

# Manejo Conservador de un Melanoma In Situ de la Mucosa Palatina: Reporte de Caso

## Conservative Management of In Situ Melanoma of the Palatal Mucosa: Case Report

Camila Cofré L.<sup>1</sup>, Manuel Concha V.<sup>1</sup>, Juan Pablo Vargas B.<sup>1</sup>, Ignacio Goñi E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía Oncológica y Maxilofacial, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Recibido el 05 de mayo de 2025. Aceptado el 18 de noviembre de 2025.

Correspondencia:  
Manuel Concha V.  
Departamento de Cirugía Oncológica y Maxilofacial, Pontificia Universidad Católica de Chile. Lira 245, Santiago, Chile.  
Email: manuelconchavera@gmail.com

### Resumen

El melanoma de mucosa oral es una neoplasia maligna poco frecuente, correspondiente a un subtipo clínico de comportamiento agresivo y pronóstico reservado. Se presenta el caso de una paciente de 56 años con una mácula hiperpigmentada en el paladar duro, de crecimiento reciente tras décadas de estabilidad clínica. La biopsia incisional confirmó melanoma in situ, subtipo lentiginoso. La tomografía por emisión de positrones evidenció captación focal en la mucosa palatina sin metástasis a distancia. Se efectuó una mucosectomía total del paladar con biopsia de ganglio centinela, obteniéndose márgenes quirúrgicos libres de enfermedad y ausencia de compromiso ganglionar. La evolución postoperatoria fue favorable, con cicatrización completa y sin signos de recidiva a los seis meses de seguimiento. Este caso ilustra el potencial terapéutico de la mucosectomía como estrategia conservadora y eficaz en lesiones melanocíticas localizadas, permitiendo preservar la función oral y evitar procedimientos más radicales. Asimismo, subraya la relevancia del diagnóstico precoz y de un enfoque terapéutico individualizado en el manejo de neoplasias infrecuentes de la cavidad oral.

**Palabras clave:** Melanoma, Cavidad oral, Paladar duro, Ganglio centinela, Procedimientos Quirúrgicos Orales.

### Abstract

Oral mucosal melanoma is a rare malignant neoplasm, representing a clinical subtype characterized by aggressive behavior and a poor prognosis. We report the case of a 56-year-old female patient presenting with a hyperpigmented macule on the hard palate, which had recently increased in size following decades of clinical stability. Incisional biopsy confirmed an in situ melanoma of the lentiginous subtype. Positron emission tomography/computed tomography revealed focal tracer uptake in the palatal mucosa with no evidence of distant metastases. A total palatal mucosectomy and sentinel lymph node biopsy were performed, achieving tumor-free surgical margins and no nodal involvement. The postoperative course was favorable, with complete mucosal healing and no signs of recurrence at six-month follow-up. This case illustrates the therapeutic potential of mucosectomy as a conservative and effective strategy for localized melanocytic lesions, allowing preservation of oral function while avoiding more extensive procedures. It also emphasizes the importance of early diagnosis and individualized treatment planning in the management of rare oral cavity neoplasms.

**Keywords:** Melanoma, Oral Cavity, Hard Palate, Sentinel Lymph Node, Oral Surgical Procedures.

## Introducción

El melanoma mucoso (MM) es una neoplasia maligna poco frecuente que representa menos del 1% de todos los melanomas<sup>1</sup>. Su incidencia es particularmente rara en la cavidad oral, donde constituye un subtipo clínico agresivo asociado a un pronóstico desfavorable<sup>2</sup>. A diferencia del melanoma cutáneo, cuya tasa de supervivencia a 5 años es del 80%, el MM presenta una tasa significativamente menor, alcanzando sólo el 25%<sup>2</sup>. Se estima que el 55,4% de los casos de MM se localizan en la región de cabeza y cuello<sup>2</sup>, siendo las áreas más comunes el paladar duro y las encías<sup>3</sup>.

Clínicamente, el MM puede presentarse como máculas hiperpigmentadas con bordes irregulares; sin embargo, hasta un 30% de estas lesiones carecen de pigmentación, lo que dificulta su diagnóstico en etapas iniciales<sup>3</sup>. Histológicamente, se clasifica en tres patrones principales: in situ, caracterizado por la proliferación de melanocitos atípicos confinados a la capa basal del epitelio, sin evidencia de invasión al tejido conectivo subyacente; invasivo, donde la neoplasia penetra el tejido conectivo subyacente con nidos de melanocitos atípicos en la lámina propia; y combinado, característico de estadios más avanzados<sup>4</sup>.

El manejo terapéutico del melanoma mucoso incluye resección quirúrgica con márgenes negativos como tratamiento estándar, frecuentemente acompañado de radioterapia adyuvante<sup>5</sup>. En casos avanzados, pueden considerarse inmunoterapia y terapias dirigidas<sup>5</sup>. Este reporte de caso tiene como objetivo describir un melanoma in situ localizado en la mucosa palatina, detallando su presentación clínica, hallazgos diagnósticos, manejo quirúrgico y evolución postoperatoria.

## Caso Clínico

Paciente de sexo femenino, de 56 años, consultó al Servicio de Patología Oral por una lesión hiperpigmentada asintomática localizada en el paladar duro, presente desde hace 30 años, pero con un crecimiento significativo durante el último año (**Figura 1**). Entre sus antecedentes destacaban hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, alergia a peni-

cilina y naproxeno, cesárea previa, biopsia mamaria benigna y tabaquismo (3 cigarrillos diarios por 25 años). Sin antecedentes familiares oncológicos.

En el examen clínico intraoral se identificó una mácula hiperpigmentada de color marrón-pardo, de aproximadamente 5x5 cm, que comprometía la totalidad del paladar duro y con extensión hacia la encía palatina adherida. La lesión presentaba bordes irregulares, superficie lisa y presencia de microsátelites (**Figura 1B**). No se evidenciaron ulceraciones ni afectación de amígdalas o lengua. A la palpación cervical no se pesquisarón adenopatías. Se realizó una biopsia incisional, la cual confirmó el diagnóstico de melanoma in situ, subtipo lentiginoso. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para SOX10 en melanocitos anidados y lentiginosos, y expresión positiva de PRAME en el 80% de las células. Con base en estos hallazgos, la paciente fue derivada al Servicio de Cirugía Oncológica del Centro del Cáncer de la Universidad Católica de Chile para tratamiento especializado.

Se solicitó una tomografía por emisión de positrones con F18-FDG (PET/CT), la cual evidenció captación en dos ganglios cervicales yugulodigástricos bilaterales. El estudio descartó metástasis a distancia y mostró una actividad metabólica conservada en todos los órganos evaluados. Dado el tamaño de la lesión y su clasificación como T3N0M0, según la octava edición del sistema de estadificación del American Joint Committee on Cancer (AJCC) para melanomas de mucosa<sup>6</sup>, se planificó una mucosectomía palatina con biopsia de ganglio, junto con la confección de una placa palatina acrílica removible.

Asimismo, considerando la extensión clínica de la lesión y la imposibilidad de descartar preoperatoriamente invasión tumoral más allá de la membrana basal, se indicó la realización de una biopsia de linfonodo centinela como parte del manejo quirúrgico.

## Procedimiento Quirúrgico

El procedimiento se realizó bajo anestesia general. Se inició con la infiltración de 1 cc de azul de patente en el paladar duro para el marcaje del ganglio centinela, junto con la administración de 5 cc de lidocaína en el paladar duro y blando. Posteriormente, se efectuó una

## CASO CLÍNICO



**Figura 1.** Fotografías clínicas preoperatorias. A. Imagen intraoral de diciembre de 2022 que evidencia mácula hiperpigmentada de contornos irregulares, localizada en paladar duro. B. Imagen de abril de 2024 que muestra progresión de la lesión, con aumento de tamaño, desarrollo de microsátelites y extensión hacia la encía palatina adherida.

incisión crevicular desde el surco hamular derecho hasta el izquierdo, manteniendo un margen posterior clínicamente libre de 5 mm.

Se realizó una disección mucoperiostica, seguida de una resección de espesor parcial en el paladar blando, procurando evitar una comunicación buconasal. La hemostasia fue controlada mediante electrocauterio, especialmente en la arteria nasopalatina y arteria palatina mayor. Luego, se realizó un lavado abundante con suero fisiológico y se colocó un apósito de gasa parafinada impregnado con clorhexidina, cubierto por una placa palatina acrílica removible para protección del sitio quirúrgico. De forma simultánea, se abordaron ambos lados del cuello mediante incisiones submandibulares, con elevación de colgajos subplatismales. Se identificaron ganglios yugulodigástricos bilaterales con captación en la linfocintigrafía, por lo que se procedió a la resección de ambos para su análisis histopatológico.

#### Examen Histopatológico

El análisis confirmó un melanoma in situ lentiginoso con extensión pagetoide a glándulas salivales menores. Los márgenes fueron negativos: posterior a fracciones de milímetro, anterior y laterales < 1 mm, profundo 2 mm. El ganglio linfático yugulodigástrico derecho

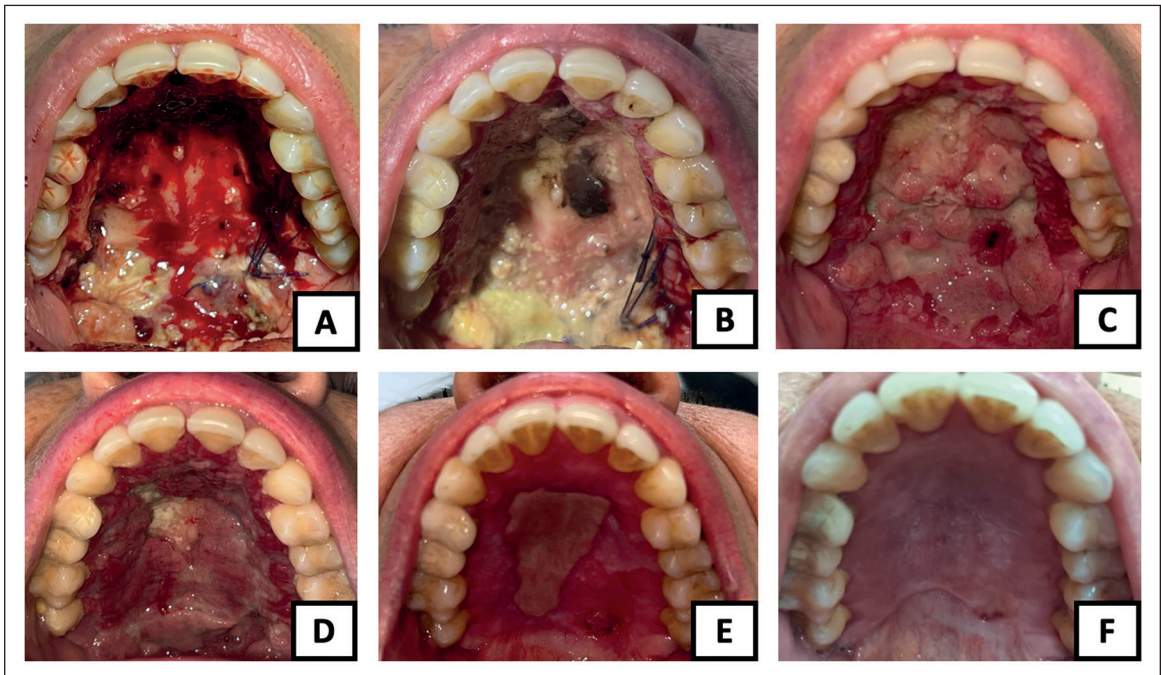
e izquierdo fueron negativos para metástasis. Las tinciones inmunohistoquímicas para HMB-45, tirosinasa y Melan-A fueron positivas, confirmando diferenciación melanocítica. PRAME fue positivo en el 90% de las células neoplásicas.

#### Seguimiento Postoperatorio

Durante la primera semana postoperatoria, la paciente presentó dolor moderado controlado con analgésicos. Se observó tejido de granulación precoz con fibrina y áreas de exposición ósea. En las semanas siguientes, se documentó maduración progresiva del tejido y adaptación funcional satisfactoria al uso de la placa palatina. Los controles semanales incluyeron higiene oral, recambio de apósitos y evaluación cicatricial. A los seis meses, se observó cicatrización completa, con una leve dehiscencia en la unión del paladar duro y blando, sin signos clínicos de recidiva (Figura 2).

#### Discusión

La resección quirúrgica amplia con márgenes negativos es el tratamiento de elección para el melanoma mucoso, al proporcionar un



**Figura 2.** Cicatrización palatina postoperatoria: seguimiento clínico a seis meses. **A.** Día 1 postoperatorio: exposición ósea con sangrado controlado. **B.** Día 7: inicio de formación de tejido de granulación y presencia de fibrina. **C.** Día 14: aumento del tejido de granulación y disminución de depósitos fibrinosos. **D.** Mes 1: maduración del tejido de granulación y cobertura progresiva de las áreas expuestas. **E.** Mes 3: cicatrización avanzada con restitución parcial de la integridad mucosa. **F.** Mes 6: cicatrización completa, con restauración de la continuidad mucosa y leve dehiscencia en la unión del paladar duro y blando.

adecuado control local y asociarse con mejores tasas de supervivencia<sup>7</sup>. En el presente caso, se optó por una mucosectomía total del paladar, logrando márgenes libres de compromiso tumoral, lo que reduce significativamente el riesgo de recurrencia local.

A diferencia de procedimientos más radicales, como la maxilectomía total -que implica un impacto funcional considerable sobre la fonación, la deglución y la calidad de vida del paciente, además de requerir reconstrucción compleja con colgajos libres vascularizados<sup>8</sup>-, la mucosectomía representó una alternativa menos invasiva y suficiente. El estudio histopatológico evidenció que el melanoma se encontraba confinado al epitelio basal, sin invasión del tejido conectivo subyacente, lo que justificó este enfoque conservador, permitiendo preservar el tejido óseo y estructuras anatómicas críticas.

No obstante, mientras las guías clínicas recomiendan un margen de al menos 5 mm para

el melanoma *in situ*<sup>9</sup>, en este caso se logró la resección completa con el margen más cercano a 1 mm, obteniendo bordes libres de enfermedad y sin evidencia de recidiva posterior.

La radioterapia adyuvante puede considerarse en casos seleccionados de melanoma mucoso, especialmente cuando existe un alto riesgo de metástasis ganglionar y enfermedad ganglionar extracapsular<sup>9</sup>. No obstante, en pacientes con estadificación N0M0, la evidencia actual no ha demostrado un beneficio claro en términos de supervivencia<sup>7</sup>. En este contexto, y considerando que la lesión fue clasificada como T3N0M0, no se indicó radioterapia adyuvante, decisión que se alinea con las recomendaciones clínicas basadas en la literatura disponible<sup>9</sup>.

Respecto al manejo del cuello, se ha propuesto la disección selectiva en estadios N0M0 como medida que permite un control loco-regional adecuado y una estadificación más precisa<sup>9,10</sup>. En este caso, se realizó una biopsia de ganglio centinela como estrategia diagnós-

## CASO CLÍNICO

tica menos invasiva, evitando una disección cervical extensa. El análisis histopatológico del ganglio yugulodigástrico confirmó la ausencia de metástasis, corroborando la estadificación N0 y evitando procedimientos quirúrgicos adicionales.

El manejo postoperatorio fue clave para la recuperación funcional del paciente. La utilización de una placa palatina acrílica removible, junto con controles periódicos, permitió proteger el lecho quirúrgico, favorecer una cicatrización ordenada y prevenir complicaciones. La cicatrización completa observada a los seis meses reafirma la efectividad de la mucosectomía como tratamiento curativo en este tipo de lesiones, en concordancia con lo reportado en la literatura para casos de melanoma oral<sup>11</sup>.

## Conclusión

La mucosectomía total del paladar constituyó una estrategia terapéutica efectiva para el manejo de un melanoma in situ, permitiendo márgenes quirúrgicos negativos sin requerir resección ósea ni procedimientos reconstructivos. La evolución postoperatoria fue favorable, con adecuada cicatrización y ausencia de recidiva clínica a los seis meses. Estos hallazgos respaldan el uso de abordajes conservadores en lesiones localizadas sin invasión al tejido conectivo, destacando la relevancia de individualizar el tratamiento en función de los criterios clínicos e histopatológicos.

## Bibliografía

- Hicks MJ, Flaitz CM. Oral mucosal melanoma: epidemiology and pathobiology. *Oral Oncol* 2000;36(2):152-169. doi: 10.1016/s1368-8375(99)00085-8
- Chang AE, Karnell LH, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma: a summary of 84,836 cases from the past decade. *Cancer* 1998;83(8):1664-1678. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(19981015)83:8<1664::aid-cnrcr23>3.0.co;2-g
- Ascierto PA, Accorona R, Botti G, Farina D, Fossati P, Gatta G, et al. Mucosal melanoma of the head and neck. *Crit Rev Oncol Hematol* 2017;112:136-152. doi: 10.1016/j.critrevonc.2017.01.019
- Feller L, Khammissa RAG, Lemmer J. A review of the aetiopathogenesis and clinical and histopathological features of oral mucosal melanoma. *Sci World J* 2017;2017:9189812. doi: 10.1155/2017/9189812
- Jeong YJ, Thompson JF, Ch'ng S. Epidemiology, staging and management of mucosal melanoma of the head and neck: a narrative review. *Chin Clin Oncol* 2023;12(3):28. doi: 10.21037/cco-23-16
- Keung EZ, Gershenwald JE. The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care. *Expert Rev Anticancer Ther* 2018;18(8):775-784. doi: 10.1080/14737140.2018.1489246
- Haimowitz S, Cohen DA, Dhanda A, Barron K, Povolotskiy R, Roden D. Mucosal melanoma of the oral cavity: what is the role of elective neck dissection? *Laryngoscope* 2023;133(2):317-326. doi: 10.1002/lary.30152
- Wang F, Huang W, Zhang C, Sun J, Qu X, Wu Y. Functional outcome and quality of life after a maxillectomy: a comparison between an implant supported obturator and implant supported fixed prostheses in a free vascularized flap. *Clin Oral Implants Res* 2017;28(2):137-143. doi: 10.1111/clr.12771
- Pfister DG, Ang KK, Brizel DM, Burtness B, Cmelak AJ, Colevas AD, et al. Mucosal melanoma of the head and neck. *J Natl Compr Canc Netw* 2012;10(3):320-338. doi: 10.6004/jnccn.2012.0033
- Mendenhall WM, Amdur RJ, Hinerman RW, Werning JW, Villaret DB, Mendenhall NP. Head and neck mucosal melanoma. *Am J Clin Oncol* 2005;28(6):626-630. doi: 10.1097/01.coc.0000170805.14058.d3
- Satish T, Khan S, Levin M, Carvajal R, Yoon AJ. Treatment of recurrent mucosal melanoma of the oral cavity with topical imiquimod and pembrolizumab achieves complete histopathologic remission. *J Immunother Cancer* 2021;9(10):e001219. doi: 10.1136/jitc-2020-001219