

Melanoma maligno en mucosas

Dres. Luis D. Sarra¹, Alberto O. Rancati², Carlos D. Butto³,
Juan C. Ahumada⁴, Francisco J. Suárez Anzorena³

Resumen

Aproximadamente un 5% de los melanomas malignos corresponden a localizaciones extracutáneas, 75–80% son melanomas oculares y los restantes 20–25% se localizan en las mucosas. Hay descritos melanomas en vulva, su localización más frecuente, vagina, conducto anal, fosas nasales, cavidad oral, senos paranasales, pene, esófago y bronquios.

En la presente comunicación se realizan consideraciones clínicas e histopatológicas sobre el melanoma maligno en mucosas y se efectúa una breve reseña de cada una de las localizaciones.

Se presentan siete casos, uno de melanoma de las fosas nasales, uno de melanoma de conducto anal y cinco de cavidad oral.

Palabras clave: Melanoma. Mucosa anal. Mucosa bucal. Ano.

Summary

Aproximately 5% of malignant melanomas belong to non cutaneous locations; 75–80% are ocular melanomas and the rest 20–25% locate in mucosas. There are described in vulva, their most frequent location, vagina, anal duct, nasal phosae, oral cavity, paranasal sinus, penis, esophagus and bronchi.

We make in this communication clinical and histopathological considerations about malignant melanoma in mucosae, and present short comments of each one of the different locations.

Seven cases are presented, one of nasal phosae melanoma, one of anal duct and five of oral cavity.

Introducción

Durante el desarrollo embriológico los melanocitos, originados en la cresta neural, migran hacia la piel

ubicándose en la capa basal de la epidermis. Desde este sitio se trasladan a través de las uniones mucocutáneas alcanzando localizaciones diversas.

Se ha demostrado melanocitos en la mucosa de la vulva, vagina, conducto anal, tercio superior del esófago, fosas nasales, cavidad oral, pene y bronquios^(1,2).

Las localizaciones extracutáneas representan menos del 5% del total de melanomas malignos⁽³⁾.

Aproximadamente el 75–80% de los melanomas extracutáneos corresponde a la localización ocular, dentro de cuyas estructuras la más afectada es la coroides^(4,5).

El melanoma de conjuntiva se clasifica como los melanomas cutáneos, en tanto que para los melanomas del tracto uveal se sigue la clasificación de Ballendar^(1,5).

Los melanomas mucosos presentan significativo predominio racial, siendo más frecuentes en orientales que en caucásicos, como lo demuestran las series presentadas por Takagi en su revisión⁽⁶⁾.

La localización más frecuente es el melanoma de vulva, pero han sido descritos en pene, vagina, cavidad oral, conducto anal, esófago, bronquios, fosas nasales y senos paranasales^(2,7).

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 55 años que consulta por tumor de fosa nasal izquierda, diagnosticado como melanoma nodular mediante biopsia incisional.

El tumor, de rápido crecimiento, protuyó por la nariz deformando el surco nasogeniano izquierdo, y por TAC se evidenció contacto con el maxilar superior homolateral. No presentaba adenopatías cervicales. Se operó en febrero de 1989 realizándose vaciamiento radical cervicoparotídeo izquierdo y la resección en bloque del tumor con el área de piel adyacente, el tabique nasal, la arcada dentaria superior izquierda y la pared anterior del seno maxilar. La reconstrucción se llevó a cabo mediante un col-

1. Jefe de Residentes. Departamento de Cirugía. Hospital de Clínicas, U.B.A.

2. División de Cirugía Plástica. Departamento de Cirugía. Hospital de Clínicas, U.B.A.

3. Residente de Cirugía. Departamento de Cirugía. Hospital de Clínicas, U.B.A.

4. Docente Autorizado de Cirugía. Universidad de Buenos Aires. Departamento de Cirugía del Hospital de Clínicas «José de San Martín». Universidad de Buenos Aires.

Presentado en el 40 Congreso Uruguayo de Cirugía, 3 al 7 de diciembre de 1989, Piriápolis.

gajo radial libre en tándem, cuyo pedículo se anastomosó mediante microcirugía a la arteria facial y a dos venas yugulares.

El resultado de la histología fue melanoma nodular con infiltración de hipodermis.

Del vaciamiento se estudiaron 29 ganglios sin hallarse metástasis en ninguno de ellos.

La evolución posoperatoria fue buena y se encuentra sin evidencias de enfermedad a 9 meses de posoperatorio.

Caso 2

Varón de 55 años que consulta en marzo de 1980 presentando melanoma acrolentiginoso en piso de boca del lado izquierdo, diagnosticado por biopsia incisional. Presentaba al momento de la consulta adenopatías cervicales homolaterales pequeñas y móviles. Fue tratado en julio de 1980 con resección local y vaciamiento radical de cuello homolateral. La evolución posoperatoria fue buena, siendo el resultado anatomopatológico melanoma acrolentiginoso en mucosa oral, con bordes libres de lesión.

En el vaciamiento se encontraron 5 ganglios metastásicos de 16 estudiados.

El período libre de síntomas fue de 15 meses y fallece con metástasis pulmonares un año y medio después de la operación.

Caso 3

Varón de 37 años que durante un examen médico de control en febrero de 1973 se le diagnostica una lesión pigmentada de 0,5 centímetros de diámetro en el paladar duro sobre la línea media. Se efectúa biopsia siendo el resultado melanoma mucoso.

Fue tratado en el Hospital Alvarez en marzo del mismo año realizándose resección local hasta el hueso y curetaje del mismo. Presentó un recidiva local a los 8 meses tratada con telecobaltoterapia. Vuelve a la consulta en febrero de 1974 con hemorragia sobre la recidiva y tos seca. Rápidamente desarrolla disnea, derrame pleural izquierdo neoplásico y metástasis pulmonares múltiples, falleciendo con metástasis diseminadas en abril de 1974.

Caso 4

Varón de 54 años que consulta en noviembre de 1984 por presentar proctorragia.

Al tacto rectal presentaba una masa vegetante, dura, en el conducto anal sobre el lado derecho de un centímetro de diámetro.

La palpación de la región inguinal derecha pone de manifiesto una adenopatía de un centímetro de diámetro, móvil, no adherida a planos profundos.

Se realiza rectosigmoideoscopia y biopsia de la lesión, que fue informada como melanoma nodular.

Se opera en diciembre de ese año realizándose una operación de Miles y vaciamiento inguinal derecho con 20 días de intervalo entre ambas cirugías.

Del vaciamiento se estudiaron 13 ganglios, hallándose metástasis solo en uno.

La evolución fue satisfactoria, falleciendo el paciente 4 años después por un infarto de miocardio, sin presentar evidencias de enfermedad al momento del deceso.

Caso 5

Mujer de 65 años que consulta en el Hospital de Clínicas en julio de 1984 presentando una lesión pigmentada de 2 por 1,5 centímetros en el paladar duro sobre la línea media. Se le efectuó una biopsia excisional cuyo resultado fue melanoma amelanótico.

Se operó en septiembre de 1984 realizándose la exéresis de paladar óseo y reconstrucción con colgajos nasogenianos. Buena evolución posoperatoria.

El resultado histopatológico fue melanoma amelanótico con infiltración ósea, con un Breslow de 3 mm.

Vuelve a la consulta en noviembre de ese año con adenopatías yugulocarotídeas altas bilaterales. Se realizó vaciamiento radical de cuello bilateral en diciembre de 1984.

Se encuentra sin evidencias de enfermedad al mes de septiembre de 1989.

Caso 6

Mujer de 66 años que consulta en 1983 presentando lesión pigmentada en paladar duro del lado derecho y adenopatías yugulares altas, homolaterales.

Se biopsia la lesión que es informada como melanoma acrolentiginoso y se opera en septiembre de 1983, realizándose resección local y vaciamiento cervical modificado del lado derecho. La histopatología confirmó el diagnóstico y 4 ganglios de 19 fueron positivos.

Evolucionó con necrosis parcial del colgajo de la cervicotomía, que cerró por segunda con curaciones locales.

Sobrevivió 5 años sin evidencias de patología y falleció a fines de 1988 con metástasis generalizadas.

Caso 7

Varón de 51 años que consulta por lesión pigmenta-

da de tres milímetros de diámetro en paladar duro, a la izquierda de la línea media, en febrero de 1988.

Se realizó biopsia excisional que dio como resultado melanoma de mucosa, Breslow 0,75 con márgenes libres que pasaban a 4 y 5 milímetros de la lesión.

Se amplió la resección con un margen de seguridad de 1,5 milímetros y se cubrió el defecto con un injerto cutáneo a espesor parcial.

Buena evolución, sin evidencias de enfermedad a septiembre de 1989.

Discusión

Los melanomas mucosos no difieren mayormente de los melanomas cutáneos salvo por su localización y su peor pronóstico, que según se cree se debe a la ubicación en sitios poco habituales y a que se mantienen asintomáticos en la primera fase del crecimiento del tumor, lo que dificulta y demora el diagnóstico.

La localización más frecuente del melanoma en mucosas es la vulva ⁽¹⁾. Representa 5% de los tumores malignos en dicha ubicación y aparece como una mancha pardonegruzca semejante a un hematoma, que rápidamente se ulcera. Posee características histológicas semejantes al resto de los melanomas mucosos. Rápidamente produce metástasis regionales y a distancia.

En los estadios iniciales debe realizarse diagnóstico diferencial con la enfermedad de Paget extramamaria ⁽²⁾. El tratamiento es una vulvectomía radical y vaciamiento inguinal cuando los ganglios son clínicamente metastásicos.

El melanoma del conducto anal constituye 1% de los tumores malignos en esa localización, y de 0,4 a 1,6% del total de melanomas ^(8,9). La primera descripción de un melanoma de conducto anal la realizó Moore en 1857 ⁽⁹⁾. El tumor se presenta como una masa pigmentada y ulcerada que a menudo protruye por el conducto anal ^(8,10).

La sobrevida promedio varía según las series entre 9 meses y 2,8 años. A los 5 años sobrevive 10% de los pacientes ^(8,9).

Freedman comunica dos casos de sobrevida prolongada; los pacientes estaban libres de enfermedad a los 10 años de realizado el tratamiento de elección en esta localización, que es la operación de Miles. En su revisión sólo halló cinco casos que alcanzaron igual sobrevida. El total de casos publicados es de aproximadamente 200 ⁽¹¹⁾. Los autores presentan un caso con 4 años de sobrevida y que falleció a raíz de otra patología.

Wanebo no concuerda con Freedman acerca del tratamiento y no halló diferencias de sobrevida entre dos grupos a los cuales se realizó operación de Mi-

les y tratamiento conservador consistente en resección local o criocirugía ⁽⁹⁾.

Las series más numerosas de melanoma de la cavidad oral corresponden a autores japoneses. Takagi reunió 120 casos, de los cuales 43 corresponden a encía y 41 a paladar duro. Dicho autor llama la atención sobre la relación entre la melanososis de mucosas y el melanoma, que no hallamos en nuestros casos. Sobre 91 pacientes, todos con melanoma de la mucosa oral con fecha de inicio comprobada, 62 presentaron melanososis preexistente o concurrente ⁽⁶⁾.

Con respecto al tratamiento, ocurre lo mismo que en otras localizaciones y la táctica quirúrgica no varía con respecto a los demás tumores malignos de la cavidad oral.

El melanoma vaginal es un tumor agresivo que debe su mal pronóstico a la riqueza del drenaje linfático de la zona perineal y a la tardía aparición de síntomas, característica que comparte con el melanoma del conducto anal. Chung ⁽¹²⁾, presentó en 1980 una serie de 19 casos de los cuales sobrevivieron 4 a los 5 años, lo que implica 21%. Dos de los pacientes tuvieron sobrevida prolongada. Uno vivía 16 años después del diagnóstico y 14 años después de cirugía radical por recidiva; el otro falleció 7 años y medio después del tratamiento, con metástasis generalizadas.

El melanoma de fosas nasales es poco frecuente y de pésimo pronóstico debido a la ausencia de signos y síntomas en la etapa inicial. En esta fase del crecimiento, el tumor puede provocar rinorrea o epistaxis de escasa cuantía. La consulta se produce cuando el tumor causa insuficiencia ventilatoria nasal, obstrucción o deformidad facial. En este período el melanoma ya ha infiltrado las paredes de la fosa nasal y su pronóstico es malo a pesar de ser reseccionable en muchos casos. El tratamiento quirúrgico no difiere del utilizado habitualmente para los tumores epiteliales y conjuntivos de las fosas nasales.

El melanoma esofágico es muy poco frecuente. Los casos reportados son escasísimos y la primera descripción confirmada la realizaron Garfinke y Cahan en 1952 ⁽¹³⁾.

Los melanomas de bronquio y senos paranasales son extremadamente raros. Según Clark, el tipo histológico más frecuente en el melanoma de mucosas es el acrolentiginoso, aunque han sido descritos varios casos de melanoma nodular y extensivo superficial.

En este trabajo se presentan dos melanomas nodulares, uno de fosa nasal y otro de conducto anal.

Las recurrencias locales y las metástasis a distancia son más frecuentes y más precoces que en melanoma cutáneo.

El tratamiento aceptado actualmente es la cirugía con criterio oncológico. Los procedimientos como criocirugía, electrofulguración, quimioterapia y ra-

dioterapia deben descartarse como tratamiento primario por resultar ineficaces para controlar la enfermedad, pero pueden utilizarse en forma paliativa para tratar los síntomas.

Wanebo y Chung no han hallado diferencias entre cirugía radical y tratamiento conservador en los melanomas anales y vulvovaginales^(9,12,14).

De todos modos, la evolución no parece depender del tratamiento empleado sino del espesor tumoral alcanzado en el momento del mismo^(9,12,14).

El melanoma de mucosas sigue constituyendo un desafío, y las posibilidades de mejorar los índices de sobrevida parecen basarse en lograr un diagnóstico precoz y llevar a cabo el tratamiento cuando el espesor tumoral de Breslow es menor de un milímetro.

Bibliografía

1. **Briete H, Dan Gupta TK.** Natural history of cutaneous melanoma. *World J Surg* 1979;3:255.
2. **Elsner B, Iotti R, Parisi C, Caputti E.** Lecciones de patología. López Libreros, 1980.
3. **Sinclair DM, Hannah G, Mc Laughling IS, Patrick RS, Slavin G, Neville AM.** Malignant melanoma of the anal canal. *Br J Surg* 1957;57:808.
4. **Leydhecker W, Sampaolesi R.** Bases de la oftalmología. 18ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1981.
5. **Zina G, Cascinelly N et al.** Il melanoma cutaneo. Protocolo di diagnosi e terapia. Forza operativa nazionale sul melanoma cutaneo. Italia: Ministerio de Sanidad y Ministerio de Investigación Científica, 1987.
6. **Takagi M, Ishikawa G, Mori W.** Primary malignant melanoma of the oral cavity in Japan. *Cancer* 1974;34:358.
7. **Mc Cormak, Marini F.** The changing role of surgery for pulmonary metastases. *Ann Thorac Surg* 1979;28:139.
8. **Sing W, Madaan TR.** Malignant melanoma of the anal canal. *Am J Protocol* 1976;27:49.
9. **Wanebo HJ, Woodruff JM, Farr GH, Quan SH.** Anorectal melanoma. *Cancer* 1981;47:1981.
10. **Ellis H, Maingot.** Operaciones abdominales. En: Schwartz S., Ellis H. 8ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1988.
11. **Freedman LS.** Malignant melanoma of the anorectal region: two cases of prolonged survival. *Br J Surg* 1984; 71: 164.
12. **Chung AF, Casey MJ, Flannery JT, Woodruff JM.** Malignant melanoma of the vagina. A report of 19 cases. *Obstet Gynecol* 1980; 55:720
13. **Garfinke JM, Cahan WG.** Primary melanoma of the esophagus. First histologically proven case. *Cancer* 1952;5:921.
14. **Chung AF, Woodruff JM.** Anorectal melanoma. *Obstet Gynecol* 1975;45:638.