

Caso clínico

Melanoma mucoso de tabique nasal

Luis Sarra*, Juan C Rodríguez, Mariela García-Valea, Aníbal Arédez-Ferrer, Anabel Vino y Bárbara Guassardo

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Municipal Dr. Diego Thompson, General San Martín, Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de septiembre de 2011

Aceptado el 1 de diciembre de 2011

On-line el 22 de febrero de 2012

Palabras clave:

Melanoma
 Mucosa
 Tabique
 Nasal

Keywords:

Melanoma
 Mucosal
 Nasal cavity
 Septum

R E S U M E N

Los melanomas mucosos son tumores raros y de mal pronóstico. Representan alrededor del 1% del total de melanomas y el 0,5% de los tumores malignos de cabeza y cuello. Cuando se localiza en las fosas nasales, produce sintomatología tardía e inespecífica como obstrucción respiratoria, epistaxis o dolor facial. El tratamiento de elección es la cirugía combinada con quimio y radioterapia. Presentamos un caso con sobrevida de 4 años y realizamos una revisión de la literatura.

© 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Nasal cavity mucosal melanoma

A B S T R A C T

Head and neck mucosal melanoma is a rare entity with poor prognosis. This tumour represents less than 1% of malignant melanomas and 0.5% of head and neck malignancies. Melanomas that arise in the nasal cavity present with non-specific symptoms and have a poor prognosis. Wide local excision is the treatment of choice combined with postoperative chemoradiotherapy. We present a case with an unusual survival (4 years) and perform a review of the literature.

© 2011 SECOM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Los melanomas mucosos se caracterizan por su rápido crecimiento y diseminación^{1,2}. Son de rara aparición y mal pronóstico, representando el 1% de los melanomas y el 0,5% de los tumores malignos de cabeza y cuello². La luz solar no es un factor de riesgo como en los melanomas cutáneos, aunque

irritantes como el humo del tabaco, han sido relacionados en su patogenia^{3,4}.

En la mucosa nasal fue descrito por Lucke en 1869 y representa el 8-15% de los melanomas cabeza y cuello. No hay diferencia en la distribución por sexo y predomina entre la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsarra@intramed.net.ar (L. Sarra).

♦ Todos los autores pertenecen al Servicio y Hospital Público citado y son argentinos nativos de la Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y Provincia de Tucumán.

1130-0558/\$ – see front matter © 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.maxilo.2011.12.002](https://doi.org/10.1016/j.maxilo.2011.12.002)

séptima y octava décadas de la vida^{2,4,9}. Predomina en razas negra y oriental^{1-3,6}.

La clínica es inespecífica con obstrucción, epistaxis y dolor facial. En etapas avanzadas el tumor puede observarse asomando por la fosa nasal comprometida^{3,7,9,10}.

El tratamiento de elección es la cirugía, aunque resulta casi imposible poder realizar una resección radical del tumor, por las estructuras vitales adyacentes que impiden obtener márgenes adecuados de seguridad^{1,2,5,6}.

La recurrencia local es del 67 al 92% y su aparición impacta negativamente en la supervivencia de estos pacientes que oscila entre el 10 y el 15% a los 5 años^{2,9,10}.

Caso clínico

Hombre caucásico de 53 años, sin antecedentes importantes que comienza en febrero de 2007 con obstrucción nasal izquierda y epistaxis. Consulta en junio por tumoración azulada en fosa nasal izquierda visible por narina. Se realizó una biopsia quirúrgica de la masa que fue informada como «melanoma nodular». En la tomografía axial computarizada (TAC) se observa un tumor que desplazaba el tabique extendiéndose hasta las celdillas etmoidales izquierdas (fig. 1). No se palpaban adenomegalias en el cuello y se descartó patología regional y alejada mediante estudios de imágenes (TAC) y de laboratorio.

Se interviene en agosto de 2007. Se realiza como primera maniobra quirúrgica una cervicotomía para ligar la arteria carótida externa izquierda con el objetivo de minimizar la hemorragia intraoperatoria. Se efectuó biopsia por congelación intraoperatoria de un ganglio hallado aisladamente en la bifurcación carotídea durante la maniobra de la ligadura arterial descripta. La misma fue informada como negativa. Se continuó con una rinotomía horizontal con sección de la columna y sección vertical del labio superior. Se reseccó el tabique óseo y cartilaginoso avanzando con el escoplo paralelo al paladar duro. Se completó la resección en bloque del septum con el tumor que se originaba en el cornete inferior izquierdo. Finalizada la resección se comprobó una persistencia tumoral de 5 mm. de diámetro a nivel de la lámina cribosa del etmoides, que no se reseccó por no contarse con equipo de Neurocirugía.

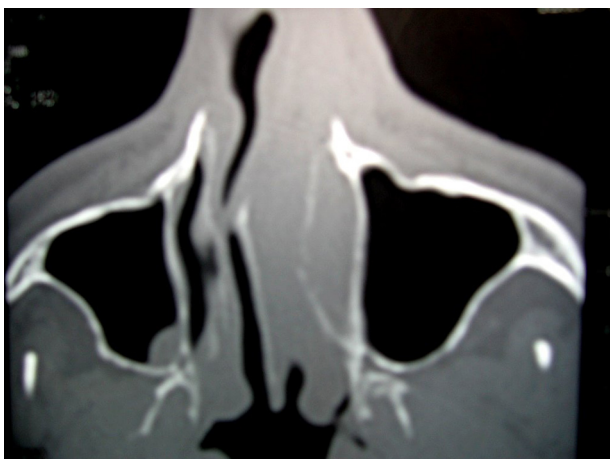


Figura 1 – Tomografía preoperatoria.

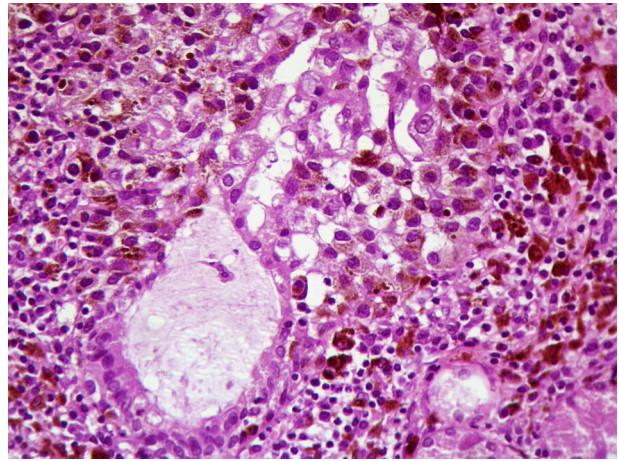


Figura 2 – Histología.

Se suturó por planos la herida, previo taponamiento con «pack» de gasa del lecho quirúrgico. El paciente evolucionó con parálisis del nervio motor ocular común izquierdo que remitió espontáneamente en 3 semanas.

Anatomía Patológica: el estudio diferido informa: melanoma mucoso epitelioide infiltrante con áreas de melanoma in situ. Resección incompleta en margen superior. Ganglio cervical con infiltración de melanoma (fig. 2).

Se indicó radioterapia con reconstrucción tridimensional (6.500 cGy) y 6 ciclos de quimioterapia con dacarbacina. La evolución fue favorable y no presenta evidencias de enfermedad tras un seguimiento de 4 años.

Discusión

No existe consenso para la clasificación del melanoma mucoso^{2,9,10}. No son aplicables los niveles de Clark ni el espesor tumoral de Breslow². Se utiliza la clasificación por etapas. I: tumor localizado. II: metástasis regionales y III: metástasis a distancia. Recientemente el Memorial Sloan Kettering Cancer Center propuso una subclasificación de la etapa I en tres niveles tomando en cuenta los grados de infiltración de la mucosa⁴.

La cirugía parece ofrecer el mejor control local de estas lesiones combinada con quimioterapia^{1,2,9,10}. Aunque Pérez y Brady demuestran similares resultados con radioterapia versus cirugía, a pesar de la radioresistencia atribuida al melanoma en la literatura^{3,8,10}.

El pronóstico del melanoma mucoso de fosa nasal es malo debido a las dificultades mencionadas para lograr una resección radical con márgenes libres de lesión, y por lo avanzado del estadio en que los pacientes llegan a la consulta^{1,2,4,10}.

La quimioterapia como único tratamiento ha tenido resultados decepcionantes siendo dacarbacina el único fármaco útil en etapas avanzadas. Se utilizó BCG, vacuna de células dendríticas e interferón alfa con escaso éxito^{8,10}.

Como comentario acerca de la técnica utilizada, varios autores recomiendan el abordaje por rinotomía lateral^{3,6,9}. Nosotros, siguiendo a Veronesi, optamos por una rinotomía

horizontal con sección de la columela, logrando un amplio campo operatorio¹⁰.

En nuestro caso, decidimos no reseca la persistencia tumoral en la lámina cribosa del etmoides por no contar con un equipo neuroquirúrgico disponible. El hallazgo del ganglio cervical que fue biopsiado durante la ligadura de la arteria carótida externa fue incidental. La invasión en la biopsia diferida de un ganglio cervical, nos colocó ante la situación de un melanoma primario no controlado por la persistencia tumoral y compromiso linfático regional.

Se planteó el vaciamiento de cuello, táctica que fue desestimada por la persistencia del primitivo a nivel del etmoides. Decidimos por lo tanto realizar quimio y radioterapia postoperatoria en cuello y en el área de la persistencia con buenos resultados tras 4 años de seguimiento.

Responsabilidades éticas

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcaraz M, Torrico P, Puente G, Pisón F, López-Ríos J. Melanoma maligno amelanótico de la mucosa nasal. *ORL-DIPS*. 2005;32:159-62.
2. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. *Pathology and genetics of head and neck tumours*. Lyon: W.H.O. IARC Press; 2005. p. 72-4.
3. Dauer EH, Lewis JE, Rohlinger AL, Weaver AL, Olsen KD. Sinonasal melanoma: a clinicopathologic review of 61 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;138:347-52.
4. Mendenhall WM, Amdur RJ, Hinerman RW, Werning JW, Villaret DB, Mendenhall NP. Head and Neck Mucosal Melanoma. *Am J Clin Oncol*. 2005;28:626-30.
5. Raspall G. *Cirugía Maxilofacial*. Barcelona: Editorial Panamericana; 1997. p. 367-8.
6. Sarra LD, Rancati A, Butto C, Ahumada JC. Melanoma mucoso. Nuestra experiencia. *Rev Argent Canc*. 1990;18:51-8.
7. Schmalbach CE, Johnson TM, Bradford CR. The Management of Head and Neck Melanoma. *Curr Probl Surg*. 2006;43:781-835.
8. Tiwari D, Plater M, Partridge R, Weston-Simons J. Primary malignant melanoma of the nose: a rare cause of epistaxis in the elderly. *Age and Ageing*. 2005;34:653-4.
9. Veronesi U. *Cirugía Oncológica*. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1991. p. 94.
10. Yen-Fu Ch Chien-Chung L, Ching-Yin H, Chih-Hung S, Ching-Zong L. Sinonasal mucosal melanoma: clinical review of 23 cases. *J Chin Med Assoc*. 2007;70:24-9.