

Melanoma nasal. Reporte de un caso

*Mayén-Ramírez Sandra Edith

Resumen

El melanoma nasal es una patología poco frecuente, pero con un mal pronóstico la mayoría de las veces. El presente caso es de un paciente que presentó una tumoración nasal cuyo reporte histopatológico fue de melanoma, tratado en el Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Central Militar, donde se decidió realizar una maxilectomía medial con el fin de resear dicha tumoración e iniciar manejo con inmunoterapia; el paciente presentó una evolución postoperatoria satisfactoria.

Palabras clave: melanoma nasal, maxilectomía medial, inmunoterapia.

Abstract

Nasal melanoma is a very rare disease, but with a very bad prognosis. The present case concerns a patient who presented with a nasal mass, whose histopathological report was of melanoma. He was treated in the Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgical Department at Military Central Hospital, where it was decided to perform a medial maxillectomy, so that the mass could be resected. Management with immunotherapy was initiated, and the patient showed a satisfactory post-operative recovery.

Key words: nasal melanoma, medial maxillectomy, immunotherapy.

Introducción

Existen aproximadamente 2 a 3 billones de melanocitos en el cuerpo humano, los cuales proveen pigmentación a pelo y piel mediante la producción de melanina.¹ Los melanocitos se desarrollan a partir del neuroectodermo en estadios tempranos de la gestación, y los melanomas son la transformación neoplásica maligna de estas células.²

El melanoma tiene conducta, tratamiento y pronóstico diferentes según sea cutáneo o de mucosas. A diferencia del cutáneo, el melanoma mucoso no se relaciona con exposición a luz solar, aunque el pico de incidencia en la cuarta a séptima décadas de la vida es igual en ambos.³ Se considera que el melanoma es una neoplasia maligna muy agresiva y de mal pronóstico, por lo que su detección y tratamiento tempranos son esenciales.⁴

El melanoma de las mucosas constituye únicamente 2 a 3% de todos los melanomas,⁵ pero alcanza hasta 8.5%

de los melanomas de cabeza y cuello. La mayoría aparece en nariz y senos paranasales, seguidos por la cavidad oral.⁶ Predomina entre la quinta y la octava décadas de la vida y es más común en personas de origen caucásico.⁷ Debido a su rareza, el melanoma de mucosa no está bien entendido, descrito y estudiado.⁸

Reporte de caso

Paciente masculino de 73 años, atendido en el Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Central Militar, sin antecedentes heredofamiliares de importancia, originario del Estado de Hidalgo, donde se había dedicado toda su vida a la agricultura. No refería haber estado en contacto con algún tipo de producto químico, pero sí tabaquismo positivo de una cajetilla a la semana, y como único antecedente patológico de importancia la colocación de un lente intraocular dos años

*Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Central Militar.



Figura 1. Aspecto externo del paciente durante evaluación inicial. La flecha señala la tumoración polipoide.

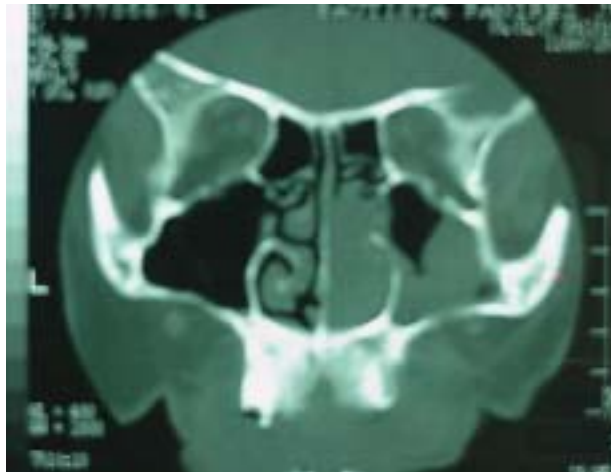


Figura 2. Imagen tomográfica coronal de nariz y senos paranasales; se observa tumoración nasal y sinusitis maxilar secundaria.



Figura 3. Tomografía axial de senos paranasales en la que se aprecia la conservación del *septum* óseo y las paredes mediales de senos maxilares.

antes. El paciente indicó que dos meses antes de su valoración inicial comenzó a presentar sensación de obstrucción nasal, epistaxis ocasional y rinorrea hialina

constante. Posteriormente notó la presencia de una tumoración ocupante de cavidad nasal derecha, por lo que fue referido al mencionado Servicio.

Durante la exploración física se observó pérdida de asimetría de la pirámide nasal a expensas de aumento en el volumen del lado derecho, con fosa nasal derecha ocupada por una tumoración polipoide que obstruía completamente la luz de la misma, de aspecto pálido y con superficie ulcerada en algunos sitios (**Figura 1**). Se tomó biopsia con pinza y se solicitó una tomografía computarizada de nariz y senos paranasales (**Figura 2**).

El reporte patológico fue de melanoma. El estudio del paciente se complementó con resonancia magnética nuclear, que confirmó la presencia de masa ocupante de fosa nasal derecha, sin lesión a estructuras óseas, con sinusitis maxilar derecha agregada, al parecer secundaria a obstrucción de complejo osteomeatal de seno maxilar (**Figura 3**). Debido a la negativa del paciente se pospuso el manejo quirúrgico, el cual fue finalmente aceptado y realizado cuatro meses después de la valoración inicial; no se observaron cambios importantes en el examen clínico previo a la cirugía.

Se llevó a cabo una maxilectomía medial derecha. El paciente evolucionó satisfactoriamente; le fue colocado un obturador en paladar duro para permitir deglución y fonación adecuadas. Posteriormente, el Servicio de Oncología Médica decidió iniciar aplicación de interferón con el fin de prevenir la recurrencia de la tumoración. Durante el último examen clínico del paciente, cinco meses después de la cirugía, no se encontraron datos de actividad tumoral.

Discusión

El melanoma nasal es una patología poco frecuente y, por lo mismo, no existe un manejo estándar generalizado.⁹ El tratamiento de elección es quirúrgico.¹⁰ En el caso específico de melanoma nasal, Grace, en 1947, fue el primero en recomendar la rinotomía lateral como vía de acceso;¹¹ sin embargo, la vía translabial, levantando las estructuras superficiales de la nariz, también brinda una exposición excelente.¹² La cirugía debe ser radical y, si afecta al tabique nasal, es conveniente reseca éste en su totalidad, efectuando antrostomías intranasales (Pope y Durham, 1978). Si hay pruebas de lesión antral debe considerarse la maxilectomía. Por lo general, en estos casos no existe justificación para una disección radical de cuello

como medida profiláctica; la aparición de metástasis en ganglios linfáticos del cuello es una indicación para disección radical o radical modificada de cuello. A pesar del procedimiento, el pronóstico sigue siendo desfavorable: 70 a 80% de pacientes con ganglios positivos morirán por melanoma diseminado.¹³ En general, el manejo quirúrgico no altera el pronóstico significativamente y, por la naturaleza de la localización de estas lesiones, la resección puede ser muy debilitante; sin embargo, la resección paliativa está indicada en algunos casos.

La radioterapia está indicada en pacientes que rehúsan el tratamiento quirúrgico o en tumores no resecables. Al parecer, pueden ser más útiles dosis altas fraccionadas. Tanto la quimioterapia como la criocirugía han dado resultados poco alentadores, y es probable que la inmunoterapia tenga más importancia en el futuro. Se puede aplicar BCG local o intralesional, combinada con administración de interferón, para mejorar el sistema inmunológico del paciente, ya que la inmunodeficiencia se relaciona con recurrencia local o con metástasis a distancia.

Los melanomas en la cavidad nasal se relacionan, en general, con un mejor pronóstico que los de senos paranasales; la diferencia puede deberse a su detección más temprana y a la resección radical de la lesión. El índice de recurrencias locales después de la cirugía es alto y se debe en gran parte al carácter multicéntrico de la enfermedad. El riesgo de muerte por melanoma no disminuye con el tiempo, a diferencia de lo que ocurre con otras neoplasias epiteliales. En general, la sobrevida a cinco años fluctúa entre 8 y 15% en todo el mundo, aunque algunas estadísticas de nuestro país indican que puede ser de hasta 20 a 40%. El tratamiento de elección es el quirúrgico, pero éste no modifica en forma significativa la sobrevida del paciente, por lo que en muchos casos se difiere para no deteriorar su calidad de vida. Aunque la literatura menciona el uso de BCG para disminuir el riesgo de recurrencia o diseminación metastásica, su uso es poco frecuente. Los factores de riesgo de esta patología, a diferencia del melanoma cutáneo, no son muy claros, y en el caso que nos ocupa sólo concuerda el grupo de edad. Nuestra labor como especialistas es brindar al paciente con una lesión de este tipo un tratamiento, si no curativo al menos paliativo, explicando al paciente en forma realista el escaso índice de sobrevida a cinco años.

Referencias

1. Medina JE. Current management of mucosal melanoma of the head and neck. *J Surg Oncol* 2003;83:116-22.
2. Ferraro RE. Mucosal melanoma of the sinonasal tract. *Am J Otolaryngol* 2002;23:321-3.
3. Goerres GW. FDG PET for mucosal malignant melanoma of the head and neck. *Laryngoscope* 2002;112:381-5.
4. Rinaldo A. Primary mucosal melanoma of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Acta Otolaryngol* 2001;121:979-82.
5. Prasand ML. Expression of melanocytic differentiation markers in malignant melanomas of the oral and sinonasal mucosa. *Am J Surg Pathol* 2001;25:782-7.
6. Enee V. Malignant melanoma of the nasosinusal mucosa. Retrospective study apropos of 20 cases. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2000;121:243-50.
7. Lund VJ. Management options and survival in malignant melanoma of the sinonasal mucosa. *Laryngoscope* 1999;109:208-11.
8. Loree TR. Head and neck mucosal melanoma: a 32-year review. *Ear Nose Throat J* 1999;78:372-5.
9. Gorsky M. Melanoma arising from the mucosal surfaces of the head and neck. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;86:715-9.
10. Poissonnet G. Malignant nasosinusal melanomas. Review of the literature apropos of 12 cases. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1997;118:155-61.
11. Nandapalan V. Mucosal melanoma of the head and neck. *Clin Otolaryngol* 1998;23:107-16.
12. Manolidis S. Malignant mucosal melanoma of the head and neck: review of the literature and report of 14 patients. *Cancer* 1997;80:1373-86.
13. Baek CH. Primary mucosal melanoma of the nasal cavity. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;115:582-3.