

ABSTRACT

BAGGRUND – 1-3 % af maligne sygdomme i den maksillofaciale region er metastaser. Diagnostik af orale metastaser kan være udfordrende pga. manglende specifikke kliniske tegn og/eller symptomer. Orale metastaser forekommer typisk i sene stadier af cancersygdommen, og prognosen er derfor ofte dårlig med kort interval mellem debut af metastase og død.

PATIENTTILFÆLDE – En 82-årig mand blev henvist fra onkologisk regi med en større hævelse i gingiva til Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk afdeling. Patienten blev henvist med mistanke om malignitet. Patienten var kendt med coloncancer og blev fulgt i onkologisk regi. Hævelsen var asymptomatisk, men kosmetisk generende for patienten, da den var synlig ved smil, og patienten var præget af udtalt dårlig ånde (foetor ex ore). Der blev foretaget en excisionsbiopsi, som påviste en oral metastase fra coloncancer.

KONKLUSION – Mundslimhindeforandringer skal diagnosticeres rettidigt. Ofte er der behov for en histologisk undersøgelse for at fastlægge en diagnose samt udelukke eventuel malignitet.

EMNEORD Oral metastasis | colorectal cancer | gingiva | oral mucosal lesions | biopsy



Korrespondanceansvarlig førsteforfatter:
NADIA MOUSAVIANPOUR-KOUHKAMARI
nmous@regionsjaelland.dk

Gingival metastase fra dissemineret coloncancer

NADIA MOUSAVIANPOUR-KOUHKAMARI, standlæge, Afdeling for Kæbekirurgi, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet, og Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge

TANJA CRUUSBERG WEBLE, onkolog og postgraduat klinisk lektor, Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder, Sjællands Universitetshospital, Roskilde

KRISTIAN MICHAEL WOOD-KURLAND, uddannelsestandlæge i tand-, mund- og kæbekirurgi, Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge

LONE FORNER, lektor, ph.d., Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge og Institut for Klinisk og Præventiv Odontologi, Syddansk Universitet, Odense

Accepteret til publikation den 26. juli 2026

Tandlægebladet 2026;130:610-4

ORALE METASTASER er en sjælden tilstand. 1-3 % af maligne sygdomme i den maksillofaciale region er metastaser (1). De hyppigste primære tumorer, der metastaserer til den maksillofaciale region, har oprindelse i mammae, pulmones, ventrikel, colon eller renes (2,5).

Orale metastaser forekommer typisk i sene stadier af cancersygdommen, og prognosen for patienten er ofte dårlig med kort interval mellem debut af metastase og død (3,4). I denne kasuistik præsenteres en 82-årig mand, der blev henvist på baggrund af en hurtigvoksende hævelse i gingiva. Den kliniske og radiologiske undersøgelse gav anledning til flere differentialdiagnostiske overvejelser, og diagnosen blev stillet på baggrund af histologisk undersøgelse af en biopsi. Kasuistikken bringes med patientens informerede samtykke.

PATIENTTILFÆLDE

En 82-årig mand blev i 2021 diagnosticeret med adenocarcinom i colon ascendens og behandlet med en makroradikal højresidig hemikolektomi for at fjerne al tumorvæv. I 2024 blev patienten diagnosticeret med adenocarcinom i venstre lunges overlap. Dette fund repræsenterede en metastase fra tidligere coloncancer. Patienten blev sat i pallierende kemoterapi samt

pallierende stråleterapi, men trods behandling progredierede sygdommen med tilkomst af multiple lungemetastaser. Pga. fortsat progression og skrøbelig almentilstand blev al onkologisk behandling seponeret i juni 2025 efter aftale med patienten. I september 2025 blev patienten henvist fra onkologisk afdeling til Tand-, Mund-, og Kæbekirurgisk Afdeling pga. en tiltagende hævelse i gingiva. Patienten oplyste, at egen tandlæge i primærsektoren havde foretaget en tandrensning i området uden klinisk effekt. Tandlægen havde desuden haft en mistanke om malignitet, og havde bedt patienten om at kontakte onkologisk afdeling, som patienten allerede var tilknyttet.

Anamnese og klinisk undersøgelse

Af anamnesen fremgik det, at hævelsen var tiltaget i størrelse over de seneste tre uger. Periodevis gik der hul på hævelsen med efterfølgende blødning. Patienten angav ingen smerter fra området, men var generet af hævelsens størrelse grundet synlighed ved smil. Derudover angav patienten udtalt foetor ex ore.

Ved den objektive undersøgelse sås en større cirkulær velafgrænset tumor lokaliseret til den fastbundet gingiva regio 3+,

2+, 1+ facialet og palatinalt. Tumoren var eksofytisk med stillet tilhæftning og blød ved palpation. (Fig. 1) Tumoren fremstod rødlig med partielle områder med fibrindække og mistanke om superficielle ulcerationer. På baggrund af de kliniske fund blev der fundet indikation for supplerende radiologisk udredning med henblik på at vurdere eventuel knogleinvolvering af maksillen. Røntgenundersøgelse i form af Cone Beam CT viste intakt kortikal knogle uden tegn på knogleinvolvering. Som bifund sås let fortykket slimhinde svarende til højresidig sinus maxillaris (Fig. 2).

Tentativ diagnose og udredning

De differentialdiagnostiske overvejelser inkluderede pyogen granulom og perifert kæmpecellegranulom. Da malignitet ikke kunne udelukkes og for at afklare diagnosen, blev patienten booket til hurtigst mulig behandling. I kæbekirurgisk regi blev der foretaget en excisionsbiopsi af hele tumorvævet i lokal analgesi. Det exciderede væv blev fikseret i formalin og sendt til histologisk undersøgelse (Fig. 3).

Histologisk undersøgelse og endelig diagnose

Den histologiske undersøgelse viste, at overfladen af vævet var beklædt med et veldifferentieret, flerlaget pladeepitel med overgang til ulceration og underliggende vækst af et malignt epitelialt tumorvæv. Tumorvævet var opbygget af irregulære glandulære, fokalt kribriforme strukturer med stedvis luminal nekrose svarende til, at der var tale om et adenocarcinom. Da patienten allerede var kendt med metastatisk coloncancer, og morfologien var karakteristisk herfor, blev der ikke fundet indikation for supplerende immunhistokemiske analyser. Immunhistokemiske analyser anvendes i tilfælde, hvor den morfologiske vurdering alene ikke er tilstrækkelig til at stille en sikker diagnose (Fig. 4). ▶

Den kliniske manifestation

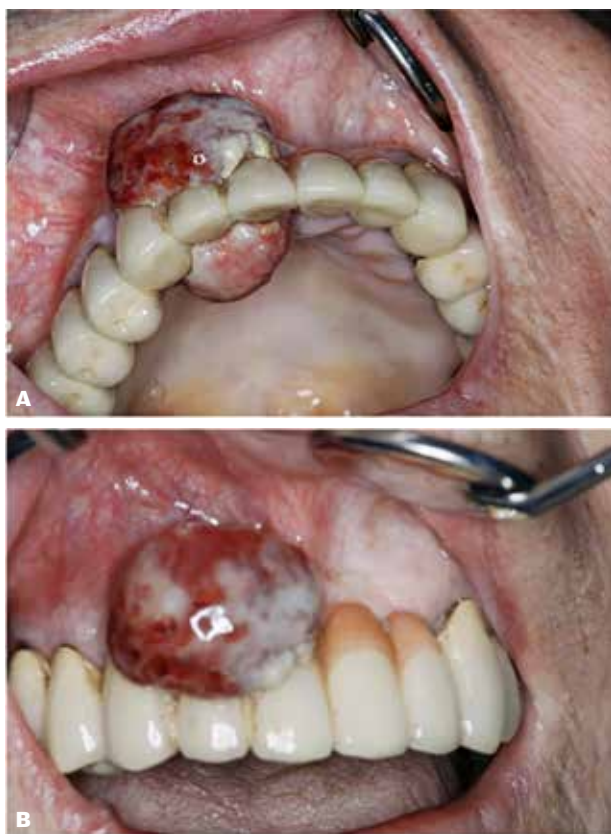


Fig. 1. Kliniske fotos fra patientens første besøg i afdelingen i september 2025.

Fig. 1. Clinical photographs from the patient's first visit to the department in September 2025.

Cone Beam CT-undersøgelse

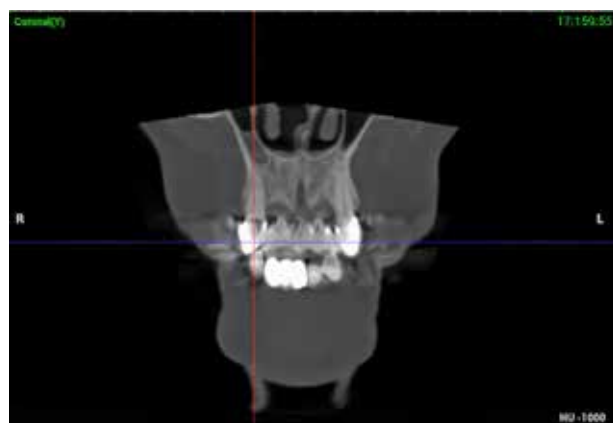


Fig. 2. Koronalt snit viser ingen sygdom. Som bifund ses fortykket slimhinde af højresidig sinus maxillaris.

Fig. 2. Coronal CBCT image shows no disease. An incidental finding is mucosal thickening of the right maxillary sinus.

Biopsi



Fig. 3. Mundslimhindeforandringen excideres.
Fig. 3. The oral mucosal lesion is excised.

Histologisk billede af det udtagne væv

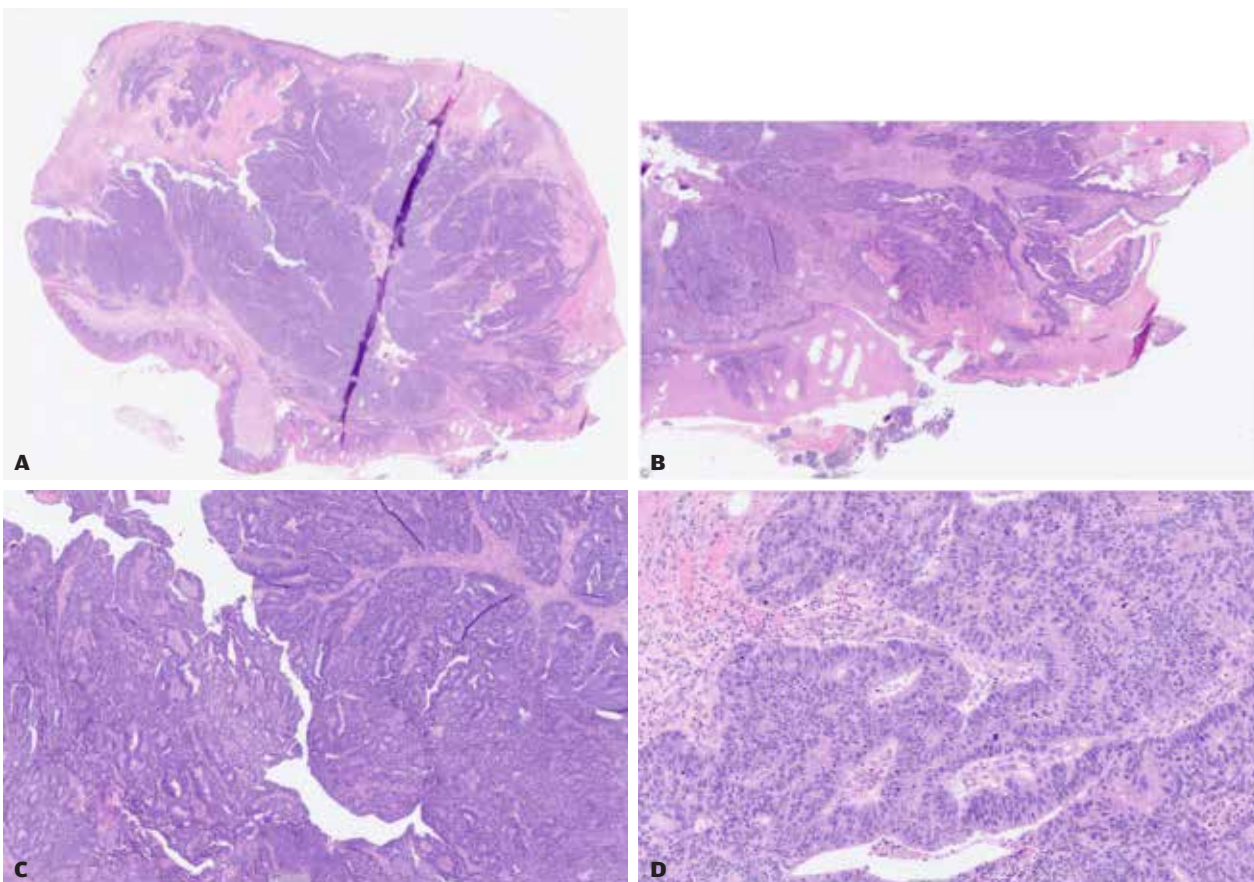


Fig. 4. A+B. Der ses overgang fra et veldifferentieret flerlaget pladeepitel til ulceration og et underliggende malignt epitelialt tumorvæv. **C.** Tumorvævet er opbygget af maligne epitelceller arrangeret i glandulære, stedvist kribriforme strukturer med luminal nekrose. **D.** Tumorcellerne har hyperkromatiske, pleomorfe kerner, og der er talrige mitoser. Hæmatoxylin-eosin (H&E)-farvninger.

Fig. 4. A+B. Transition from well-differentiated stratified squamous epithelium to an ulcer with an underlying malignant epithelial tumour. **C.** The tumour is composed of malignant epithelial cells arranged in glandular structures with focal cribriform structures and luminal necrosis. **D.** The tumour cells show hyperchromatic, pleomorphic nuclei and numerous mitotic figures. Haematoxylin and eosin (H&E) staining.

Behandling og opfølgning

Den endelige diagnose blev konfereret med den patientansvarlige onkolog. Der blev ikke fundet indikation for palliativ strålebehandling grundet patientens skrøbelige almentilstand. Som alternativ behandling blev planlagt debulking ved evt. recidiv af den gingivale tumor. Debulking defineres som kirurgisk fjernelse af så meget tumurvæv som muligt, når totalfjernelse af tumoren ikke kan lade sig gøre.

Fire uger efter excisionen af den oprindelige gingivale tumor henvendte patienten sig til afdelingen pga. en nytillkommen hævelse i tandkødet. Patienten oplyste, at den nye hævelse var opstået ca. to uger efter fjernelse af den første tumor og var tiltaget gradvist i størrelse. Ved den kliniske undersøgelse sås recidiv af tumoren. Tumoren sås i samme region som tidligere tumor, regio 3+, 2+, 1+ facalt og palatalt (Fig. 5). Patienten blev tilbudt debulking af den recidiverede tumor. På dette tidspunkt havde patienten ingen væsentlige gener, og grundet mistanke om fortsat tumurvækst valgte patienten at udskyde debulking. I oktober 2025 afgik patienten ved døden.

DISKUSSION

I nærværende kasuistik præsenteres en patient med verificeret oral metastase. Patienten havde en kendt anamnese med coloncancer samt metastasering til venstre lunge, og fundet i mundhulen medførte ingen ændring i den onkologiske behandling. Metastaser til den maksillofaciale region forekommer ifølge litteraturen relativt sjældent og udgør omtrent 1-3 % af alle maligne sygdomme i den maksillofaciale region (1). Ansvar for den initiale udredning påhviler den sundhedsfaglige behandler. Som tandlæge i primærsektoren har man ikke adgang til patientens fulde sundhedsjournal, hvilket kan indebære risiko for utilstrækkelig indsigt i væsentlige helbredsoplysninger. Derfor er det vigtigt at optage en grundig anam-

klinisk relevans

I tandlægepraksis ses jævnligt patienter med forandringer i mundslimhinden. Som tandlæge er det vigtigt at optage en fyldestgørende medicinsk anamnese forud for den kliniske og radiologiske undersøgelse. De fleste slimhindeforandringer er benigne, men i sjældne tilfælde kan de være maligne. Da det klinisk ikke er muligt at skelne mellem en primær malign tumor i mundhulen og en metastase fra en kendt eller endnu udiagnosticeret cancersygdom, er histologisk undersøgelse afgørende for at sikre korrekt diagnostik og efterfølgende behandling.

nese, hvor der systematisk spørges ind til både generelle og alvorlige sygdomme, herunder maligne lidelser. Ved mistanke om cancer bør der desuden foretages udspørgen om evt. B-symptomer, såsom utilsigtet vægttab og øget svedtendens. I tilsvarende kliniske tilfælde er det ligeledes relevant at afdekke udviklingshastigheden af mundslimhindeforandringen. Som led i den diagnostiske proces bør relevante differentialdiagnoser overvejes, indtil diagnosen foreligger. Ved alle malignitetssuspekterede fund er det afgørende, at der reageres rettidigt, og at patienten henvises til videre udredning uden unødigt forsinkelse. Tidlig diagnostik kan være afgørende for prognosen – både hos patienter med metastaser, hvor den orale læsion udgør det første kliniske tegn på en underliggende malign sygdom, men også hos patienter, hvor der er tale om primær tumor i hoved-hals-området. Ved mistanke om malignitet kan der med fordel rettes henvendelse til nærmeste kæbekirurgiske afdeling, der i flere af landets regioner fungerer som visitationsenhed for tandlæger i regionen. ♦

Recidiv af gingival tumor



Fig. 5. Tumoren ses i samme område som tidligere tumor.

Fig. 5. The tumor is seen in the same area as the previous tumor.

ABSTRACT (ENGLISH)

GINGIVAL METASTASIS FROM COLORECTAL CANCER

BACKGROUND – Metastases account for 1-3% of all malignant tumours in the maxillofacial region. The diagnosis of oral metastases can be challenging due to the lack of specific clinical signs and/or symptoms. Oral metastases typically occur in advanced stages of cancer, and the prognosis is therefore often poor, with a short interval between the onset of the metastasis and death.

STUDY CASE – An 82-year-old man was referred to the department of oral and maxillofacial surgery with a large gingival swelling. The patient was referred with suspected malignancy.

The patient had a known diagnosis of colorectal cancer and was followed by the oncology department. The lesion was asymptomatic but caused cosmetic concern for the patient, as it was visible when smiling. The patient also reported pronounced halitosis (foetor ex ore). A complete excisional biopsy was performed, revealing an oral metastasis originating from colorectal adenocarcinoma.

CONCLUSION – Oral mucosal lesions should be diagnosed promptly. Histopathological examination is often required to establish a definitive diagnosis and to exclude malignancy.

LITTERATUR

1. Pakfetrat A, Dalirsani Z, Saghravani N et al. Tumor metastasis to the oral soft tissues and jaw bones: A retrospective study and review of the literature. Clin Exp Dent Res 2024;10:e70011.
2. Hirshberg A, Shnaiderman-Shapiro A, Kaplan I et al. Metastatic tumours to the oral cavity – pathogenesis and analysis of 673 cases. Oral Oncol 2008;44:743-52.
3. Irani S. Metastasis to the oral soft tissues: a review of 412 cases. J Int Soc Prev Community Dentistry 2016;6:393-401.
4. Kumar GS Manjunatha BS. Metastatic tumors to the jaws and oral cavity. J Oral Maxillofac Pathol 2013;17:71-5.
5. Kaplan I, Raiser V, Shuster A et al. Metastatic tumors in oral mucosa and jawbones: Unusual primary origins and unusual oral locations. Acta Histochem 2019;121:151448.