

CASO CLÍNICO

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MELANOMA METASTÁSICO MANDIBULAR.

REPORTE DE CASO.

Ortíz A, Isidoro ¹  (oraris@hotmail.com) ; Fariñas F, Gisselle ²  (gissellefarinas@gmail.com) ; Peña Salazar, Adriana ³  (adriana240594@gmail.com); Rodríguez, Freddy ⁴  (freddyrodriguez.odont@gmail.com) ; Villarroel, Mariana ⁵  (reportesvillarroel@gmail.com)

1 Profesor Asistente de la Cátedra Cirugía Bucomaxilofacial Facultad de Odontología, U.C.V

2 I Especialista en Cirugía Bucal U.C.V.

3 Odontólogo U.C.V.

4 Residente del Postgrado de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología, U.C.V.

5 PhD Patología Bucal y Maxilofacial, MSc Medicina Estomatológica, MSc Bioética, Especialista tratamiento del tabaquismo

Autor de contacto: Adriana Peña Salazar

e-mail: adriana240594@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Ortíz I, Fariñas G, Peña A, Rodríguez F, Villarroel M. Presentación atípica de melanoma metastásico mandibular. Reporte de caso. *IDEULA*. 2023;(11):18-28.

APA: Ortíz, I., Fariñas, G., Peña, A., Rodríguez, F., Villarroel, M. Presentación atípica de melanoma metastásico mandibular. Reporte de caso. *IDEULA*, (11), 18-28.

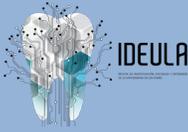
Recibido: 24/3/2023

Aceptado: 16/5/23

RESUMEN

El melanoma maligno es una neoplasia agresiva e impredecible que puede manifestarse en cavidad bucal como una lesión primaria o como una lesión metastásica proveniente de otros órganos a distancia, las ubicaciones metastásicas más comunes del melanoma son: cerebro, pulmones, esqueleto, ganglios linfáticos, entre otras. Las lesiones metastásicas de melanoma en mandíbula son inusuales y agresivas debido a la ausencia de sintomatología lo que conlleva a una detección tardía, esto hace que tenga un mal pronóstico. En este artículo se presenta el reporte de un caso de melanoma metastásico mandibular secundario a una lesión tumoral primaria en fémur y pelvis luego de varios años de remisión, en una paciente femenina de 56 años de edad, procedente de la ciudad de Caracas, Venezuela. Se describe evolución de la lesión más tratamiento inicial de melanoma metastásico mandibular, sin sintomatología asociada a la lesión. (Enucleación quirúrgica con legrado óseo del hueso remanente, diagnóstico imagenológico e histopatológico). Hasta los momentos no hay un tratamiento específico a seguir para el melanoma metastásico mandibular, lo que se sugiere es un tratamiento quirúrgico y quimioterapia combinado con terapias coadyuvantes como radioterapia, e inmunoterapia.

Palabras Clave: Melanoma, metástasis, mandíbula, neoplasia.



ATYPICAL PRESENTATION OF MANDIBULAR METASTATIC MELANOMA. CASE REPORT

ABSTRACT

Malignant melanoma is an aggressive and unpredictable neoplasm that can manifest in the oral cavity as a primary lesion or as a metastatic lesion from other distant organs. The most common metastatic locations of melanoma are: brain, lungs, skeleton, lymph nodes, among others. others. Metastatic lesions of melanoma in the jaw are unusual and aggressive due to the absence of symptoms, which leads to late detection, which means that it has a poor prognosis. In this article present a case report of metastatic mandibular melanoma secondary to a primary tumor lesion in the femur and pelvis after several years of remission, in a 56-year-old female patient, from Caracas-Venezuela. Evolution of the lesion plus initial treatment of metastatic mandibular melanoma is described (surgical enucleation with bone curettage of the remaining bone, imaging and histopathological diagnosis). Until now there is no specific treatment to follow for metastatic mandibular melanoma, what is suggested is surgical treatment and chemotherapy combined with adjuvant therapies such as radiotherapy and immunotherapy.

Key Words: Melanoma, metastasis, mandible, neoplasm.



INTRODUCCIÓN

Las primeras descripciones del melanoma cutáneo y sus múltiples entidades se remontan al siglo V a.C. y se atribuyen a Hipócrates cuando hacía referencia a un «tumor negro fatal». Desde ese momento no se encontraron referencias claras en la bibliografía médica europea sobre el tema hasta el periodo de 1651 a 1757¹, en el que trabajos de diversos autores describían tumores negros fatales con metástasis y fluido negro en el cuerpo, descripciones sugestivas de melanoma. Norris describe la posible relación del melanoma con factores ambientales; lo vinculó principalmente con la exposición a los rayos UV, la polución industrial y el cigarrillo^{1,2}. Asimismo, fue pionero en asociar a los pacientes con melanoma con el fenotipo de pelo claro y piel pálida. Diferenció los melanomas entre pigmentados y no pigmentados, observó su tendencia a diseminarse por varios órganos y que en etapas avanzadas ni la cirugía ni otros tratamientos eran efectivos.

El melanoma es una neoplasia maligna que se origina de lesiones melanóticas o en los melanocitos con un alto grado de plasticidad fenotípica, que se localiza principalmente en la piel, pero también se encuentra en los ojos, oídos, estructuras óseas y cavidad bucal³. Tiene un comportamiento agresivo e impredecible con tendencia a producir metástasis, la diseminación metastásica al esqueleto axial es relativamente común, mientras que la metástasis en mandíbula es poco frecuente y representa una enfermedad en etapa tardía. La metástasis de este tipo de melanoma ocurre por vía hematógena (distante) o propagación linfática (regional o en tránsito)³, esta es una de las razones por las que se propagan a la región de cabeza y cuello. Se dice que se disemina por medio de canales vasculares, a través del plexo venoso vertebral de Batson³. Lo más común es que involucre la parte posterior de la mandíbula debido al mayor volumen de médula ósea roja y alta vascularización, lo que la hace un sitio favorable para la implantación de émbolos metastásicos.

Clínicamente el Melanoma metastásico mandibular (M.M.M.) suele ser asintomático en las primeras etapas, lo que puede resultar en una detección retardada y explicar el mal pronóstico de la enfermedad. Los pacientes M.M.M tienen una tasa de supervivencia de 5 años informada del 10% al 25%. El M.M.M muestra un comportamiento agresivo, un patrón de crecimiento vertical,



un alto riesgo de desarrollar metástasis y una baja tasa de supervivencia ^{1,3}. En las primeras etapas, se puede buscar atención para crecimientos pigmentados o con edemas. En las últimas etapas, los síntomas comunes incluyen ulceración, sangrado, parestesia, entre otros. La terapia convencional para el M.M.M. es la exéresis quirúrgica con márgenes negativos adecuados y radioterapia complementaria. La quimioterapia complementaria y la inmunoterapia pueden realizarse para minimizar la metástasis a distancia del tumor, sin embargo, la quimioterapia produce una tasa de respuesta baja ⁴. El M.M.M. recurrente puede desarrollarse de 10 a 15 años después de la terapia primaria, con más de la mitad de todas las recidivas y metástasis ocurridas dentro de los 3 años ⁴.

El melanoma metastásico en mandíbula representa una rara entidad clínica que puede surgir muchos años después del tratamiento realizado a la lesión primaria^{1,3,4}. Este caso demuestra la dificultad de un diagnóstico precoz por la ausencia de los síntomas. El uso temprano de una Resonancia Magnética con o sin uso de gammagrafía ósea puede proporcionar la sensibilidad necesaria para la identificación temprana de este tipo de lesiones donde la clínica, puede o no generar alta sospecha de malignidad.

El objetivo de este estudio es presentar un caso de melanoma metastásico mandibular, describir sus características clínicas, imagenológicas e histopatológicas.

REPORTE DE CASO

Se trata de paciente femenina de 56 años de edad, mestiza, natural y procedente la ciudad de Caracas-Venezuela, de ocupación ama de casa, que acude a nuestra consulta en Julio de 2018 refiriendo presentar una lesión en la zona postero-inferior derecha, con presencia de exudado purulento. Clínicamente la mucosa se observó indemne sin hallazgos de lesión. Refiere que, en el año 2015, le realizaron una serie de tratamientos en la zona correspondiente al 4.6, iniciaron con el tratamiento de sistema de conductos por presencia de sintomatología dolorosa, el cual no presento resultados exitosos. Por lo que decidieron, en el año 2016, realizar una cirugía periapical de la cual no se obtuvo un resultado satisfactorio, por lo que meses después procedieron con la



exodoncia del diente involucrado, razón por la que acude a nuestra consulta para buscar el tratamiento definitivo de la lesión. La paciente refiere, en sus antecedentes personales, Hipertensión arterial controlada con Benicar® de 20 mg una tableta diaria en las mañanas, refiere haber presentado en el año 2014, un Melanoma en miembro inferior derecho (Fémur y Pelvis) tratado con Quimioterapia, presentando una remisión al momento de nuestra consulta. No se presentaron hallazgos clínicos en la zona donde se presentaba la lesión, al momento de acudir a consulta, únicamente se pudo evidenciar a través de estudios imagenológicos que se exponen a continuación.

La lesión se observa mediante una Radiografía Periapical de la zona y un estudio imagenológico CT / PET-SPECT. La radiografía periapical (Fig. 1) se describe como una imagen radiolúcida de aproximadamente 2.5 cm de diámetro, distal al 4.5 con presencia de imágenes radiopacas en su interior de bordes definidos con un halo radiopaco que la rodea.

En la Tomografía de Emisión de Positrones (CT / PET-SPECT) presentó una imagen hipercaptante a nivel del cuerpo mandibular en la zona postero-inferior derecha, y otra imagen osteolítica a nivel de pelvis y fémur (Fig. 2).

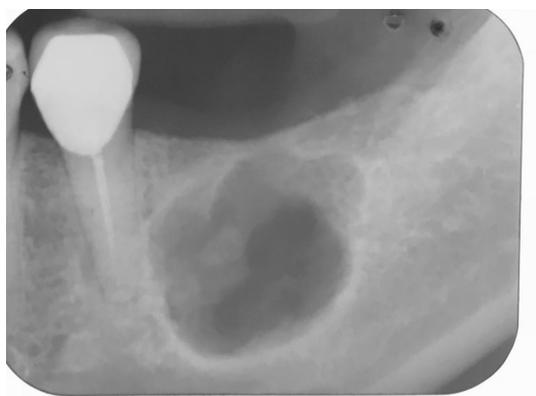


Fig. 1 radiografía periapical.

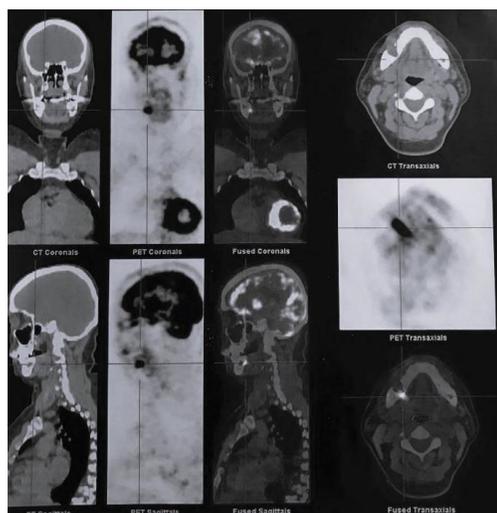


Fig. 2 CT/PET-SPECT



Los especialistas diagnosticaron presuntivamente a dicha lesión como un Quiste Residual VS Queratoquiste, por tal razón se decide realizar un procedimiento quirúrgico de enucleación y legrado óseo, posteriormente se realiza la toma de muestra para ser enviada al patólogo bucal en conjunto con el informe y exámenes complementarios para el diagnóstico definitivo de la lesión.

Todo el tratamiento y la conducción del caso con fines académicos, fue aceptado previamente, mediante una firma, por la paciente bajo un consentimiento siguiendo las normas de Bioética reseñadas por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

El abordaje del caso, para realizar la enucleación y legrado óseo de la lesión, inicia con la colocación cutánea de anestésico tópico, con el fin de disminuir la sensibilidad dolorosa y la ansiedad en el paciente, posteriormente se procede a realizar la infiltración de la zona con anestésico local tipo Lidocaína al 2%. Para continuar, se realiza una incisión festoneada desde mesial del 4.5 siguiendo un trayecto por el centro del reborde alveolar residual pasando por las zonas que corresponderían al 4.6 y 4.7, aproximadamente 2 cm de extensión a partir de la porción distal del 4.5, con el objetivo de realizar el levantamiento del colgajo mucoperióstico creando una ventana de acceso a la lesión (Fig. 3), para realizar la enucleación de la misma (Fig. 4 y 5) y tomar sus medidas (Fig. 6). Se colocó en un recipiente con formol debidamente identificado para enviar al patólogo bucal. Al momento de realizar el procedimiento quirúrgico se observa pérdida de estructura ósea de igual o mayor tamaño que la lesión, por lo que se procede a realizar el legrado óseo en la periferia de la lesión y regularización de reborde, lavado con Solución Salina al 0.9 %, reposición del colgajo mucoperiostico y por último la síntesis de los tejidos con sutura Seda Negra 3-0, y colocación de la gasa Supraalveolar para el control de la hemostasia.



Fig. 3 incisión y ventana de acceso a la lesión.



Fig. 4 exposición de la lesión.

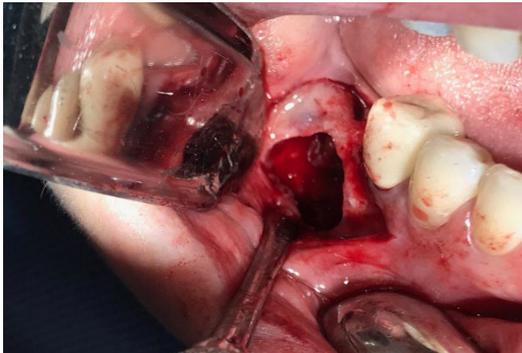


Fig. 5 remoción total de la lesión.



Fig. 6 medición de la lesión.

Se procede a enviar el informe, exámenes complementarios y la muestra de la lesión al patólogo bucal, en la que se observó proliferación neoplásica de células ovals que muestran cambios de forma y tamaño, en ocasiones binucleación. Se entremezclan con zonas repletas de células ahusadas que muestran focos discretos de un pigmento marrón, por lo que se diagnostica como lesión maligna metastásica debido al antecedente de melanoma de la paciente (Fig. 7 y 8).

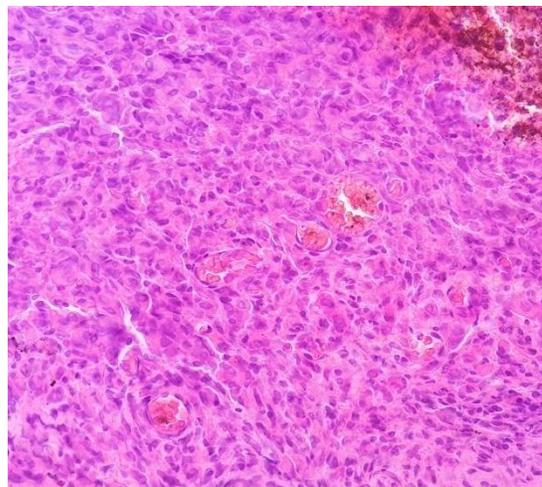
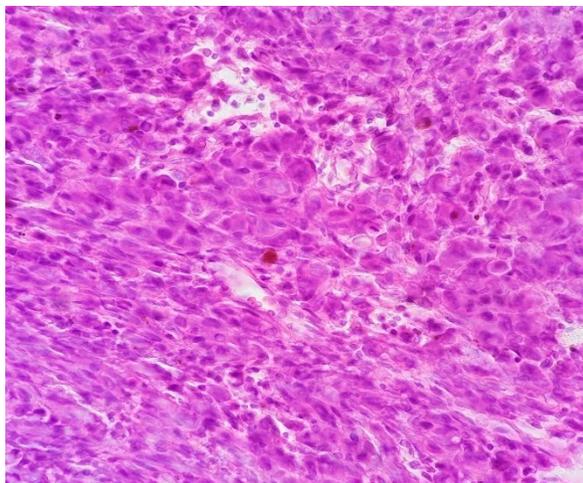


Fig. 7 y 8. Muestra histológica H&E con aumento de 4X.

DISCUSIÓN

El melanoma metastásico en mandíbula es un fenómeno raro con pocos casos reportados en la literatura, la mayoría aparece en la zona posterior debido a la cantidad de medula ósea roja y su peculiar vascularización, lo que provee un sitio favorable para la implantación de émbolos metastásicos ^{1,3}.

Los melanomas malignos no pueden aparecer primariamente en hueso, debido a que los melanocitos se originan de la cresta neural. Nuestra paciente tenía un diagnóstico previo de Melanoma en fémur y metástasis en pelvis y nuestro patólogo confirmó el diagnóstico de melanoma metastásico maligno ^{1,3}.

Los melanomas metastásicos aparecen más frecuentemente en mujeres con una alta incidencia en la quinta década de la vida, como fue en nuestro caso. La mayoría de los M.M.M. presentan características radiográficas de radiolucencias mal definidas con erosiones e invasión de estructuras adyacentes ²⁴. Las características tanto clínicas como radiográficas en nuestra paciente



fue diferente a las reportadas, ya que se observó como una imagen radiolúcida bien definida imitando a una lesión benigna.

La conducta quirúrgica a seguir con este tipo de lesiones debe ser, principalmente, la toma de la biopsia para estudio histopatológico, con el fin de determinar el diagnóstico definitivo de la lesión de manera precoz y acertada ^{4,6}, lo que indicará el plan de tratamiento que se le realizará al paciente para mejorar su calidad y pronóstico de vida. Se dice que los pacientes con M.M.M. tienen un tiempo de vida entre 6 meses a 2 años dependiendo del tratamiento oncológico que se realice ⁷⁻⁹, a la fecha el paciente, reportado en este caso, se encuentra bajo vigilancia médica y la lesión fue diagnosticada hace 4 meses, se puede decir entonces que el pronóstico de vida de los pacientes va a depender del tratamiento aun cuando el M.M.M. sea considerado como una neoplasia agresiva y con alto índice de mortalidad ¹⁰⁻¹².

CONCLUSIÓN

La metástasis de melanoma en la región Bucomaxilofacial es una entidad poco frecuente, estudios han reportado una incidencia del 2% de casos en mucosa oral, cabeza y cuello. Es importante tener presente que en la literatura se han reportado que los casos de M.M.M. tienen muy mal pronóstico, debido a su agresividad, localización y la detección tardía de estas lesiones por la ausencia de sintomatología en sus etapas iniciales. Adicionalmente se ha determinado que las terapias y/o tratamientos recomendados por diferentes especialistas, según localización y estadio de los M.M.M. son la resección en bloque, radioterapia e incluso el uso de quimioterapia e inmunoterapia como coadyuvantes a los tratamientos principales en este tipo de lesiones, sin embargo, cada caso debe ser analizado en particular y por un equipo multidisciplinario, para poder tomar decisiones con respecto a los tratamientos que más se adapten a la condición del paciente, otorgándole beneficios que mejoren la calidad de vida. Se debe indicar un seguimiento anual en pacientes que presenten remisión de melanomas, ya que son lesiones que suelen presentar metástasis años después de la remisión de la primera lesión diagnosticada.



Los melanomas pueden tener muchas presentaciones como se mostró en este caso, es por eso que es de vital importancia solicitar estudios imagenológicos de alta resolución como CT / PET-SPECT, Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética y realizar biopsias a todas aquellas lesiones que presenten los pacientes con antecedentes de neoplasias en otras partes del cuerpo para descartar posibles metástasis.

REFERENCIAS

1. Alonso CE, Salerni GE. Breve historia del melanoma de Hipócrates y Handley. *Med Cutan Iber Lat Am* 2016; 44 (1): 64-67
2. S Batista Bologna, M Menta, S. Nico. Adhesion Molecules in Primary Oral Mucosal Melanoma: Study of Claudins, Integrins and Immunoglobulins in a Series of 35 Cases. Julio 2013. *Am J Dermatopathol*
3. Hashimoto N, Kurihara K, Yamasaki H, Ohba S, Sakai H, Yoshida S. Pathological characteristics of metastatic carcinoma in the human mandible. 1987. *J Oral Pathol* 16(7):362–367.
4. Lee R, Lee S, Lin T, Lee K, Christensen R. Determining the epidemiologic, outcome, and prognostic factors of oral malignant melanoma by using the Surveillance, Epidemiology, and End Results database. 2017 American Dental Association.
5. Amadeu J, Mariosalvo C, Piazzetta, Carvalho C, Torres – Pereira, Amenábar JM. Mandibular Metastasis of cutaneous melanoma. Case Report. Agosto 2016. *J Oral and Max Surg*.
6. Cervenka PD, Perez Jr. L, Pérez DE, Jones B. Melanoma Metastasis to the mandible – Case Report and Comprehensive Literature Review. Mayo 2017. *J Oral Maxillofac Surg*.
7. Noor A, Cheng A, Sambrook P, Goss A. Melanoma Metastatic to the Mandible: Symptoms precede imaging findings. Reporte de caso. Febrero 2017. *J. Maxillofac. Oral Surg*.
8. Rivera RD, Diamante M, Kasten SJ, Ward B. Metastatic Melanoma to the Mandible: Case Report and review of the literature. Enero 2010. *J Oral Maxillofac Surg*.
9. Green B, Elhamshary A, Gomez R, Rahimi S, Brennan P. An update on the current management of head and neck mucosal melanoma. Año 2016. United Kingdom. *J Oral and Maxillofac Surg*.
10. Vierne C, Hardy S, Guichard B, Barat M, Perón JM, O. Trost. Mandibular metastasis of a cutaneous melanoma or metachronous amelanotic melanoma of the oral cavity. A care report and literature review. Enero 2014. Elsevier Masson SAS.



11. Yamada S, Kurita H, Kamata T. Clinical investigation of 38 cases of oral mucosal melanoma: A multicentre retrospective analysis in Japan. Abril 2017. Australasian J of Dermatol.
12. Schlabe J, Shah KA, Sheerin F, Payne MJ, Fasanmade AA. Complete spontaneous regression of a metastatic melanoma of the mandible: a case report and follow-up recommendations. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2018.