

**MELANOMA DE LA CAVIDAD ORAL.****MALIGNANT MELANOMA OF THE ORAL CAVITY.**

Burgos A, Kaplan R, Rodríguez N, Meza Vetanzo, Z, Morelato R, Piccinni DJ.

**RESUMEN**

El melanoma de la cavidad oral es una neoplasia rara que representa sólo el 0,5 % de las neoplasias malignas de la cavidad oral y menos del 10 % de todos los melanomas de la economía. Su mayor incidencia está entre los 40 y 70 años con un pico entre los 50 y 60 años. Es frecuente el hallazgo de lesiones pigmentadas como antecedente de esta neoplasia. Entre los factores predisponentes se incluyen traumas mecánicos por prótesis mal adaptadas, radiación solar y agentes químicos. Aunque el melanoma de cavidad oral puede permanecer asintomático durante un tiempo, la presentación clínica incluye hemorragia, ulceración y dolor. Su crecimiento es rápido y en general de tipo vertical, con precoz invasión a estructuras óseas y ganglionares. Es de mal pronóstico, con una escasa sobrevida a los 5 años, siendo el tratamiento de elección quirúrgico. El diagnóstico precoz, el reconocimiento de las lesiones por médicos y odontólogos y la biopsia de las lesiones pigmentadas de la boca, recientes o antiguas, que experimenten cambios (úlceras, sangrado, etc.) contribuirán para ofrecer al paciente un tratamiento más efectivo y una mayor sobrevida. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 78 años de edad con una lesión tumoral en el reborde dental, rodeada de manchas melánicas, la cual fue diagnosticada como consistente con melanoma invasor y confirmado con técnicas de inmunohistoquímica.

Palabras claves: melanoma, cavidad oral, rara, mal pronóstico.

**ABSTRACT**

Malignant melanoma of the oral cavity is a rare neoplasm and it is only 0.5 % of the malignant neoplasms of the oral cavity, and less than 10 % of all the malignant melanomas. The mean age for patients with oral melanoma is from 40 to 70 years; with a higher frequency between the 50 and 60 years. Pigmentation areas are frequently noted before diagnosis of this neoplasm. Some predisposing factors are mechanical traumas resulting from not well adapted prostheses, solar radiation, and chemicals.

Although oral cavity melanomas can remain asymptomatic during a time, the clinical presentations include hemorrhage, ulceration and pain. Melanomas grow fast, generally in a vertical growth phase, with early invasion of bones and lymphatic nodes. The prognosis for patients with melanoma is poor with a 5-year survival rate. The election treatment is surgical. The early diagnosis, the recognition of the lesions for doctors and odontologists, and the biopsy of recent or old pigmentation areas in the mouth that they have some changes (ulceration, bleeding, etc.) will contribute to offer patients a more effective treatment and a higher survival rate.

We will present the case study of a 78-year-old male patient with a tumor in the dental ridge surrounded by melanotic spots, which was diagnosed as invasive melanoma and confirmed with immunohistochemical techniques.

Key words: melanoma, oral cavity, rare, poor prognosis.

III Cátedra de Patología. Servicio de Patología Hospital De Urgencias Catamarca 446. Córdoba 5000. Argentina  
[Paturg3@yahoo.com.ar](mailto:Paturg3@yahoo.com.ar)

Fecha de envío: 14-06-2008

Fecha de aceptación: 01-08-2008

## INTRODUCCIÓN

El melanoma primario de la cavidad oral es una neoplasia rara (1, 2). Representa el 0,5 % de todos los tumores malignos de la boca (3) y el 1-8 % de todos los melanomas (4-7).

Se presenta con mayor frecuencia entre la 4<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup> década de la vida, teniendo un pico de incidencia entre la 5<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup> década (2, 4-9), con un rango entre los 4 y 92 años (2). En relación a su presentación según el sexo, la mayoría de los autores coincide en un predominio para el sexo masculino (2, 5-9), habiendo una prevalencia en las razas amarilla y negra (2, 5, 8, 12).

La localización mas frecuente es el paladar duro, seguido por la encía superior (1, 2, 4-12).

Como factores predisponentes se citan: radiación solar, trauma mecánico por prótesis mal adaptada y agentes químicos entre otros (8).

Las lesiones melánicas previas de la zona son un antecedente frecuente en el melanoma de la cavidad oral (1, 5, 8, 9). Macroscópicamente es una lesión tumoral pigmentada que puede ulcerarse, de crecimiento rápido (generalmente vertical) y con temprana invasión a estructuras óseas (2, 4, 5, 7, 8, 10). También pueden darse las formas amelanóticas, aunque más raramente (2, 5). El melanoma oral suele permanecer asintomático bastante tiempo y debutar con hemorragia como signo más común, dolor y ulceración (3, 7, 8).

Tiene tendencia a la invasión local y ganglionar (3, 8, 10). Su pronóstico es malo, mucho más agresivo que el melanoma de otras localizaciones, con una supervivencia del 7 % a los 5 años (2, 3, 7, 9, 11).

Entre los diagnósticos diferenciales deben considerarse: mácula melanocítica, melanosis asociada a tabaco, síndrome de Peutz Jeghers, enfermedad de Addison, tatuaje por amalgama, sarcoma de Kaposi, linfoma y carcinoma poco diferenciado (12, 13).

El tratamiento de elección es quirúrgico, que puede asociarse a radio y / o quimioterapia (2, 3, 7, 9, 11, 14).

## CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 78 años de edad con lesión tumoral de reborde dental que sangraba, rodeada de manchas melánicas. (Fig. 1). Entre sus antecedentes epidemiológicos figuraba el haber estado expuesto a las radiaciones solares durante

mucho tiempo, ya que era un trabajador rural.



Fig. 1: Lesión tumoral de reborde dental rodeada de manchas melánicas.

Se decidió hacer tomas biopsias de las manchas melánicas y de la lesión tumoral propiamente dicha.

Se recibieron en el servicio de anatomía patológica dos frascos rotulados como: A) Manchas negruzcas de fondo de surco y encía y B) Lesión tumoral.

El frasco A contenía cuatro trocitos gris negruzcos de tejidos, el mayor de 4 x 2 mm. El frasco

B dos fragmentos gris-castaños de tejidos de 8 x 4 x 2 mm cada uno aproximadamente.

Las secciones histológicas mostraron en el material del frasco A células tumorales con pigmento melánico en el límite estromático-epitelial (zona de origen), migrando por el epitelio mucoso hasta la superficie. (Fig. 2)

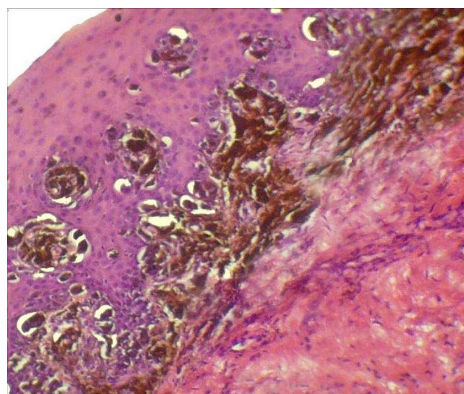
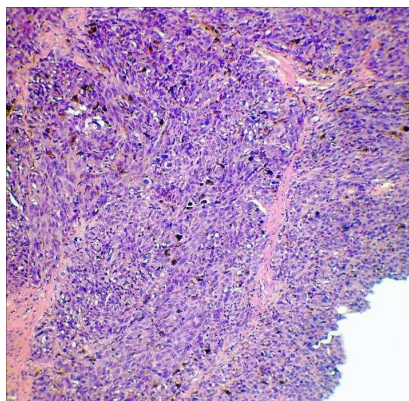


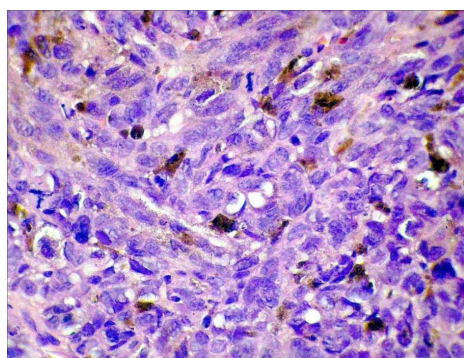
Fig. 2: Límite estromático-epitelial (zona de origen), con migración de células tumorales pigmentadas a través del epitelio. 100X

En el material del frasco B se observaba una población de células neoplásicas que adoptaba patrones de desarrollo epitelioide y fusiforme (Fig. 3), con acentuada anisocariosis, mediana actividad mitótica y moderada cantidad de pigmento pardo (Fig. 4). La neoplasia infiltraba todo el espesor de los

trozos resecaados, no quedando tejido libre de tumor.



**Fig. 3:** Células tumorales que adopta patrones de desarrollo epitelioides y fusiformes. 100X



**Fig. 4:** Células tumorales con acentuada anisocariosis y moderada cantidad de pigmento pardo. 400 X

a inmunomarcación arrojó los siguientes resultados: proteína S-100: (+). Melan A: (+) y Ki-67: 10 %.

Se concluyó en el informe anatomopatológico que la lesión tumoral era consistente con un melanoma invasor, rodeado por áreas de melanoma in situ (manchas melánicas)

## DISCUSION

El Melanoma maligno primario de la cavidad oral es una patología muy poco frecuente, que representa sólo el 0,5 de todos los tumores malignos de la boca y menos del 10% de todos los melanomas (1-4, 7). Su incidencia es mayor entre la 4<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup> década de la vida, con predominio en el sexo masculino (2, 4-9), ajustándose nuestro paciente a esta

frecuencia (paciente de sexo masculino de 78 años). Se citan como factores predisponentes a las radiaciones solares, traumas mecánicos por prótesis mal adaptadas y algunos agentes químicos entre otros (8). En el caso motivo de esta presentación el paciente había estado expuesto a las radiaciones solares durante mucho tiempo, dado que se desempeñó como trabajador rural.

Es importante destacar la presencia de algunas lesiones melánicas como un antecedente frecuente de estas neoplasias (1, 5, 8, 9), tal como sucedió en el caso que presentamos.

Si bien el melanoma oral puede permanecer asintomático durante un tiempo, la ulceración, el sangrado y dolor suelen ser su forma clínica de presentación más frecuente (3, 7, 8), constituyéndose en nuestro caso la hemorragia como el síntoma dominante. El pronóstico ominoso de esta neoplasia (2, 3, 7, 9, 11) enfatiza la necesidad de un diagnóstico precoz, como así también el reconocimiento de las lesiones pigmentadas de la cavidad oral por médicos y odontólogos.

En relación al diagnóstico diferencial de las lesiones pigmentadas de la mucosa oral, hay que tener en cuenta, entre otros, a los tatuajes (amalgama, grafito), las máculas melánicas y pigmentaciones fisiológicas raciales o postinflamatorias, los nevos y el melanoacantoma. Algunas enfermedades sistémicas como la displasia fibrosa polioestótica, neurofibromatosis tipo I y enfermedades de Peutz-Jeghers y Addison cursan con manchas melánicas orales (12, 13).

El tratamiento de elección para el melanoma oral es la cirugía, que puede complementarse o sustituirse (en casos de compromiso local avanzado) con quimio y /o inmunoterapia (2, 3, 7, 9, 11, 14). En nuestro caso se decidió comenzar con quimioterapia, pero el paciente desmejoró rápidamente y falleció.

Es importante realizar biopsia de las lesiones pigmentadas de la boca, ya sea de reciente aparición como de aquellas más antiguas, especialmente las que experimentan cambios tales como ulceración, sangrado etc.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reséndiz-Colosía JA, Valenzuela-Flores AG, Gallegos-Hernández FJ, Flores-Díaz R, Barroso-Bravo S, Rodríguez-Cuevas VSA. Melanoma primario de la mucosa oral. Experiencia en un hospital de oncología. *Cir Ciruj* 2007;75: 257-62.
2. You-Jin Leea, Noriyuki Nagaia, Chong-Huat Siarb, Keisuke Nakanoa, Hitoshi Nagatsuka, Hidetsugu Tsujigiwa, Cheng-Hsiung Roan, Mehmet Gunduz. Angioarchitecture of Primary Oral Malignant Melanomas. *Histochem Citochem* 2002;50:1555-62.
3. Emmanouil K Symvoulakis, Dionysios E Kyrmizakis, Emmanouil I Drivas, Anastassios V Koutsopoulos, Stylianos G Malandrakis, Charalambos E Skoulakis, John G Bizakis. Oral mucosal melanoma: a malignant trap. *Head & Face Medicine* 2006;2: 7: 10. 1186 / 1746-160X-2-7.
4. Lopez-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.
5. Mustafa Göregen, Binali Cakur, Nesrin Gürsan, O. Murat Bilge. Primary malignant melanoma of the oral cavity. *The Internet Journal of Dental Science.* 2006; Vol 4 Number 1.
6. Shah J, Jain M. Malignant melanoma of the oral cavity: Report of two cases. *J Oral Maxillofac Pathol* 2006;10:24-7.
7. Nisha J, D'Silva ZK, Polverini PJ., Hanks CT, Paulino AF. Malignant Melanoma of the Oral Mucosa in a 17-Year-Old Adolescent Girl. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine.* 2005;126:1110-13 .
8. López Chagin A ,Sardi J. Melanoma maligno de la cavidad bucal . Reporte de un caso. *Home Ediciones* 2003;41:35-41.
9. Hashemi Pour MS. Malignant melanoma of the oral cavity: A review of literature. *Indian Journal of Dental Research* 2008;19: 47-51
10. Infante Cossío P, García-Perla García A, Mayorga Jiménez F, Gutiérrez Pérez JL, Scherba J, Gavilán Carrasco F. Melanoma maligno de la cavidad oral: Estudio de tres casos. *Revista española de cirugía oral y maxilofacial: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, ISSN 1130-0558, 1999; 21:287-93*
11. Colella G, Faillace G, Santagata M, Tartaro GP. Case of primary malignant melanoma oral: *Minerva Stomatol.* 1998;47:535-40.
12. Cebrian Carretero JL, Chamorro Pons M, Montesdeoca N. Melanoma of the oral cavity. Review of the literature. *Med Oral.* 2001;6:371-5.
13. Eisen D, Voorhees J. Oral melanoma and other pigmented lesions of the oral cavity. *J Am Acad Dermatol* 1991;24: 527-37.
14. Villarreal Renedo, P.M. et al. Tratamiento de los melanomas cutáneos de la cabeza y el cuello: Estado actual. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2005, 27:183-95.