



CASO CLÍNICO

Melanoma nasomaxilar: revisión de la literatura y reporte de un caso



Gustavo Sergio Moctezuma-Bravo^{a,*}, Ricardo Díaz de León-Medina^b,
Francisco Javier Rodríguez-Quilantán^c, Magdalena Sofía Salgado-Nevárez^c
y Mariana Moctezuma-Dávila^d

^a Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital General de Zona (HGZ) N. 50 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), San Luis Potosí, SLP, México

^b Departamento de Patología, HGZ N. 50, IMSS, San Luis Potosí, SLP, México

^c Servicio de Trasplante, HGZ N. 50, IMSS, San Luis Potosí, SLP, México

^d Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, SLP, México

Recibido el 13 de julio de 2015; aceptado el 6 de abril de 2016

Disponible en Internet el 5 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Melanoma;
Nasomaxilar;
Revisión de la
literatura;
Caso clínico

KEYWORDS

Melanoma;
Nasomaxillary;
Literature review;
Case report

Resumen Se presenta una revisión de la literatura sobre el melanoma nasomaxilar acompañada por un caso, inicialmente diagnosticado por clínica como pólipos nasal. Histológicamente, la lesión era poco diferenciada y solo a través del estudio de inmunohistoquímica se determinó su estirpe. Mediante tratamiento quirúrgico radical se eliminó el tumor, sin que se presentara recidiva tumoral. La paciente presentó una buena calidad de vida durante 16 meses y falleció posteriormente tras desarrollar metástasis a cerebello.

Publicado por Masson Doyma México S.A. a nombre de Sociedad Mexicana de Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Nasomaxillary melanoma: A case report and literature review

Abstract A literature review is presented on nasomaxillary melanoma, together with a case report of a patient initially clinically diagnosed with a nasal polyp. Histologically, the lesion was poorly differentiated, and its origin could only be determined by immunohistochemical study.

* Autor para correspondencia. Zavala 305 Fraccionamiento Huerta Real, CP 78230, San Luis Potosí, S.L.P., México.

Teléfono: +(444) 823 21 39; fax: +444 8138981. Móvil: 444330490.

Correo electrónico: gu_tato@yahoo.com (G.S. Moctezuma-Bravo).

The tumour was removed by radical surgery. There was no recurrence, with the patient having a good quality of life for 16 months, but died after developing cerebellar metastases. Published by Masson Doyma México S.A. on behalf of Sociedad Mexicana de Oncología. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

El melanoma primario de mucosas presenta una incidencia global del 1.3% y de estos casos, menos del 5% se ubican en la región nasomaxilar¹⁻³. En los Estados Unidos (EUA) se diagnostica melanoma nasal a razón de 0.3 por millón de habitantes y en senos paranasales 0.2 por millón⁴. La frecuencia se incrementa con la edad, dado que más del 65% de estos pacientes son mayores de 60 años. No se han identificado los factores de riesgo asociados al desarrollo de melanomas de las mucosas, aunque la exposición ocupacional al formaldehído se ha sugerido como un factor de riesgo de melanomas mucosos nasosinuales⁵.

Los melanocitos derivan embriológicamente de la cresta neural y se localizan en la capa basal de las mucosas bucal, nasal, ocular, ótica, gastrointestinal y genital, así como en las leptomeninges⁶. Sin embargo, la función del melanocito en las mucosas no es plenamente comprendida, aunque se cree que puede formar parte del sistema inmunitario involucrado en la defensa antimicrobiana con funciones fagocíticas, producción de citocinas y presentación de antígenos⁷.

Por no existir un sistema de estadificación TNM específico para melanoma mucoso de cabeza y cuello, se emplea el sistema o clasificación de Ballantyne, la cual considera estadio I, enfermedad localizada o in situ; estadio II involucrando nódulos linfáticos regionales, y estadio III metástasis distante⁸.

En los melanomas nasomaxilares, la masa tumoral, la obstrucción nasal y la epistaxis son los datos clínicos más frecuentes, aunque cabe señalar que estos datos antecedieron hasta con 8 meses el diagnóstico en 115 casos reportados por el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos⁹. Este tipo de tumor se presenta como una masa friable, carnosa, polipoide y no pigmentada hasta en el 25% de los casos, lo cual frecuentemente ocasiona un diagnóstico inicial erróneo como pólipo nasal ulcerado^{2,10}. En la nariz se presenta en la pared nasal lateral, en los cornetes medio e inferior, el septum nasal y el vestíbulo, y puede extenderse al seno maxilar¹¹.

El melanoma oral es más común en los hombres y puede desarrollarse a partir de un nevo melanocítico preexistente¹²; su localización más frecuente es en el paladar duro y encía superior¹³. En 1995, la Western Society of Teachers of Oral Pathology acordó que los melanomas mucosos orales primarios fueran considerados en forma separada de los melanomas cutáneos debido a su comportamiento característico¹⁴.

Desde el punto de vista histológico, Prasad clasificó el melanoma nasal con base en el grado de invasión tumoral por niveles: 1 in situ, 2 invasivo superficial y 3 invasivo profundo, este último, obviamente, el de peor pronóstico. También

se identificaron 3 fenotipos celulares: plasmocitoide, epitelioide y sarcomatoide o celular fusiforme, aunque en ocasiones se presentan los fenotipos combinados^{2,15}. Los tumores con fenotipos celulares mixtos son los más agresivos, se asocian a una elevada prevalencia de invasión vascular y metástasis¹⁶ y el 30% de ellos contiene pigmento citoplásmico¹⁷. La proliferación de melanocitos atípicos se ubica inicialmente a lo largo de la unión entre los tejidos epitelial y conectivo¹⁸. De un 13 a un 25% de los melanomas pueden ser amelánicos, es decir, no presentan pigmento citoplásmico y en estos casos deben considerarse en el diagnóstico diferencial el linfoma, el carcinoma indiferenciado, el fibrosarcoma y el tumor maligno de la vaina del nervio periférico, todos estos por tratarse de neoplasias poco diferenciadas y pleomórficas^{19,20}, haciéndose necesario recurrir a marcadores de inmunohistoquímica para esclarecer la estirpe celular^{2,9,20}.

El comportamiento clínico del melanoma es impredecible²¹, a menudo presenta infiltración al tejido óseo en el momento del diagnóstico, así como también existencia de metástasis²².

Las opciones de tratamiento dependerán de varios factores, entre ellos la diferenciación de la lesión y el grado de extensión, considerándose como primera elección el tratamiento quirúrgico, donde los márgenes quirúrgicos deben de ser amplios con 1 a 2 cm de tejido sano²⁰. Cuando el tamaño del tumor es mayor de 4 mm, se recomienda un margen quirúrgico hasta de 3 cm⁶.

Se ha informado una supervivencia del 15% a 5 años¹², con un periodo de supervivencia de 2 a 22 meses, incluso con tratamiento con quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia, con un periodo libre de enfermedad de entre 9.3 y 14.4 meses^{22,23}. Los tumores mayores de 3 cm se asocian a un peor pronóstico, altos índices de recurrencia (69%) y hasta un 65% de mortalidad directamente relacionada con la enfermedad⁹, donde entre el 40 y el 50% de los pacientes presentan metástasis pulmonares, óseas, hepáticas y en el sistema nervioso central³.

Presentación del caso

Mujer de 64 años de edad, sin antecedentes neoplásicos familiares, con diabetes tipo II de un año de evolución y bajo tratamiento con hipoglucemiantes por vía oral; casada, con 7 hijos, peso de 78 kg y talla de 1.54 m. Inició su padecimiento con epistaxis súbita e intermitente de la fosa nasal izquierda en octubre del 2009. Su médico familiar diagnosticó un pólipo nasal que abarcaba el 90% de la luz de la fosa nasal (fig. 1 A-C).

El servicio de Otorrinolaringología practicó una biopsia, encontrando tumor nasal dependiente del cornete inferior, de aspecto polipoide, tanto nasal como en seno maxilar.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3988572>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3988572>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)