

Manejo del melanoma en mucosa de cabeza y cuello.

Dr. Napoleón Yáñez V. *, Dr. Diego Pinto. F. **, Dr. Lauro Landázuri M. ***

* Cirujano Oncólogo Servicio de Mamas y Melanomas SOLCA – Quito

** Médico Postgradista R-4 de Cirugía Oncológica SOLCA – Quito

*** Médico Postgradista R-2 Cirugía Oncológica SOLCA-Quito

Servicio de Mamas y Melanomas del Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala

ABSTRACTO

Los melanomas de cavidad oral y en mucosa son extremadamente raros y aparecen de preferencia en el paladar y encías. Su pronóstico es malo debido a la agresividad de esta entidad y la ausencia de protocolos de tratamiento estandarizado.

El tratamiento más usual es la resección quirúrgica con márgenes amplios, aunque en pocos casos logra controlarse la enfermedad, y deberán complementarse con la disección ganglionar cervical en base a protocolos que se están estandarizando según la OMS. La adyuvancia con interferón es incierta y el tratamiento con quimioterapia está en fase de estudio. La inmunoterapia tiene resultados muy pobres y es muy controversia, hoy por hoy se utilizan vacunas en algunos centros en adyuvancia respaldados con estudios fase III.

Presentamos dos casos: el primero es un varón de 50 años, fumador, que presenta una lesión violácea de 3 cm. en el paladar, de 6 meses de evolución con crecimiento progresivo, que por biopsia incisional se determinó un melanoma maligno. El tratamiento fue de una maxilectomía de infraestructura, con colocación de prótesis en el maxilar superior en el mismo tiempo quirúrgico previamente diseñada.

El segundo caso se trata de un varón de 55 años quien acudió con una gran tumoración negruzca de 5x3 cm. de diámetro péndula dependiente de la conjuntiva palpebral con una base de 2 cm. que cubre el globo ocular y otra lesión de 1 cm. dependiente de la conjuntiva palpebral inferior. Se efectúa control local mediante exenteración orbitaria.

Palabras clave: Melanoma, exenteración orbitaria, cavidad oral, carúncula ocular.

ABSTRACT

Oral cavity and mucosa melanomas are extremely rare and appearing in the palate and gums. Their prognostic is bad due to its aggressiveness and the absence of standardized treatment protocols.

The most accepted treatment is surgical resection with wide margins, although in few cases it is able to control the disease, it's suitable cervical nodal dissection based on protocols that are standardizing with WHO. Adjuvant Interferon therapy is not established; and chemotherapy is in study phase. Immunotherapy has very poor results, and it is very controversial. Now there are vaccines that are being used like adjuvant, they are given by studies of phase III.

We present the case of a male, 50 years, smoker, that presents a purple lesion (3 cm). in the palate, 6 months of evolution with progressive growth, and by incisional biopsy determined malignant melanoma. The treatment was surgical, with Placement of prosthesis in the superior maxillar in the same surgical time.

The second case is a male, 55 years old with an a large dark tumor to 5x3 cm in diameter hanging from a palpebral conjunctiva with a 2 cm base covering the ocular globe and another tumor 1 cm which depends from the inner palpebral conjunctiva. Local control is performed by means of orbital exenteration.

Key words: Melanoma, orbital exenteration, oral cavity, ocular caruncle

Correspondencias y Separatas:

Dr. Napoleón Yáñez V.
Servicio de Mamas y Melanomas
Hospital Oncológico Solón Espinoza
Avda. Eloy Alfaro y Los Pinos
Quito - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

Introducción.

El término melanoma fue descrito por primera vez en 1856 por Weber y el primer caso en cabeza y cuello en 1885 por Lincoln. Representan entre el 0,8-2% de todos los melanomas y entre el



6-20% de los tumores de cabeza y cuello, el promedio de edad está entre los 55-75 años.

La presentación más habitual dentro de la cavidad oral es en el alveolo dental y en el paladar duro, además del seno maxilar.

La incidencia del melanoma en el Ecuador de los datos tomados del Registro Nacional de Tumores en los años 2000 – 2002 para el melanoma del paladar fueron 2 pacientes y para el melanoma en ojo y anexos un total de 4 pacientes distribuidos en 3 hombres y 1 mujer.

Se ha calculado que el impacto de presentar Melanoma a nivel mundial según el SEER es el 1,1% a los 85 años de edad en la población general, esto es, el riesgo durante toda la vida desde el nacimiento hasta los 85 años de edad es de 1 en 90, el riesgo en los sujetos de raza blanca es 10 veces mayor (1,2%) que en los de raza negra (0,1%).

La supervivencia difiere según los grupos raciales, en los sujetos de raza blanca se tiene el 85,3% en comparación con 70,3% en los sujetos de raza negra.

El melanoma en la mucosa es un tumor maligno originado a partir de los melanocitos presentes en la mucosa derivada del ectodermo embrionario como es la mucosa de la cavidad oral y nasal, lo que explica lo infrecuente que son los melanomas en mucosas derivadas del endodermo, como es la mucosa del tubo digestivo.

Los melanomas de cavidad oral son extremadamente raros y de mal pronóstico, ello se debe a varios hechos: permanecen asintomáticos durante mucho tiempo, lo que justifica su descubrimiento tardío, los bordes carecen de la típica induración de los carcinomas, lo que dificulta su reconocimiento como malignos, y además la rica vascularización de la zona contribuye a su diseminación.

Caso clínico (1)

Paciente masculino de 50 años, piel tipo III, fumador de 1-2 unidades al día desde hace 30 años, sin antecedentes patológicos de importancia, quien acude a la consulta por presentar una lesión a nivel de paladar duro, de 6 meses de evolución, de crecimiento progresivo, que produce dolor ocasional y molestias durante la fonación y la masticación. (fig. 1).

Al examen físico se evidencia una lesión dura de aproximadamente 3-4 cm de diámetro, violácea, localizada en el paladar duro hacia su lado derecho sin sobrepasar la línea media, por sospecha diagnóstica de Melanoma se realiza biopsia incisional cuyo estudio histopatológico reporta Melanoma Maligno Nodular.

La TAC de macizo facial reporta como único hallazgo la lisis

de la cresta nasal por la lesión tumoral, el resto de los estudios de extensión son negativos para actividad tumoral local y a distancia, no hay evidencia de adenopatías cervicales. (Fig.2).

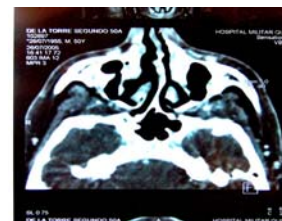


Fig. 1. Aspecto de la lesión en el paladar.

El tratamiento en este caso se efectuó de la siguiente forma:

- 1) Vaciamiento cervical Tipo III involucrando parotidectomía derecha y submaxilectomía ipsilateral.
- 2) Maxilectomía derecha de la infraestructura
- 3) Tapizamiento del área cruenta del antro maxilar con injerto libre de piel tomada del muslo ipsilateral.
- 4) Colocación de prótesis.

El estudio histológico de la pieza indica Tumor maligno de células de tipo epiteloide y fusocelular, a favor de Melanoma con los bordes de resección comprometidos. El postoperatorio cursó sin complicaciones, el injerto libre de piel y la prótesis dental cursó bien y sin rechazo.

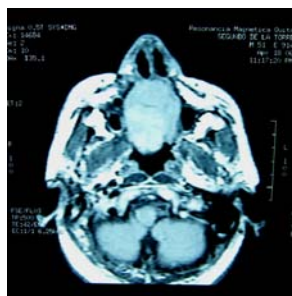


Fig. 2. - RNM de Macizo facial: En nasofaringe lateralizada a la derecha una masa tumoral sólida de 6 cm. de diámetro, que impronta hacia la fosa nasal derecha, con desviación del septum, al parecer no hay lisis del antro maxilar, fosas pterigomaxilares y celdillas etmoidales libres.

Caso Clínico (2)

Paciente masculino de 55 años, piel tipo III, acude un año después de haberse efectuado una biopsia de una pequeña nodulación negruzca localizada en la carúncula del ojo derecho, cuyo reporte histopatológico fue de un Melanoma Nodular en

fase de crecimiento vertical Breslow 5 mm con bordes comprometidos se estadificó como un T4a NX MX.

En la actualidad presenta una masa tumoral de 5x3 cm, localizada a nivel ocular derecho dependiente de la conjuntiva palpebral superior y otra lesión nodular negruzca de 1,5 cm dependiendo de la conjuntiva inferior, además con disminución de la agudeza visual. (Fig. 1 y 2).

Se realiza exámenes de extensión, como TAC cráneo sin evidencia de **metástasis** en área cerebral, en forma incidental en globo ocular derecho hay el recubrimiento total de la córnea por lesión hiperdensa de contornos regulares, la misma que no guarda planos de clivaje con la conjuntiva.



Fig. 1.



Fig. 2.

Se realiza Exenteración orbitaria derecha, con hallazgos operatorios de una lesión tumoral ulcerada negruzca, péndula con una base de implantación a nivel de la conjuntiva palpebral superior, sin evidencia de infiltración hacia la conjuntiva ocular ni tampoco a la piel palpebral superior.

Las paredes óseas de la cavidad orbitaria están normales y el nervio óptico macroscópicamente normal. El estudio histopatológico informa que la resección en bloque o Exenteración orbitaria derecha incluye la lesión nodular melánica de la conjuntiva palpebral inferior.

La cavidad orbitaria cruenta luego de la resección se procede a tapizarla con un injerto libre de piel tomada de la cara anterior del muslo ipsilateral.



Discusión:

El melanoma en paladar y en la conjuntiva ocular no son muy frecuentes. Los síntomas del melanoma de mucosa incluyen sangrado y raramente dolor. De hecho, el sangrado se ha referido como el signo más frecuente.

Es necesario un diagnóstico diferencial con otras entidades malignas, como carcinoma pobremente diferenciado y linfoma anaplásico de células grandes, con otras lesiones pigmentadas melánicas, como la mácula melanótica, el nevus melanocítico de la mucosa, el nevus azul, el melanoacantoma y el nevus de Spitz.

Los pacientes que presentan un melanoma verdadero de la mucosa tienen mal pronóstico, con independencia del tratamiento quirúrgico que se realice, por lo general no se recomienda un tratamiento quirúrgico agresivo para los pacientes con enfermedad clínicamente localizada. (Tablas 1 y 2).

Tabla 1.
Recurrencia local según su profundidad.

4 mm.	12 %
< 0,75 mm.	1,3 %

Tabla 2.
Supervivencia a 5 años según los tipos histológicos.

Variante	Supervivencia 5 años	Supervivencia 10 años
Lentigo maligno melanoma	92 %	86 %
Melanoma de extensión superficial	79 %	68 %
Melanoma nodular	67 %	56 %

Esta tabla se refiere a estadios I-II

Tabla 3.
Estudios comparativos de sobrevida en relación al vaciamiento cervical electivo.

BALCH Vaciamiento cervical electivo	supervivencia 5 años
NO	58%
SI	86%

Profundidad 1,5 - 3,99 mm + CUELLO N0

O'BRIEN Vaciamiento cervical electivo	supervivencia 5 / 10 años
NO	72% / 57%
SI	84% / 76%

Reservamos la resección extensa para los tumores voluminosos o recurrentes y simultáneamente la disección terapéutica de los ganglios linfáticos.

Los melanomas se diseminan tanto por vía linfática como por vía hematológica, en caso de las lesiones de espesor intermedio la proporción de diseminación linfática es más alta que en el caso de las lesiones de mayor grosor, en las cuales predomina la diseminación hematológica.

La American Surgical Association sugiere que la Disección Ganglionar Planificada puede mejorar la supervivencia en los pacientes con lesiones de 1,1 a 2mm de espesor (supervivencia a 5 años de 92% en el caso de DGP contra 84% en el grupo de observación). En general las tasas de supervivencia a 5 años de los pacientes que tienen solo afectación microscópica de los ganglios regionales por melanoma es de cerca del 53% en tanto que en los individuos con ganglios positivos clínicamente palpable es del cerca del 26%. (Tabla 3).

Bibliografía

- Hicks MJ, Flaitz CM. Oral mucosa melanoma: epidemiology and pathology. *Oral Oncol* 2000;36:152-69.
- Dematos P, Tyler D, Seigler HF. Malignant melanomas of the mucous membranes: a review of 119 cases. *Am Surg Oncol* 1998;5:733-42.
- Rapidis AD, Apostolidis C, Vilos G, Valsamis S. Primary malignant melanoma of the oral mucosa. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61:1132-9.
- Landa S, Ereno C, Montes E, Santamaria J, Perez I. Metastatic malignant melanoma of intraparotid lymph nodes. *Med Oral*. 1997;2:49-52.
- Oriba HA, Stanley R, Snow SN, Mohs FE. Oral malignant melanoma treated with Mohs micrographic surgery by fixed-tissue technique. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;124:199-201.
- Cebrian Carretero JL, Chamorro Pons M, Montesdeoca N. Melanoma of the oral cavity. Review of the literature. *Med Oral* 2001;6:371-5.
- Prasad ML, Patel S, Hoshaw-Woodard S, Escrig M, Shah JP, Huvos AG, Busam KJ. Prognostic factors for malignant melanoma of the squamous mucosa of the head and neck. *Am J Surg Pathol* 2002;26:883-92.
- Ostman J, Anneroth G, Gustafson H, Tavelin B. malignant oral tumors in Sweden 1960-1989- an epidemiological study. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1995;31:106-12.
- Berthelsen A, Andersen AP, Jensen TS, Hansen HS. Melanomas of the mucosa in the oral cavity and the upper respiratory passages. *Cancer* 1984;54:907-12.
- Rapini RP, Golitz LE, Greer Jr RO, Krekorian EA, Poulson T. Primary malignant melanoma of the oral cavity. A review of 177 cases. *Cancer* 1985;55:1543-51.
- 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.
- Takagi M, Ishikawa G, Mori W. Primary malignant melanoma of the oral cavity in Japan. With special reference to mucosal melanosis. *Cancer* 1974;34:358-70.
- 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.



- | | |
|---|--|
| 14. Kotani K, Shindoh M, Yamazaki Y, et al. Amelanotic malignant melanomas of the oral mucosa. Br J Oral Maxillofac Surg 2002;40:195-200. | 19. Manolidis S, Donald PJ. Malignant mucosal melanoma of the head and neck: review of the literature and report of 14 patients. Cancer 1997;80:1373-86. |
| 15. Greene GW, Haynes JW, Dozier M, et al. Primary malignant melanoma of the oral mucosa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1953;6:1435. | 20. Yip NW, Eisen MN, A'Hern R, Rhys-Evans P, Archer D, Henk JM, Gore ME. Mucosal malignant melanoma of the head and neck: the Marsden experience over half a century. Clin Oncol 2003;15:199-204. |
| 16. Delgado Azañero WA, Mosqueda Taylor A. A practical method for clinical diagnosis of oral mucosal melanomas. Med Oral 2003;8:348-52. | 21. Shah JP, Huvos AG, Strong EW. Mucosal melanomas of the head and neck. Am J Surg 1977;134:531-5. |
| 17. Villarreal PM, Junquera LM, Herreros M, Ferreras J, Rodriguez O. Maxillary undifferentiated carcinoma with rhabdoid features. Med Oral. 2001 Jan-Feb;6(1):31-5. | 22. Seigler HF. Mucosal melanoma. J Surg Oncol 2004;86:187-8. 23. Liversedge RL. Oral malignant melanoma. Br J Oral Surg 1975;13:40. |
| 18. Snow GB, van der Waal I. Mucosal melanomas of the head and neck. Otolaryngol Clin North Am 1986;19:537. | 24. Umeda M, Shimada K. Primary malignant melanoma of the oral cavity: its histological classification and treatment. Br J Oral Maxillofac Surg 1994;32:39. |

Del Editor

OBJETIVOS Y ALCANCES DE ONCOLOGÍA

“ONCOLOGÍA” es una revista que publica temas inéditos de oncología clínica, epidemiología del cáncer y afines en forma de:

- Artículos o trabajos originales
- Revisiones bibliográficas
- Reportes de casos clínicos
- Temas de actualidad y/o reseña histórica
- Cartas al editor

Todos los trabajos enviados a la revista, serán sometidos al proceso de arbitraje editorial.

FUME Y VIVIRÁ POCO

El cigarrillo contiene sustancias químicas nocivas para la salud de quien lo consume y de quienes lo rodean. Algunas de ellas son: **ACETONA**, capa de disolver pintura de uñas y pegamento; **AMONÍACO**, como el de limpiar baños; **ARSÉNICO**, que es veneno; **BENCENO**, que es un disolvente químico; **BUTANO**, como el de los fósforos; **CIANURO**, que es otro veneno; **POLONIO**, que es un componente de desperdicio ácido nuclear; **CADMIO**, que es usado en pilas recargables; **MONÓXIDO DE CARBONO**, como el de los autos; **ÁCIDO CLORHÍDRICO**, usado en cámaras de gas para ejecuciones.... **NO FUME**

No Consuma Tabaco y Respete al No Fumador

