

Reporte de Caso Clínico

Melanoma Nodular Primario de Maxilar Superior

RÍOS-BURGUEÑO ER¹, VALDEZ-RADKE AS², MONTOYA-MENDOZA E³, MADRID-FRANCO JR⁴

RESUMEN CLÍNICO

Mujer de 60 años que inicia su padecimiento desde hace siete meses de evolución, con la presencia de aumento de volumen en región de paladar duro derecho, a la exploración física muestra la presencia de una lesión nodular con dimensiones de 3 cm de eje mayor, asimétrica, de superficie lisa, pigmentada, firme, indolora, se realiza biopsia incisional la cual reporta: melanoma maligno, además los estudios de extensión no muestran evidencia de metástasis, por lo que se programa para maxilectomía derecha, clínicamente sin evidencia de adenomegalias.

HALLAZGOS MACROSCÓPICOS

La muestra remitida corresponde a segmento de hemimaxilar superior derecho con medidas de 7 x 3.5 x 3cm, con la presencia de neoplasia pigmentada asimétrica nodular, sobreelevada de 3 x 2.5 x 2.2cm, de superficie lisa, ulcerada, al corte sólida, oscura heterogénea, de aspecto fibrosa y hemorrágica, unida a tejidos blandos sin penetración ósea ni afectación de límites quirúrgicos. (Figura 1)

HALLAZGOS MICROSCÓPICOS

A los cortes histológicos se encontró una neoplasia maligna, cubierta de epitelio plano estratificado, no queratinizado ulcerado, sólida, conformada por haces cortos y remolinos de células fusiformes, alargadas, con áreas mixoides, con escaso pigmento oscuro granular, son células medianas de núcleo regular, cromatina grumosa, con nucléolo prominente, citoplasma moderado, acompañado de mitosis atípicas en más de cinco por campo de alto poder, afectando epitelio, sin invadir hueso. (Figura 2) Se realizó tinción de inmunohistoquímica; proteína S100, la cual mostró evidencia de positividad en células malignas que corresponden a melanocitos, produciendo melanina. (Figura 3)



Figura 1. Fragmento de hemimaxilar con tumor nodular pigmentado con extensión a paladar duro.

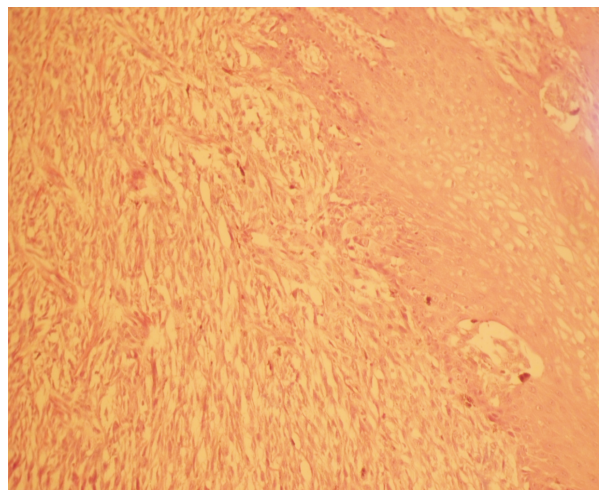


Figura 2. Corte con H.E (4X), se muestra una neoplasia maligna sólida de células fusiformes grandes, con haces cortos que invaden el epitelio plano y producción de pigmento melánico.

¹ Médico adscrito al Servicio de Anatomía Patológica, ^{2,3}estudiantes de medicina, ⁴Médico adscrito al Servicio de Cirugía General del Hospital General de Culiacán, "Dr. Bernardo J. Gastélum".

Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias al Dr. Efrén Rafael Ríos Burgueño, Departamento de Patología del Hospital General de Culiacán, en Aldama y Nayarit S/N, Colonia Rosales, C.P. 80230, Culiacán, Sinaloa, teléfono (667) 716-98-00 extensión 112; correo electrónico: rael_rios@yahoo.com.mx.

Artículo recibido el 22 de febrero de 2011

Artículo aceptado para publicación el 28 de marzo de 2011

Este artículo podrá ser consultado en Imbiomed, Latindex, Periódica y en www.hgculiacan.com

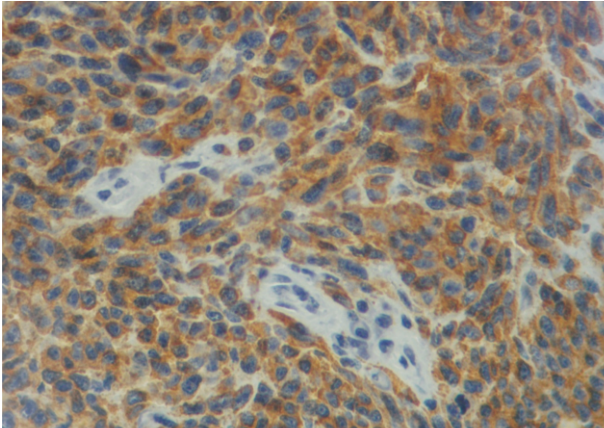


Figura 3. Tinción de inmunohistoquímica de la neoplasia para proteína S100, muestra positividad marcada en citoplasma de células neoplásicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El melanoma es una neoplasia que se origina en los melanocitos de la piel, epitelios de revestimiento de la mucosa oral y otros sitios (esófago, uretra, canal anal, vejiga, vulva y vagina),^{1,3} la ubicación más frecuente del melanoma es la piel, pero son muy raros en la región de la cabeza y cuello, los cuales representan

aproximadamente el 0.2% de los melanomas, la mayoría de estas lesiones (80%) ocurren en la encía del maxilar superior, paladar, mucosa alveolar, labios, lengua y base de cavidad oral.^{2,4} Los melanomas de la mucosa son más agresivos que los de la piel, el incremento en la vascularidad causa una invasión hematogena temprana, de ahí la naturaleza agresiva de los tumores orales que resultan con pronóstico pobre.² El factor crítico que determina el pronóstico es el crecimiento vertical de la lesión, sin embargo la clasificación de Breslow no es determinante como valor pronóstico para los tumores de la cavidad oral.^{1,3} Afectan adultos entre la cuarta y sexta década de la vida. Son tumores malignos muy agresivos, de inicio asintomático, son comunes en japoneses y africanos,^{4,5} entre la etiología principal se encuentra la radiación solar, trauma mecánico por dentadura, hábitos orales, exposición al formaldehído, pero lo más común es que se originen de nevos displásicos.^{2,6} Las metástasis son principalmente a pulmón, hígado, cerebro y huesos, la supervivencia es del 5% de 1 a 2 años, la cual depende del diagnóstico temprano y el tratamiento, el cual consiste en cirugía radical asociado a radioterapia, pero aun el pronóstico sigue siendo pobre.^{6,7}

Referencias

1. Betul GU, Ozlem K, Ahmet CY. Primary Malignant Melanoma of the Maxillary Gingiva. *Dermatol Surg* 2003; 29: 304-307.
2. Bongiorno MR, Arico M. Primary Malignant Melanoma of the oral cavity: case report. *Int J Dermatol* 2002; 41: 178-81.
3. Lopez K, Ney de A, Bitu F, Magalhaes MH. Primary Malignant Melanoma of the oral cavity: a case report. *Int J Dermatol* 2004; 43: 750-52.
4. Kumar SKS, Shuler CF, Sedghizadeh PP, et al. Oral mucosal melanoma with unusual clinicopathologic features. *J cutan Pathol* 2008; 35: 392-97.
5. Cockburn MG, Zadnick J, Deapen D. Developing epidemic of Melanoma in the Hispanic of California. *Cancer* 2006; 106: 1162.
6. Prasad M, Patel S, Hoshaw- Woodard S, et al. Prognostic factors for malignant melanoma of the squamous mucosa of the head and neck. *Am J Surg Pathol* 2002; 26: 883-92.
7. Rosai J. *Rosai and ackerman's, surgical pathology*, Mosby, New York Elsevier, Ninth edition 2004; 1: 262.