



**SGORL PCF**

Sociedad Gallega de Otorrinolaringología  
y Patología Cervicofacial

## **Caso Clínico**

**Tonsillar metastasis from a melanoma,  
a clinical case report and review**  
**Metástasis amigdalар de un melanoma,  
presentación de un caso clínico y revisión**

Liliana F. Invêncio da Costa, Fabian Alzate Amaya,  
Miguel Mayo Yáñez, Nicolás González Poggioli

**Servicio de Otorrinolaringología**  
**Complejo Hospitalario**  
**Universitario A Coruña**

Liliana F. Invêncio da Costa, Fabian Alzate Amaya, Miguel Mayo  
Yáñez, Nicolás González Poggioli  
Servicio de Otorrinolaringología  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Correspondencia: Liliana F. Invêncio da Costa  
Email: [liliana.invencio@gmail.com](mailto:liliana.invencio@gmail.com)  
Telf: 684104927

Servicio de Otorrinolaringología.  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña -  
As Xubias, s/n, 15006  
A Coruña

**Recibido: 11/3/2019 Aceptado: 22/4/2019**

ISSN:  
2340-3438

Edita:  
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología

Periodicidad:  
continuada.

Web:  
[www.sgorl.org/revista](http://www.sgorl.org/revista)

Correo electrónico:  
[actaorlgallega@gmail.com](mailto:actaorlgallega@gmail.com)

## Resumen

**Introducción:** los tumores primarios de amígdala constituyen el 2% de los tumores en el ser humano, siendo la histología predominante el carcinoma epidermoide. La amígdala es la localización más frecuente del melanoma mucoso primario, sin embargo, las metástasis amigdalares de un melanoma cutáneo maligno son más inusuales. La presentación clínica más habitual es la odinofagia y la disfagia, originadas por el crecimiento de una masa a nivel amigdalares. El aspecto pigmentado pardo y la tendencia al sangrado son características, no obstante, el diagnóstico puede ser difícil por la similitud con otros tumores amigdalares primarios. **Caso clínico:** paciente mujer de 41 años, con antecedente de melanoma cutáneo a nivel escapular izquierdo (T3bN0M0, estadio II) tratado con cirugía e inmunoterapia, que desde hace cinco meses presenta metástasis a nivel cerebral, hepático y de vías biliares (estadio IV), tratado actualmente con Interferón alfa-2-b. Acude a urgencias por un cuadro de amigdalitis unilateral derecha de repetición, sin mejoría a pesar de tratamiento antibiótico de amplio espectro y antiinflamatorios. Dada la persistencia clínica se decide realizar una biopsia de la lesión con resultado de melanoma metastásico. Debido a la recurrencia de episodios de sangrado oral se decide realizar tratamiento quirúrgico, con amigdalectomía bilateral, tras la identificación de lesiones sospechosas en ambas amígdalas durante la cirugía. El resultado anatómico-patológico confirma la presencia de dos metástasis de melanoma, una en cada amígdala, teniendo ambas márgenes libres. La paciente presentó un período postoperatorio sin incidencias, sin nuevas lesiones en orofaringe. **Discusión:** las metástasis de un melanoma cutáneo en amígdala son muy infrecuentes, sin embargo, deben ser consideradas ante un paciente con una lesión a nivel amigdalares con sangrado y coloración parda. El tratamiento quirúrgico otorga un doble beneficio, la confirmación histológica y la contención de los síntomas, por lo que debe ser considerado sin demoras.

## Palabras clave

**Melanoma, amígdala palatina, metástasis.**

## Abstract

**Introduction:** primary malignant tonsillar tumors constitute 2% of all the human tumors, being the squamous cell carcinoma the main histological pattern. Palatine tonsils are the most frequent location of primary mucosal melanoma. However, it's a very uncommon location to find a metastasis from a cutaneous malignant melanoma. The usual clinical presentation isodynophagia and dysphagia, secondary to a growing tonsillar mass. The clinical findings that may help to suspect this pathology are the pigmented brown aspect and its high tendency for bleeding. However, in some cases the diagnosis can be complicated by the similarity with other primary tonsillar tumors. **Clinical Case:** a 41-year-old female patient with a clinical history of a cutaneous melanoma in her left scapula (T3bN0M0, stage II), treated with surgery and immunotherapy, with brain, liver and bile ducts metastases (stage IV) diagnosed and treated for five months with interferon alpha-2-b. Started with a clinic of recurrent unilateral right tonsillitis, associated with bleeding, without any improvement despite broad-spectrum antibiotic and anti-inflammatory treatment. Given the clinical persistence, it was decided to perform a surgical treatment, with bilateral tonsillectomy, after finding bilateral tonsillar compromise during the surgery. The pathological report confirmed two metastases of a cutaneous melanoma, one in each tonsil, both with free margins. The patient presented an adequate postoperative recovery, without new lesions at the oropharynx. **Discussion:** Distant metastases of a cutaneous melanoma in the oropharynx are very rare. However, this possibility should be considered in a patient with a bleeding and brown pigmented lesion in this location. Surgical treatment provides the double benefit of histological confirmation and the symptom relief, so it should be considered without delay.

## Keywords

**Melanoma, tonsil, metastases**

## Introducción

El melanoma cutáneo es una neoplasia cutánea melanocítica muy agresiva con una extensión rápida, alta mortalidad y tendencia a originar metástasis a distancia <sup>(1)</sup>. Según los criterios de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) las metástasis a distancia son clasificadas como estadio IV y se asocian a un mal pronóstico <sup>(2)</sup>. Las localizaciones más frecuentemente identificadas en la bibliografía son los ganglios linfáticos, el pulmón, el hígado y a nivel óseo. Siendo más raras las metástasis cerebrales, vertebrales, gastrointestinales, etc. La localización a nivel de la cavidad oral y en concreto en la amígdala palatina también es poco usual <sup>(1-5)</sup>.

Presentamos el caso clínico de una paciente con el objetivo de reflexionar y considerar este diagnóstico como posible ante una paciente con amigdalitis unilateral crónica, principalmente si presenta como antecedente un melanoma cutáneo, aunque haya sido tratado hace más de 10 años. También destacar la importancia de incluir la exploración de la cavidad oral en la exploración de rutina de un paciente con un melanoma avanzado.

## Caso Clínico

Paciente de 41 años, con antecedente de melanoma cutáneo a nivel escapular izquierdo (T3bN0M0, estadio II), diagnosticado y tratado quirúrgicamente hace 10 años. Con aparición desde hace cinco meses de metástasis a nivel cerebral, hepático y de vías biliares (estadio IV), iniciando tratamiento con *Interferón alfa-2-b*.

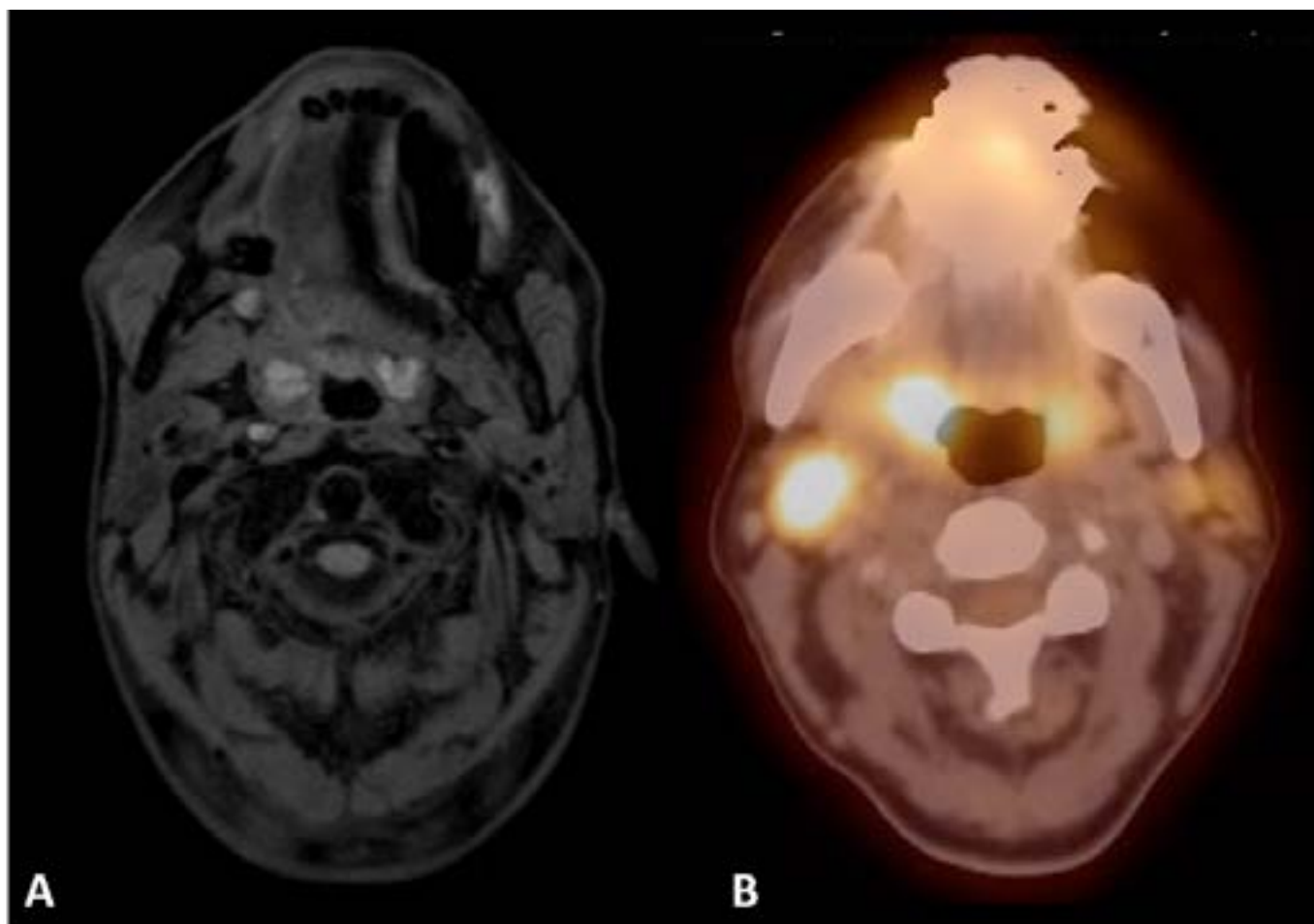
Acude a urgencias por amigdalitis unilateral derecha de repetición, sangrante (*Figura 1*), sin mejoría a pesar de tratamiento antibiótico de amplio espectro y antiinflamatorios. Se realiza una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y una Tomografía por Emisión de Positrones (PET-TC) (*Figura 2*) que identifican como patológica esa lesión. Dada la persistencia clínica se decide realizar una biopsia que resulta ser sospechosa de una metástasis de su melanoma cutáneo. Ante la recurrencia de episodios de sangrado oral se decide realizar una amigdalectomía unilateral. Durante la intervención se observan las mismas lesiones en la amígdala contralateral por lo que se termina realizando una amigdalectomía bilateral. El resultado anatomopatológico confirma la presencia de dos metástasis de melanoma, una en cada amígdala, teniendo ambas márgenes libres.

La paciente presentó un período postoperatorio sin incidencias y siguió su tratamiento inmunoterápico previo sin objetivarse nuevas lesiones en orofaringe. No obstante, falleció a los 10 meses por estatus epiléptico por progresión de sus metástasis cerebrales.



**Figura 1:**

Exploración de la cavidad oral en urgencias: hipertrofia amigdalar unilateral con área melanocítica en amígdala derecha.



**Figura 2:**

**A - RMN cráneo-cervical:** engrosamiento de ambas amígdalas palatinas de predominio en lado derecho.

**B - PET-TC cráneo-cervical:** aumento patológico del metabolismo glucídico en amígdala derecha.

## Discusión

Los tumores primarios de amígdala constituyen apenas el 2% de todos los tumores en el ser humano, siendo el principal patrón histológico los carcinomas escamosos seguido de los linfomas <sup>(6)</sup>. Las metástasis a nivel amigdalares son excepcionales y constituyen menos del 0,8% de todos los tumores amigdalares <sup>(3)</sup>. La amígdala es la localización más frecuente del melanoma mucoso primario <sup>(1)</sup>, sin embargo, las metástasis amigdalares de un melanoma cutáneo maligno son más inusuales y se observan sobre todo en los ganglios linfáticos, pulmón e hígado <sup>(7)</sup>. Henderson et al <sup>(3)</sup> estudiaron 8823 pacientes con melanoma cutáneo e identificaron metástasis a nivel de cabeza y cuello en apenas 54 pacientes, de los cuales, 16 se localizaban en la amígdala palatina.

La presentación clínica más frecuente es la odinofagia y la disfagia, como consecuencia del crecimiento de una masa a nivel amigdalares, unilateral o bilateral. Las características que nos deben orientar hacia esta patología son el aspecto pigmentado pardo y la tendencia al sangrado <sup>(1, 8-10)</sup>. El diagnóstico definitivo es de-

terminado por el resultado anatómico-patológico de la biopsia de la lesión. La orientación diagnóstica en esta paciente fue fácil debido al antecedente de melanoma cutáneo y metástasis a distancia, no obstante, en algunos casos, el diagnóstico puede ser complicado por la similitud con otros tumores amigdalares primarios.

De los casos clínicos descritos en la literatura se observa una mayor prevalencia en el sexo masculino y en pacientes con una media de edad entre 45-47 años<sup>(3,8)</sup>. El tiempo de aparición desde el melanoma cutáneo primario hasta la aparición de la metástasis a nivel amigdalares es de media 46 meses<sup>(9,10)</sup>, sin embargo, Tueche<sup>(11)</sup> describió un caso de 128 meses. Nuestra paciente presentó metástasis en esta localización tras 120 meses de evolución.

Las amígdalas no presentan vasos linfáticos aferentes, por lo que cualquier metástasis en la amígdala sugiere diseminación hematológica y, por consiguiente, un mal pronóstico<sup>(10)</sup>. La supervivencia en estos casos tiene una media de 6 meses y menos del 2% sobrevive más de 6 años<sup>(7,8,10)</sup>. Por este motivo debemos considerar la metástasis amigdalares como un signo evidente de diseminación, que debe conllevar una necesaria revisión y exclusión de otras posibles metástasis. En el caso presentado la paciente presentaba además metástasis a nivel cerebral, hepático y de vías biliares.

El tratamiento es fundamentalmente paliativo por el mal pronóstico y la extensión tumoral. La amigdalectomía constituye en este sentido un tratamiento quirúrgico que además de permitir el diagnóstico histológico definitivo, permite el control de la sintomatología otorrinolaringológica. Siendo la inmunoterapia y la quimioterapia<sup>(2,10)</sup> los tratamientos más eficaces en este estadio, por su acción sistémica.

## Conclusiones:

Las metástasis de un melanoma cutáneo en amígdala son muy infrecuentes, sin embargo, debe ser considerada esta posibilidad ante un paciente con una lesión a nivel amigdalares con sangrado y coloración parda, principalmente si se trata de un paciente con antecedente de melanoma.

Así mismo, en un paciente con antecedentes de melanoma, durante el seguimiento, la rutina de exploración debe incluir y ser exhaustiva en el área otorrinolaringológica, puesto que la localización a nivel amigdalares orienta a una enfermedad metastásica diseminada y una identificación precoz podría permitir un tratamiento más eficaz.

Finalmente, en estos pacientes, el tratamiento quirúrgico otorga el doble beneficio de la confirmación histológica y la contención de los síntomas, por lo que debe ser considerado precozmente.

## Declaración de conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Pakos EE, Tsekeris PG, Gogou PV, Koutis EV, Capizzello A, Exarchakos G. Cutaneous Melanoma with Tonsillar Metastasis. *Tumori Journal*. 2006;92(5):437-9.
2. Cecchi R, Pavesi M, Calamandrei P, Rapicano V, De Gaudio C. Tonsil Metastasis from Cutaneous Melanoma: First Clinical Sign of Recurrence after Complete Lymph Node Dissection. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2010;14(1):43-5.
3. Henderson LT, Robbins K, Weitzner S. Upper aerodigestive tract metastases in disseminated malignant melanoma. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*. 1986;112(6):659-63.
4. Fink W, Zimpfer A, Ugurel S. Mucosal metastases in malignant melanoma. *Onkologie*. 2003;26(3):249-51.
5. Das P, Kumar N, Ahuja A, Jain A, Ray R, Sarkar C, et al. Primary malignant melanoma at unusual sites: an institutional experience with review of literature. *Melanoma Res*. 2010;20(3):233-9.
6. Hyams VJ. Differential diagnosis of neoplasia of the palatine tonsil\*. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*. 1978;3(2):117-26.
7. Patel JK, Didolkar MS, Pickren JW, Moore RH. Metastatic pattern of malignant melanoma: A study of 216 autopsy cases. *The American Journal of Surgery*. 1978;135(6):807-10.
8. Santos RSL, Andrade MF, Alves FdA, Kowalski LP, Perez DEdC. Metastases of Melanoma to Head and Neck Mucosa: A Report of Short Series. *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology*. 2016;9(1):80-4.
9. Barlas Aydogan L, Myers JN, Myers EN, Kirkwood J. Malignant Melanoma Metastatic to the Tonsil. *The Laryngoscope*. 1996;106(3):313-6.
10. Wakasugi S, Kageshita T, Ono T. Metastatic melanoma to the palatine tonsil with a favourable prognosis. *Br J Dermatol*. 2001;145(2):327-9.
11. Tueche SG. Behavior of malignant melanoma with tonsil metastasis. *Ann Med Interne (Paris)*. 2002;153(2):136-8.