

Escorial Sanz O*
Sebastián Cortés JM*
Alfonso Collado JJ*
Castiella Muruzabal T**
Sancho Serrano E*
Vallés Varela H*

*Servicio Otorrinolaringología
H.C.U. "Lozano Blesa" de Zaragoza
**Servicio Anatomía Patológica.
H.C.U. "Lozano Blesa" de Zaragoza

Melanoma nasal

Nasosinusal melanoma

RESUMEN

El melanoma mucoso nasosinusal es una entidad poco frecuente y de peor pronóstico que la variedad de origen cutáneo. Presentamos un caso clínico de melanoma originado a nivel de la mucosa nasal en una paciente de 71 años, haciendo referencia a la clínica de presentación y al protocolo terapéutico seguido. Se revisan las localizaciones más frecuentes a nivel del tracto respiratorio superior, los síntomas de presentación, la evaluación diagnóstica y las modalidades terapéuticas actuales de dicha patología.

PALABRAS CLAVE:

Melanoma nasosinusal.

SUMMARY

Nasosinusal mucosal melanoma is an infrequent disease and more lethal than its cutaneous counterpart. We present a case of nasal mucosal melanoma in a 71 years old woman, describing clinical presentation and treatment carried out. The most frequent locations in the upper airway tract, presenting symptoms, diagnostic evaluation and current therapeutic modalities are reviewed.

KEY WORDS:

Nasosinusal mucosal melanoma.

Introducción

El primer caso de melanoma maligno originado a nivel de mucosa fue diagnosticado y publicado por Lücke (1) en 1869. Los melanomas mucosos a nivel de cabeza y cuello representan aproximadamente el 2% de todos los melanomas malignos. De éstos la mayoría aparecen en la cavidad oral y entre el 15% y el 20% se diagnostican a nivel nasal. Mesara y Burton (2) indican la incidencia de melanomas nasales menor al 1% de todos los melanomas. Son por lo tanto una patología rara, no obstante en la literatura encontramos series en las que constituyen las segundas neoplasias en frecuencia en el área nasosinusal, tras las tumoraciones de células escamosas (3).

Su origen está en los melanocitos del epitelio respiratorio, glándulas de la mucosa nasal, estroma septal y cornete medio e inferior (4).

Constituyen una patología, casi siempre, de peor pronóstico que su origen cutáneo, con supervivencias a los 5 años del 10% al 38% (5). Se desconoce por qué la variedad mucosa es más agresiva que la cutánea, aunque seguramente se deba a que las lesiones precursoras permanecen largos periodos de tiempo sin ser diagnosticadas y, una vez detectadas, la situación anatómica dificulta una exéresis quirúrgica con amplios márgenes de seguridad, presentando altos índices de recidiva a pesar del estadio clínico en el momento del diagnóstico (6). La loca-

lización más frecuente en el tracto respiratorio superior es la cavidad nasal, seguida de los senos paranasales y con menor frecuencia son diagnosticados en la laringe (7). A nivel nasal el principal lugar de origen corresponde con la región septal y turbinal.

Caso Clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer de 71 años que acude al servicio de urgencias por presentar epistaxis izquierda. A la exploración rinoscópica se observa una masa friable y sangrante al tacto que ocupa la totalidad de la fosa nasal izquierda, de la que se toma biopsia. En la exploración tomográfica se aprecia una ocupación completa de la fosa nasal izquierda que oblitera la coana hacia cavum y una ocupación del seno maxilar ipsilateral, por una masa de tejido blando que se realza de forma moderada con el contraste y que está acorde con la sospecha clínica inicial de pólipo angiomatoso (Fig. 1). El estudio anatomopatológico revela una proliferación, con elevado índice mitótico, de células epiteloides, con citoplasma eosinófilo poligonal y núcleos grandes vesiculosos con nucleolo prominente, sin detección de pigmento melánico. El estudio inmunohistoquímico es positivo para vimentina, proteína 5-100 y HMB45, este último marcador específico para melanoma (Fig. 2 y 3). El estudio de extensión fue negativo. Se decide, por el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello