



Carcinoma sarcomatoide vs melanoma maligno amelanótico en paladar. Estudio patológico e inmunohistoquímico de un caso

Carrioni C,* Urbano del Valle S,§ Tovío Martínez E,|| Herrera Lomonaco S¶

* Odontólogo, Magíster en Salud Pública, Cirujano Oral y Maxilofacial, Hospital Naval de Cartagena. Docente Universidad de Cartagena-Colombia.

§ Odontólogo, Estomatólogo y Cirujano Oral de la Universidad de Cartagena, Residente 1° año de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad de Antioquía-Medellín, Colombia.

|| Odontóloga, Estomatóloga y Cirujana de la Universidad de Cartagena-Colombia.

¶ Médica, Especialista en Patología, Hospital Naval de Cartagena. Docente Universidad de Cartagena-Colombia.

RESUMEN

El carcinoma sarcomatoide y el melanoma maligno amelanótico son neoplasias malignas de muy baja prevalencia en la región de cabeza y cuello; sin embargo, son de comportamiento agresivo y muy mal pronóstico. Aunque se consideran enfermedades similares, no es suficiente el estudio histopatológico, ni el examen clínico. Es importante y fundamental el estudio inmunohistoquímico para confirmar la enfermedad presente. Se reporta el caso de un carcinoma sarcomatoide que se presenta como tumor primario a nivel de sector anterior y medio de paladar duro de un hombre de 79 años de edad. En primera instancia, clínicamente se plantea como diagnóstico diferencial carcinoma escamocelular; sin embargo, los hallazgos morfológicos tras la biopsia, muestran un tumor maligno de alto grado histológico. Se discute la posible etiología de la lesión, comportamiento, enfermedad y diagnóstico.

Palabras clave: Melanoma oral, carcinoma sarcomatoide, inmunoperoxidasa, paladar.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas se derivan según el tejido de origen: en los epitelios (carcinomas), en los tejidos conectivos (sarcomas), en los tejidos hemato-poyéticos (linfomas/leucemias), en el tejido nervioso (gliomas). El carcinoma sarcomatoide (CS) es una rara neoplasia, cuya histología es compleja, ya que presenta células carcinomatosas epiteliales con un componente sarcomatoso y una zona transicional entre sí.¹ A nivel de cabeza y cuello presenta muy baja prevalencia, se observa principalmente a nivel de laringe, esófago, piel y cavidad oral, con mayor frecuencia a nivel mandibular, glándulas salivares mayores, lengua y labios, y con mucha menor frecuencia a nivel de maxilar.²

El carcinoma sarcomatoide se mencionó por primera vez en 1935 por Martin y Stewart,² quienes asociaron su etiología a radiación previa, pues de ocho pacientes, seis fueron sometidos a radioterapia,

además del tabaquismo y alcoholismo. Epidemiológicamente presenta mayor frecuencia entre la quinta y la séptima década de la vida, con predilección por el sexo masculino.¹ Clínicamente el carcinoma sarcomatoide suele presentarse con síntomas obstructivos como disfagia y disnea, por presencia de pólipos de rápido crecimiento, con diámetros de hasta 15 cm, con superficie normal o ulcerada, normalmente pediculados.^{3,4}

Por otra parte, de todos los tumores malignos, el melanoma maligno amelanótico (MMA) es el de peor pronóstico y el de más baja frecuencia entre el 1.8 y el 8.1%, aparecen a nivel de cabeza y cuello, siendo las fosas nasales y la cavidad oral los sitios de mayor frecuencia.⁵ El uso de tabaco, de prótesis mal adaptadas y carcinógenos ambientales ingeridos o inhalados ha sido mencionado como posibles factores de riesgo; no obstante, la evidencia es débil, por lo que en esencia la etiología de los melanomas orales malignos es desconocida.⁶ En cavidad oral, el MMA se manifiesta como un nódulo ulcerado sin pigmento o como una placa eritematosa de bordes definidos que presenta cambios en su superficie, es por ello que los melanomas amelanóticos se diagnostican erróneamente como carcinomas. En estadios avanzados pueden presentar movilidad dental, dolor y sangrado espontáneo, con presencia o no de ulceración.⁷

Recibido: Junio 2018. Aceptado: Febrero 2019.

© 2019 Universidad Nacional Autónoma de México, [Facultad de Odontología]. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/facultadodontologiauam>

A través de las ayudas diagnósticas, los carcinomas a nivel de los maxilares casi siempre se detectan como anomalías radiolúcidas expansibles, en la radiografía deben diferenciarse de quistes odontogénicos, ameloblastoma, granuloma de células gigantes u otros tumores odontogénicos.³ El uso de imágenes de espectros múltiples, las cuales se toman con ondas de espectros diferentes con el objetivo de detallar la distribución del pigmento y la profundidad de las lesiones, son las usadas para los melanomas.⁸ Asimismo, tanto la biopsia como los estudios de inmunohistoquímica son las ayudas diagnósticas idóneas para obtener un diagnóstico certero.^{2,6}

Histológicamente en el melanoma amelanótico se pueden observar células atípicas distribuidas en nódulos donde la melanina está ausente o es muy escasa, que podría deberse a la falta de enzimas productoras de melanina o de diferenciación de las células tumorales.⁸ En el carcinoma se puede observar invasión hacia el tejido conectivo subyacente, con posibilidades de que los vasos sanguíneos y linfáticos puedan ser erosionados por las células malignas, además de formación de perlas de queratina, que dependiendo de ésta se clasificaría en bien, moderadamente o poco diferenciado.⁴

El diagnóstico de ambas entidades es meramente histológico, por lo que es importante llevar a cabo estudios de biopsia e inmunohistoquímica, correlacionando los estudios imagenológicos y el examen clínico.⁷ A nivel de cavidad oral el rhabdiosarcoma, el tumor neural maligno, histiocitoma fibroso maligno, melanoma maligno fusiforme y la neoplasia maligna de origen linfocítico o de células endoteliales, son los diagnósticos diferenciales asociados a estas enfermedades. La remoción quirúrgica es la que ha presentado mejor respuesta en comparación a la radioterapia; no obstante, la confirmación de dicha situación en la literatura es difícil, pues la mortalidad y la alta tasa de recurrencia, indican que la eliminación local ha de ser eliminada.²

El carcinoma sarcomatoide y el melanoma maligno amelanótico se consideran dos neoplasias de curso agresivo que representa un verdadero problema de salud por su alta tasa de morbimortalidad. Con el fin de llevar a cabo un manejo rápido y apropiado de la enfermedad, el objetivo de este trabajo consiste en describir las características clínicas e histológicas, medios diagnósticos y tratamiento que se debe realizar de manera multidisciplinaria.

REPORTE DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 79 años de edad, que acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Naval de Cartagena, Colombia, por presentar lesión

en región de paladar duro y reborde alveolar superior con extensión a región bucal, infraorbitaria y nasal izquierda de crecimiento rápido y progresivo. En el interrogatorio, familiar acude con resultados de patología de otra institución que arroja como resultado: tumor maligno indiferenciado de célula grande, extensamente necrosado. Comentan no tener antecedentes de fumar, ingesta de bebidas alcohólicas ni haber sido sometido previamente a radioterapia.

Al examen físico general paciente se encuentra en condiciones generales estable y con aparente buen estado de salud. Al examen clínico extraoral se evidencia lesión redondeada que se extiende desde región infraorbitaria, malar, geniana, comprometiendo la región bucal izquierda, de aproximadamente 10 cm, de consistencia blanda-pétreo, eritematosa y lisa, con sintomatología dolorosa a la palpación, con presencia de adenopatías ipsilaterales y contralaterales. Al examen intraoral se observa lesión ulcero vegetante con superficie necrótica en su porción posterior con estigmas de sangrado de aproximadamente 5 cm, localizada en región de paladar duro y reborde alveolar, edentulismo total bimaxilar (*Figura 1*).

En el estudio por resonancia magnética se observa masa que se extiende anteriormente a nivel y sobre el maxilar izquierdo, hasta la región infraorbitaria, con densidad heterogénea de tejido blando mixto, el músculo masetero izquierdo se observa infiltrado, los límites se presentan irregulares lo que dificulta definir los bordes de la masa (*Figura 2*). Teniendo en cuenta la anamnesis, características clínicas e imagenológicas se realizó impresión clínica de carcinoma escamocelular.

Previo firma de consentimiento informado, se lleva a cabo biopsia incisional de lesiones localizadas a nivel palatino y vestibular, se enviaron dos muestras para estudio histopatológico. Los resultados del examen histo-



Figura 1: Lesión tumoral en maxilar superior. Se evidencia el espacio que ocupa intrabucalmente, observándose eritematoso con superficie necrótica ulcerado.

Tumor lesion in the maxilla. It can be observed its erythematous aspect with necrotic ulcerated surface.



Figura 2:

Resonancia nuclear magnética de paciente. Se observa lesión tumoral que ocupa maxilar izquierdo, fosa nasal izquierda, hasta la región infraorbitaria.

Nuclear magnetic resonance. There is a tumor lesion in left maxilla, left naris, up to infraorbital region.

patológico de los cortes mostraron fragmentos de una mucosa oral extensamente comprometida por un tumor maligno de alto grado, representado por células grandes con citoplasma eosinofílico amplio, núcleos pleomórficos, con nucléolo prominente que se disponen en sábanas, con una elevada tasa mitótica. La superficie mucosa está ulcerada y se reconocen zonas de necrosis. Llama la atención que el escaso epitelio de superficie que reviste la muestra luce ulcerado, pero no sin cambios displásicos. No se reconoce pigmento ni diseminación pagetoide en las muestras enviadas (Figuras 3 y 4). Los hallazgos morfológicos corresponden a un tumor maligno de alto grado histológico, no se reconoce formación de glándulas, cordones, ni queratinización que permita sugerir una diferenciación histológica específica, es por ello que se plantean como diagnósticos diferenciales el carcinoma escamocelular morfología sarcomatoide y melanoma maligno amelanótico, por lo que se sugieren estudios de inmunohistoquímica.

Se lleva a cabo revisión y realización de inmunohistoquímica de bloque que proviene del Hospital Naval de Cartagena, en los cortes se muestran fragmentos de un tumor maligno constituido por células grandes pleomórficas de citoplasma eosinofílico con núcleos irregulares redondos y fusiformes; con nucléolo prominente y abundantes mitosis atípicas, con presencia de extensas áreas de necrosis. Los estudios de inmunohistoquímica muestran los resultados de Vimentina y cam 5.2 fuertemente reactivos en células tumorales, son negativos para CK5,6, EMA, P63, CK AE1/AE3, HMB45, Melan y TTF1 (Figuras 5 y 6). Los hallazgos morfológicos y de inmunohisto-

química son compatibles con carcinoma sarcomatoide del maxilar izquierdo.

El tratamiento realizado fue: maxilectomía total, queilectomía superior, vaciamiento radical modificado tipo III, vaciamiento supraomohioideo derecho, reconstrucción con microcirugía. Todo ello bajo el estricto control de las especialidades de Estomatología,

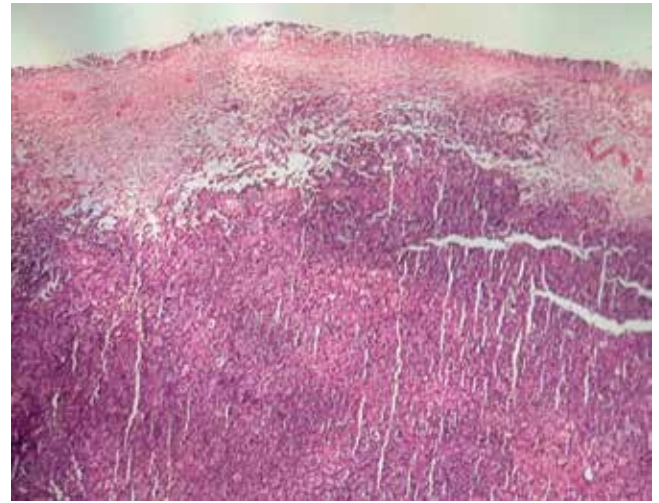


Figura 3: Tumor maligno de alto grado, representado por células grandes con citoplasma eosinofílico amplio, núcleos pleomórficos, con nucléolo prominente que se disponen en sábanas, con una elevada tasa mitótica.

High-grade malignant tumor represented by large cells with large eosinophilic cytoplasm, and pleomorphic nuclei with prominent nucleoli arranged in sheets, with a high mitotic rate.

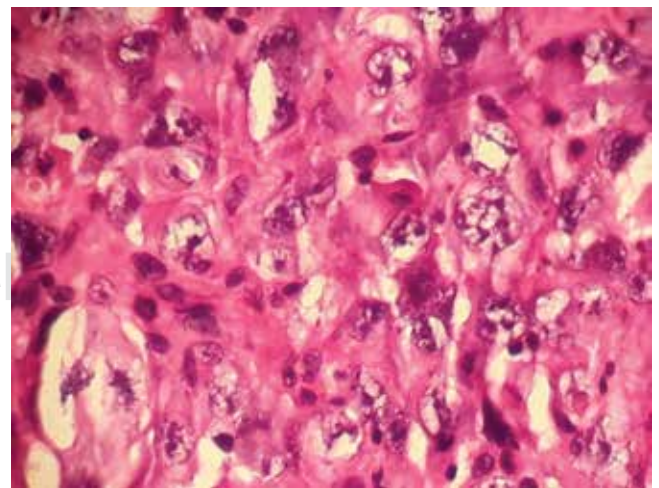


Figura 4: Microfotografía del carcinoma sarcomatoide.

Microphotography of sarcomatoid carcinoma.



Figura 5:

Microfotografía
inmunohistoquímica
cam 5.2.

*Microphotography
of Cam 5.2
immunohistochemical
expression.*



Figura 6:

Microfotografía in-
munohistoquímica
vimentina.

*Microphotography of
immunohistochemical
vimentin expression.*

Oncología, Cirugía Maxilofacial, Cirugía de Cabeza y Cuello y Cirugía Microvascular. Al postoperatorio inmediato, las condiciones del paciente fueron estables, en el control de 15 días se observa buen proceso de cicatrización, sin signos de infección, con leve inflamación, se indica cita de control a los dos meses; sin embargo, el paciente no acude a consulta debido a que fallece por presentar alteraciones tanto a nivel cardiovascular como gastrointestinal.

DISCUSIÓN

Dentro del carcinoma escamocelular se pueden hallar variantes raras, entre ellas se encuentra el carcinoma sarcomatoide de cabeza y cuello, siendo éste de peor pronóstico, por otra parte, puesto que las ca-

racterísticas morfológicas se asocian con otras neoplasias de células fusiformes, que además son de rara prevalencia, el diagnóstico se torna muy complicado.⁹

En un estudio realizado entre 2005 y 2011 en el que se seleccionaron 23 pacientes con diagnóstico de carcinoma sarcomatoide a nivel de cabeza y cuello, se reportaron dos pacientes con carcinoma sarcomatoide a nivel del seno maxilar, tres en el etmoides, cuatro en cavidad oral, cinco en orofaringe y nueve en laringe. De estos pacientes, seis fueron sometidos a quimiorradioterapia.¹⁰

Es importante tener en cuenta que histológicamente las células tumorales se infiltran en la dermis individualmente, en la que puede o no haber conexión con la epidermis subyacente, además de que no existe formación de nidos o cordones, la infiltración adyacente y profunda tanto de la dermis como de la fascia es común. Es difícil desde el punto de vista histológico distinguir el melanoma amelanótico del carcinoma sarcomatoide, por lo que siempre han de realizarse estudios de inmunohistoquímica. La tinción positiva con la vimentina y la queratina son demostradas en los componentes de las células del carcinoma sarcomatoide,² como se realizó y se evidenció en el presente caso, en el que la inmunohistoquímica corrobora el diagnóstico presuntivo de carcinoma sarcomatoide y descarta el melanoma maligno amelanótico.

Osorio-Velásquez y colaboradores¹ refieren que existen diversas hipótesis sobre este tipo de neoplasias, entre ellas que se derivan de un carcinoma escamoso con proliferación mesenquimal reactiva; por un crecimiento maligno que procede de restos de tejidos mesenquimales y epiteliales de la cresta embrionaria; y por diferenciación celular con componente carcinosarcomatoso y sarcomatoso. Lo cual hace de esta neoplasia maligna un desafío para su estudio histopatológico, conllevando un diagnóstico y tratamiento tardío.

CONCLUSIÓN

La necesidad de aprender más sobre la etiología del carcinoma sarcomatoide y caracterizarlo mejor es imperativo, pues clínicamente, la presentación de las lesiones neoplásicas puede ser similar. Es por ello que se hace necesario realizar estudios de patología e inmunohistoquímica y llevar a cabo todas las pruebas necesarias para obtener un diagnóstico certero, en consecución de un tratamiento adecuado de esta rara entidad, siendo importante también realizar un plan de tratamiento integral y multidisciplinario, para obtener los mejores resultados posibles y mejorar la calidad de vida del paciente.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Case report

Sarcomatoid carcinoma vs amelanotic malignant melanoma of the palate. Pathological and immunohistochemical study of a clinical case

Carrioni C,* Urbano del Valle S,§ Tovío Martínez E,||
Herrera Lomonaco S¶

* Odontólogo, Magíster en Salud Pública, Cirujano Oral y Maxilofacial, Hospital Naval de Cartagena.

Docente Universidad de Cartagena-Colombia.

§ Odontólogo, Estomatólogo y Cirujano Oral de la Universidad de Cartagena, Residente 1° año de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad de Antioquía-Medellín, Colombia.

|| Odontóloga, Estomatóloga y Cirujana de la Universidad de Cartagena-Colombia.

¶ Médica, Especialista en Patología, Hospital Naval de Cartagena. Docente Universidad de Cartagena-Colombia.

ABSTRACT

Sarcomatoid carcinoma and amelanotic malignant melanoma are malignant neoplasms of very low prevalence in the head and neck region. They have aggressive behavior and very poor prognosis. Although they are considered as similar diseases, the histopathological or clinical study is not enough to confirm the diagnosis, so the immunohistochemical study is fundamental for complete ascertainment. This work reports a case of sarcomatoid carcinoma that appeared as a primary tumor at the anterior and middle portions of hard palate of a 79-year-old man. Clinically, in the first instance the main differential diagnosis was squamous cell carcinoma; however, the morphological findings after biopsy showed a malignant tumor of high histological grade. The possible etiology of the tumor, the behavior of the disease and the diagnosis are discussed here.

Keywords: Oral melanoma, sarcomatoid carcinoma, immunoperoxidase, palate.

INTRODUCTION

Malignant neoplasms are classified according to the tissue of origin, so those from the epithelia are carcinomas, from the connective tissues, sarcomas; from the hematopoietic tissues, lymphomas/leukaemias; and from the nervous tissue, gliomas. Sarcomatoid carcinoma (SC) is a rare neoplasm of complex histology because it has epithelial carcinomatous cells with a sarcomatous component, and a transitional zone between them.¹ In the head and neck, as well as in the maxilla, it shows very low prevalence. It is more common in larynx, esophagus, skin, and oral cavity, and even most frequent in mandible, major salivary glands, tongue and lips.²

SC was first described in 1935 by Martin and Stewart,² who associated their etiology to prior radiation, because six out of eight patients with the disease had been subjected to radiation therapy, in addition to be smokers and users of alcohol. Epidemiologically, SC is more frequent between the fifth and seventh decade of life with a male predominance.¹ Clinically, SC tends to occur with obstructive symptoms such as dysphagia, dyspnea, presence of polyps, and rapid growth, with diameter of up to 15 cm and normal or ulcerated surface, usually pedunculated.^{3,4}

On the other hand, of all malignancies, the amelanotic malignant melanoma (AMM) has the worst prognosis and lower frequency, ranging between 1.8% and 8.1%. It appears in head and neck, and most frequently, in nasal and oral cavity.⁵ Tobacco use, ill-adapted prosthesis, and ingested or inhaled environmental carcinogens have been mentioned as possible risk factors; however, the evidence is weak, so basically the etiology of malignant oral melanomas remains unknown.⁶ In oral cavity, AMM manifests either as an ulcerated nodule without pigment or an erythematous plaque of defined edges, which presents changes on its surface. This is the reason that AMM is diagnosed wrongly as carcinoma. At advanced stages it can produce tooth mobility, pain and spontaneous bleeding, with presence or not of ulceration.⁷

Maxillary carcinomas are almost always detected through diagnostic tools as radiolucent expandable abnormalities. By radiography they should be differentiated from odontogenic cysts, ameloblastoma, giant cell granuloma or other odontogenic tumors.³ Multiple spectra image, which is taken with waves of different spectra in order to detail the distribution of pigment and depth of lesions, is the most used screening tool for detecting melanomas.⁸ Likewise, both biopsy and immunohistochemistry studies are suitable diagnostic aids to obtain an accurate diagnosis.^{2,6}

Histologically, in AMM there can be atypical cells distributed in nodules where melanin is absent or very weak, which could be due to lack of melanin-producing enzymes or to tumor cell differentiation.⁸ Carcinoma invades underlying connective tissue, so blood and lymphatic vessels may be eroded by malignant cells, which also may produce keratin pearls that help classify a tumor into well, moderately or poorly differentiated carcinoma.⁴

The diagnosis of both entities is basically histological, so it is important to perform biopsy and immunohistochemistry studies and correlate them with imaging studies and clinical examination.⁷ In oral cavity, rhabdomyosarcoma, neural malignant tumor, malignant fibrous histiocytoma, fusiform malignant melanoma,

and malignant neoplasm of lymphocytic origin or of endothelial cells are the differential diagnoses associated with these diseases. Surgical removal has given better results than radiotherapy, but this is difficult to confirm in the literature because the mortality from both conditions and their high recurrence rate suggest that local removal must be discarded.²

SC and AMM are two neoplasms of aggressive course that represent a real health problem for their high rate of morbidity and mortality. The aim of this work is to describe their clinical and histological features, diagnostics and multidisciplinary treatment to carry out a rapid and appropriate management of these diseases.

REPORT OF A CLINICAL CASE

A 79-year-old male patient presented to the oral and maxillofacial surgery service at the Naval Hospital in Cartagena-Colombia with a lesion in the hard palate and upper alveolar ridge area extending to left buccal, nasal and infraorbital region of rapid and progressive growth. Pathology results of a study performed in another institution indicated extensively necrosed, large cell undifferentiated malignant tumor. In interrogation, a family member referred that the patient did not have a history of smoking or alcohol use, neither had he been previously subjected to radiation therapy.

At general physical examination, the patient exhibited general stable condition with apparent good health status. Extraoral clinical examination revealed a rounded lesion extending from infraorbital, malar and genial region compromising the left buccal area, of approximately 10 cm, of soft-rocky consistency, erythematous and smooth, painful at palpation, with presence of ipsilateral and contralateral adenopathies. Intraoral examination revealed ulcer-vegetative lesion with necrotic surface in its posterior portion with bleeding stigmata of approximately 5 cm, located on hard palate and alveolar ridge. The patient showed total edentulous jaws (*Figure 1*).

Magnetic resonance imaging showed a mass extending in the anterior region at the level and above the left maxilla, up to the infraorbital area, with heterogeneous density of mixed soft tissue. The left masseter muscle is infiltrated by the lesion, the edges are irregular making it difficult to define the borders of the mass (*Figure 2*). Taking into account anamnesis and clinical and imaging features, the clinical impression was presence of a squamous cell carcinoma.

After signature of informed consent, an incisional biopsy of lesions located at vestibular and palatal level was done. Two samples were sent to histopathological

study. Histopathological examination showed fragments of oral mucosa largely compromised by a high-grade malignant tumor, represented by large cells with ample eosinophilic cytoplasm and pleomorphic nuclei, with prominent nucleolus arranged in sheets with a high mitotic rate. The mucosal surface was ulcerated and areas of necrosis were observed. Interesting to note, the low surface epithelium that lined the sample looked ulcerated, but there were no dysplastic changes. No pigment or pagetoid dissemination was detected in the samples (*Figures 3 and 4*). The morphological findings corresponded to a malignant tumor of high histological grade. No gland or cord formation or keratinization allowed suggesting a specific histological differentiation, so two differential diagnoses were proposed, namely squamous cell carcinoma of sarcomatoid morphology and amelanotic malignant melanoma. Immunohistochemical studies were then suggested.

Cell block immunohistochemistry was performed at the Naval Hospital of Cartagena. Cut sections showed fragments of a malignant tumor consisting of large pleomorphic cells of eosinophilic cytoplasm with irregular round and spindle nuclei, with prominent nucleoli and abundant atypical mitosis, and presence of extensive areas of necrosis. Immunohistochemical studies showed results of Vimentin and Cam 5.2 strongly reactive to tumor cells; they were negative for CK5, 6, EMA, P63, CK AE1/AE3, HMB45, Melan and TTF1 (*Figures 5 and 6*). Morphological and immunohistochemical findings were compatible with SC of the left maxilla.

The treatment was total maxillectomy, upper cheilectomy, radical modified emptying type III, right suprahyoid emptying, and reconstruction with microsurgery. All of this under the strict control of the specialties of stomatology, oncology, maxillofacial surgery, head and neck surgery, and microvascular surgery. After surgery, the patient was stable; at control visit 15 days later there was good healing process, without signs of infection with mild inflammation. A follow-up appointment was scheduled at two months; however, the patient did not return because he died from cardiovascular and gastrointestinal alterations.

DISCUSSION

Squamous cell carcinoma has some rare variants; among them is the SC of head and neck, of poor prognosis. On the other hand, since the morphological characteristics of SC are associated with those of other spindle cell neoplasms, which are also of rare prevalence, the diagnosis becomes complicated.⁹

In a study conducted between 2005 and 2011 that included 23 patients with diagnosis of head and neck

SC, there were 2 SC cases in the maxillary sinus, 3 in the ethmoid sinus, 4 in oral cavity, 5 in oropharynx, and 9 in larynx. Of these patients, 6 were subjected to chemical radioteraphy.¹⁰

It should be noted that tumor cells infiltrate individually in the dermis, which may or not have connection with the underlying epidermis. Besides the fact that there is no formation of cysts or cords, adjacent and deep infiltration in both the dermis and the fascia is common. Histologically, it is difficult to distinguish SC from AMM, so immunohistochemical studies should always be made. Positive staining with Vimentin and keratin has been demonstrated in the components of SC cells, 2 as was evident in the present case, in which immunohistochemistry corroborated the presumptive diagnosis of SC, discarding AMM.

Osorio-Velasquez et al.¹ commented on the various hypotheses about the origin of this type of neoplasms. They are believed to derive from squamous cell carcinoma with reactive mesenchymal proliferation; from a malignant growth produced by remains of mesenchymal and epithelial tissue of embryonic crest; or from cell differentiation with carcinomatous and sarcomatous component. Thus, the histopathological study of this malignant neoplasm represents a challenge, and the delay on its accurate identification may lead to late diagnosis and treatment.

CONCLUSION

It is imperative to learn more about the etiology of SC and to accurately characterize it, because clinically the presentation of neoplastic lesions may be similar. Pathology and immunohistochemistry studies as well as all necessary tests should therefore be performed to ensure a precise diagnosis. It is also important to develop an integral and multidisciplinary treatment plan to obtain the best possible results and improve the quality of life of the patient.

REFERENCIAS / REFERENCES

1. Osorio-Velásquez A, Chiesa-Estomba CM, Betances-Reinoso FA, San Miguel-Fraile MP, Ortiz-Rey JA. Carcinoma sarcomatoide de laringe. ¿Un reto histológico? *Rev Esp Patol.* 2018; 51 (1): 30-33.
2. Verco S, Chambers I, Hall G. Maxillary sarcomatoid carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012; 114 (1): e31-e35.
3. Braghetto I, Montesinos G, Musleh M, Cortés C, Las Heras F, Domínguez C. Carcinoma escamoso sarcomatoide de la unión gastroesofágica: caso clínico. *Rev Méd Chile.* 2014; 142 (6): 786-790.
4. Ke SK, Duan HB, Cai YJ, Cao YP, Zhong Y, Hu C. Esophageal sarcomatoid carcinoma presenting as a fever with elevated serum leukocytes. *Ann Thorac Surg.* 2014; 98 (5): e123-e125.
5. Huguet P, Gabaldón MA, Sansano I, Semidey ME, Tallada N, Castellví J et al. Melanoma maligno amelanótico en un ganglio de glándula parótida. Estudio clinicopatológico, inmunohistoquímico y molecular de un caso. *Rev Esp Patol.* 2010; 43 (3): 144-147.
6. Higaki-Mori H, Ito A, Sugita K, Yoshida Y, Yamamoto O. Metastatic amelanotic melanomas showing spontaneous regression after skin biopsies. *J Dermatol.* 2017; 44: e19-e20.
7. Rawal YB, Dodson TB, Bal HS. Oral melanoma: relevance to the dental team members. *J Am Dent Assoc.* 2017; 148 (2): 113-119.
8. Avello CF, Avello PA. Melanoma en la región de cabeza y cuello. *An Fac Med.* 2015; 76 (2): 187-192.
9. He HL, Liu ZL, Ma CY, Li XG, He Y. Clinicopathological features of carcinosarcoma in oromaxillofacial head and neck region. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue.* 2017; 26 (5): 569-572.
10. Kim SM, Kim MJ, Jung H, Sun JM, Choi YL, Ko YH, Ahn MJ. Presence of anaplastic lymphoma kinase translocation in sarcomatoid carcinoma of head and neck and treatment effect of crizotinib: a case series. *Head Neck.* 2015; 37 (5): E66-E69.

Dirección para correspondencia /
Mailing address:

Samuel Urbano Del Valle

Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena.

Barrio Zaragocilla Campus de la Salud. Cartagena.

D.T. y C. Colombia. Suramérica.

Móvil: (317) 380-4783.

E-mail: surbanod@unicartagena.edu.co