de Oncología del Centro Médico Nacional (IMSS) donde fue recibido. El paciente no acudió a sus citas consecutivas, por lo que no fue posible realizar el tratamiento y murió varios meses después.

Discusión

El MM es una entidad importante dentro de la patología bucal y maxilofacial en virtud de que puede confundirse con diferentes alteraciones bucales que son comunes de encontrar. Es indispensable realizar diagnóstico diferencial con otras lesiones como la melanoplaquia (pigmentación racial), la cual es muy común en nuestra población mexicana. Para ello es importante evaluar el color de la piel del paciente y si éste es un sujeto pigmentado, es de esperar que encontremos manchas melánicas en diferen-

tes partes de la mucosa. El tatuaje por amalgama es frecuente encontrarlo en el reborde alveolar o en la encía. En este caso, el antecedente de una obturación con amalgama que fue retirada algún tiempo antes o durante la extracción dentaria nos darán el diagnóstico correcto.

Es bien conocido que el MM se caracteriza por manchas que van desde un color gris, negro hasta rojo que por lo general son elevadas, de límites mal definidos y de forma irregular. Con frecuencia sangran, generalmente son asintomáticas y crecen con rapidez. Esto puede ser útil para diferenciarlo de lesiones návicas benignas, las que son de límites bien definidos y por lo general no crecen. Cuando encontramos una lesión de este tipo, debemos ser muy cuidadosos en el interrogatorio para conocer su tiempo de evolución y en caso de que la lesión sea de reciente aparición, el paciente haya observado que crece o que aumenta de volumen, la biopsia está indicada con la realización de examen microscópico a la brevedad posible.

El papel del cirujano dentista es exclusivamente el de realizar el diagnóstico diferencial de la lesión y remitirlo al especialista en patología bucal, quien después de haber realizado el diagnóstico preciso, a su vez lo remitirá al cirujano oncólogo para su tratamiento definitivo. Es indispensable tener seguimiento del paciente cuando menos durante 10 años con el propósito de revisar al paciente y diagnosticar las posibles recidivas en forma temprana.

Bibliografía

1. Dirección General de Epidemiología Secretaría de Salud. *Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México. 1993-1995.* Secretaría de Salud. México, D.F. 1997.
2. Marshal MU, Karnell LH. The national cancer database. Report on melanoma. *Cancer* 1994; 74: 782.
3. Balch CM, Soong SJ, Milton GW, Shaw HM, McGovern VJ, McCarthy WH. Changing trends in cutaneous melanoma over a quarter century in Alabama, USA and South Wales, Australia. *Cancer* 1983; 52: 1748.
4. Rodríguez CS, Labastida AS, Huerta BJ, Zepeda G, Herrera CF. Aspectos epidemiológicos del melanoma en México. *Cirujanos* 1994; 61: 64.
5. Magaña-García M. Melanoma maligno. Aspectos clínicos en población mexicana. *Dermatología* 1991; 35: 313.
6. Chaudry AP, Hampell A, Gorlin RJ. Primary malignant melanoma of the oral cavity. Review of 105 cases. *Cancer* 1958; 11: 923-8.
7. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de Patología Bucal.* Interamericana. México, D.F. 1986.
8. Soman CS, Sirsat MV. Primary malignant melanoma of the oral cavity in Indians. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1974; 38: 426-34.
9. Steider ME, Reade PC. Malignant melanoma of the oral mucosa. *J Oral Maxillofac Surg* 1984; 42: 333-6.

10. Dale WR, Hirsch SA, Davis RG. Melanoma metastasis to an apical periodontal cyst. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1985; 59: 189-93.
11. Travis LW, Sutherland C. Coexisting lentigo of the larynx and melanoma of the oral cavity. Report of case. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1980; 88: 218-20.
12. Carroll MJ. Primary malignant melanoma of the oral cavity. A case report. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1973; 38: 147-9.
13. Moore GS, Martin H. Melanoma of the upper respiratory tract and oral cavity. *Cancer* 1955; 8: 1167-77.
14. Broomhall C, Lewis MG. Malignant melanoma of the oral cavity in Ugandan Africans. *Br J Surg* 1967; 54: 581-4.
15. Trodahl NJ, Sprague WG. Benign and malignant melanocytic lesions of the oral mucosa. *Cancer* 1970; 25: 812-23.
16. Day CL, Minh MC, Sober AJ, Fitzpatrick TB, Malt RA, Kopf AW, Harris TJ. Skin lesions suspected to be melanoma should be photographed. Gross morphological features of primary melanoma associated with metastasis. *J Am Med Assoc* 1982; 248: 1077-81.
17. Sirsat MW. Malignant melanoma of the mouth. *Indian J Med Res* 1974; 41: 119-22.
18. Milton GW, Lane-Brown MM. Malignant melanoma of the nose and mouth. *Br J Surg* 1965; 52: 484-93.
19. Weathers DR. Intraoral cellular nevi. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1985; 20: 467-75.
20. Clark WH, From L, Bernendino EA, Minh MC. The histogenesis and biological behavior of the primary human melanomas of the skin. *Cancer Res* 1969; 29: 702-5.
21. Herrera-Goepfert R. Aspectos generales en la patología del melanoma cutáneo. *Rev Inst Nal Cancerol Mex* 1998; 44: 189.
22. Balch CM, Reintgen DS, Kikwood JM, Houghton A, Peters L, Kian AK. Cutaneous melanoma. In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds). *Cancer, principles and practice of oncology*. 5th ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997.
23. de la Barreda-Becerril F, Alfeirán-Ruiz A, Escobar-Alfaro G. Melanoma cutáneo: Diagnóstico y manejo de la lesión primaria. *Rev Inst Nal Cancerol Mex* 1998; 44: 201.
24. Brown JP, Hewick RM, Hellstrom I et al. Human melanoma associated antigen p97 is structurally and functionally related to transferrin. *Nature* 1982; 296: 171.
25. Reintgen DS, Balch C, Kirkwood J, Ross M. Recent advances in the care of the patient with malignant melanoma. *Ann Surg* 1997; 225: 1.
26. López-Graniel C, Castilleros-Pinilla C, Saldívar-Moreno C. Biología molecular y micrometástasis del melanoma cutáneo. *Rev Inst Nal Cancerol Mex* 1998; 44: 197.
27. Ross MI. Surgery and other local-regional modalities for all stages of melanoma. *Curr Op Oncol* 1994; 6: 197.
28. Alfeirán-Ruiz A, Herrera-Gómez A, Escobar-Alfaro G, Torrescano S, Herrera-Goepfert R, de la Barreda-Becerril F. Utilidad de los estudios de inmunohistoquímica para detectar metástasis de melanoma en ganglios centinelas. *Rev Inst Nal Cancerol Mex* 1998; 44: 175.

Reimpresos:

Dra. Ma. Eugenia Pinzón-Tofiño.
 Universidad Nal. Autónoma de México.
 Facultad de Odontología.
 División de Estudios de Posgrado e Investigación.
 Ciudad Universitaria.
 México, D.F 04510.
 Tel: 5622-55-43.