



Reporte de Caso

Melanoma primario de mucosa nasal: Presentación de caso y revisión de la literatura

Primary melanoma of the nasal mucosa: Case presentation and systematic review of the literature

Juan Antonio Lugo-Machado^{1,a}; Martha Lucía Gutiérrez-Pérez^{2,b}; Alejandra Quintero-Bauman^{1,c}; Fernanda Barragán-Márquez^{1,c}; Mario Sepúlveda-Martínez^{1,c}; Martha Jiménez-Rodríguez^{1,c}; Dalia Iveth Yocupicio-Hernández^{3,d}

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.142.1076>

RESUMEN

Introducción: Los melanomas de mucosa nasosinusal, representa una de las patologías de menor proporción en las tumoraciones de nariz y senos paranasales y como consecuencia diagnósticos tardíos. **Reporte de caso:** paciente masculino de la sexta década de la vida, que inicio con cuadro de obstrucción nasal y epistaxis leve, fue enviado para su valoración nuestro hospital de tercer nivel, donde se sometió a biopsia, presentando el resultado histopatológico de melanoma de mucosa nasal. **Conclusión:** las lesiones se presentaron principalmente como epistaxis y obstrucción nasal, involucraron a la cavidad nasal y senos paranasales y el lado izquierdo fue el más común involucrado. Los estadios de la enfermedad avanzada y metástasis a distancia se presentaron con gran frecuencia y en general con una pobre supervivencia a 5 años.

Palabras Clave: melanoma; mucosa nasal; senos paranasales; epistaxis; tumor (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Background: Mucosal melanoma represents one of the pathologies with a lower proportion among tumors of the nose and paranasal sinuses and as a consequence late diagnoses. **Objective:** To present the case of a male patient in the sixth decade of life with nasal mucosal melanoma and a systematic review of studies reported from 2016 to 2021. **Results:** The systematic search was carried out from January 2016 to December 2021 in PubMed, Google Scholar and Elsevier; 147 articles that meet the 19 criteria were located. **Conclusion:** The injury was prevalent in women, there was a higher prevalence in the seventh and eighth decades. The main lesions were epistaxis and nasal obstruction, involved the nasal cavity and paranasal sinuses and the left side was the most common involved. There was high frequency of advanced disease stages and distant metastases and generally with poor 5-year survival.

Keywords: melanoma; nasal mucosa; paranasal sinuses; epistaxis; tumor. (Source: DeCS-BIREME).

FILIACIÓN

1. Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación, Sonora, México.
2. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.
3. Servicio Social, Universidad de Sonora, México.
- a. Especialista en Otorrinolaringología Pediátrica, Maestría en Ciencias de la Educación.
- b. Estudiante de la Escuela de Medicina.
- c. Médico Residente.
- d. Médico.

ORCID

1. Juan Antonio Lugo-Machado. / [0000-0003-4864-8546](https://orcid.org/0000-0003-4864-8546)
2. Martha Lucía Gutiérrez-Pérez. / [0000-0002-5577-7082](https://orcid.org/0000-0002-5577-7082)
3. Alejandra Quintero-Bauman. / [0000-0002-4707-8353](https://orcid.org/0000-0002-4707-8353)
4. Fernanda Barragán-Márquez. / [0000-0002-1041-1511](https://orcid.org/0000-0002-1041-1511)
5. Mario Sepúlveda-Martínez. / [0000-0002-5546-3171](https://orcid.org/0000-0002-5546-3171)
6. Martha Jiménez-Rodríguez. / [0000-0002-0923-6111](https://orcid.org/0000-0002-0923-6111)
7. Dalia Iveth Yocupicio-Hernández. / [0000-0002-6446-9540](https://orcid.org/0000-0002-6446-9540)

CORRESPONDENCIA

Juan Antonio Lugo Machado Dirección: Prolongación Hidalgo y Huisaguay Colonia Bellavista -Cajeme 85130 Ciudad Obregón, Sonora. Teléfono: +6441559891.

EMAIL

otorrinox@gmail.com

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores niegan conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento.

AGRADECIMIENTO

Instituto Mexicano del Seguro Social Sonora y a las enfermeras que nos apoyaron como Carmelita y Melissa.

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 14/02/2021

Aceptado: 15/05/2021

COMO CITAR

Lugo-Machado, J., Gutiérrez-Pérez, M., Quintero-Bauman, A., Barragán-Márquez, F., Sepúlveda-Martínez, M., Jiménez-Rodríguez, M., & Yocupicio-Hernández, D. Melanoma primario de mucosa nasal: Presentación de caso y revisión de la literatura. Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2021, 14(2), 218 - 225. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.142.1076>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Versión Impresa: ISSN: 2225-5109

Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731

Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa

OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

INTRODUCCIÓN

Los melanomas de las mucosas son poco frecuentes y representan aproximadamente el 1 por ciento de todos los melanomas⁽¹⁾. Los melanomas de las mucosas surgen principalmente en la cabeza y el cuello 55%⁽²⁾. Los sitios de origen más raros incluyen el tracto urinario, la vesícula biliar y el intestino delgado. En general, los pacientes diagnosticados de melanomas de las mucosas tienen una edad media de 70 años, aunque el melanoma de las mucosas de la cavidad bucal se presenta con frecuencia a una edad más temprana⁽³⁾. Los melanomas de las mucosas constituyen una mayor proporción de todos los melanomas diagnosticados en negros, asiáticos e hispanos en comparación con los melanomas que ocurren en los blancos, lo que refleja la incidencia mucho menor de melanoma cutáneo en estas poblaciones⁽⁴⁾.

Menos del 2% de los melanomas que ocurren en pacientes blancos no hispanos surgen en sitios de la mucosa, el 9% de los melanomas diagnosticados en pacientes negros o hispanos tienen un origen mucoso. La mayoría de los pacientes finalmente desarrollarán enfermedad metastásica a distancia, independientemente de que la resección quirúrgica esté completa. Mientras que la tasa de supervivencia general a cinco años para el melanoma cutáneo es del 80%, la tasa para el melanoma de las mucosas es sólo del 25%. Además de tener un resultado inferior desde el momento del diagnóstico, los pacientes con melanoma de las mucosas pueden tener una supervivencia más precaria con el mismo estadio que otros subtipos de melanoma desde el momento del desarrollo de la enfermedad metastásica clínica⁽⁵⁾.

Presentación clínica: los melanomas de las mucosas representan menos del 10 por ciento de todos los melanomas que surgen en la región de la cabeza y el cuello, mientras que más del 90 por ciento surgen en la piel. Los melanomas de las mucosas de la cabeza y el cuello suelen aparecer en las siguientes ubicaciones: Cavidad nasal (que afecta más comúnmente a los cornetes y la pared nasal): 55 %, Senos paranasales (que afectan más comúnmente a los senos maxilar y etmoidal): 15 %, Cavidad oral (más comúnmente involucra el paladar duro y el alvéolo superior): 25 %. Con mucha menos frecuencia, los melanomas de las mucosas surgen en la faringe, la laringeo el esófago. Los pacientes con melanomas de la mucosa nasosinusal suelen presentar obstrucción nasal, epistaxis o pérdida del olfato⁽⁶⁾.

Evaluación y estadificación: la evaluación de los pacientes con melanoma mucoso que surge de la cabeza y el cuello debe incluir un examen clínico con inspección endoscópica para detectar enfermedad paranasal, tomografía computarizada (TC) y / o resonancia magnética (RM) del sitio primario de la enfermedad y CT y / o tomografía por emisión de positrones (PET) para evaluar la afectación de los ganglios linfáticos o metástasis a distancia. Se ha estimado que la afectación de los ganglios linfáticos regionales está presente en el momento de la presentación en aproximadamente el 25 por ciento de aquellos con lesiones en la cavidad oral y el 6 por ciento de aquellos con melanoma de la mucosa nasosinusal. El sistema de estadificación del American Joint Committee on Cancer (AJCC) para el melanoma de las

mucosas que surge de la cabeza y el cuello ahora se usa generalmente para este subconjunto de enfermedades y refleja el pronóstico abrumadoramente malo de esta enfermedad⁽⁷⁾.

El sistema de estadios de la cabeza y el cuello del AJCC difiere del melanoma cutáneo, en el que el pronóstico depende de la carga local, regional y distante de la enfermedad. La estadificación comienza en el estadio III como la forma más limitada de enfermedad, para reflejar el mal pronóstico en estos pacientes, e incluye tres subcategorías de la enfermedad en estadio IV (IVA, IVB y IVC), según la extensión local y la presencia de enfermedades regionales y distantes⁽⁸⁾.

La resección craneofacial se ha utilizado cuando el tumor invade la base del cráneo, ya sea como parte de la presentación inicial o como una recidiva local aislada⁽⁹⁾ Las resecciones endoscópicas se realizan con más frecuencia y pueden realizarse con menos morbilidad y un control local equivalente. A pesar de un tratamiento quirúrgico agresivo, la recidiva local es muy frecuente⁽¹⁰⁾. Los factores asociados con la recidiva local incluyen el tamaño del tumor, la resección incompleta y la invasión vascular. Aunque el sitio inicial de la recaída es con frecuencia local o regional, dicha recurrencia suele ser un presagio de enfermedad diseminada, y la mayoría de los pacientes mueren por una enfermedad local distante en lugar de no controlada⁽¹¹⁾.

Los melanomas pueden surgir del epitelio de la mucosa que reviste los tractos respiratorio, digestivo y genitourinario, todos los cuales contienen melanocitos, así como de la piel⁽¹¹⁾.

Los melanomas de las mucosas generalmente tienen un peor pronóstico que los que surgen de las localizaciones cutáneas. Por la rareza del melanoma de mucosas, y debido a la biología única, los desafíos clínicos del melanoma de mucosas nasal, siguen siendo un gran reto para los clínicos de esta región anatómica, nuestra comprensión de estas neoplasias malignas y su manejo óptimo sigue siendo limitada⁽¹³⁾. La incidencia de enfermedad ganglionar en el melanoma de la mucosa nasosinusal es inferior al 10%; por tanto, la disección electiva de los ganglios linfáticos no se recomienda de forma rutinaria en estos casos⁽¹¹⁾.

La disección terapéutica del cuello en el contexto de una enfermedad clínicamente evidente se puede lograr con una morbilidad limitada y se puede realizar para un control regional óptimo. Sin embargo, no se han observado diferencias significativas en la supervivencia global a cinco años en pacientes con y sin recidiva de los ganglios linfáticos, lo que sugiere que el tratamiento de los ganglios debe basarse en la necesidad de control local y tratamiento sintomático⁽¹¹⁾.

La recidiva local ocurre en el 29 al 79% de los casos a pesar de una cirugía agresiva y puede ser clínicamente devastadora⁽¹²⁾, y la radioterapia puede tener un papel, ya sea como adyuvante después de la cirugía en pacientes cuidadosamente seleccionados⁽¹³⁾, o cuando la cirugía no es apropiada o factible. Varias series han informado de una mejora en el control local regional con RT adyuvante, aunque no se ha demostrado un impacto en la supervivencia⁽¹¹⁾.

EL REPORTE DE CASO

Masculino de 59 años de edad enviada de Culiacán, Sinaloa con diagnóstico de tumor nasal en estudio, cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: Padece HAS en tratamiento telmisartán desde los 26 años, trastorno por ansiedad desde hace 20 años, tratado con clonazepam por parte de psiquiatría, alergia a las sulfas y lamotrigina, hospitalizaciones a los 5 años por accidente automovilístico, fracturas cubito y radio derecho, tabaquismo positivo a razón de media 10 cigarros diarios desde los 15 años hasta los 40 años, etilismo social, profesión médico familiar.

Inicia su padecimiento actual con presencia de descarga retro-nasal mucosa con estrías de sangre, dolor a la presión cigoma izquierdo, diplopía, epifora, es valorado por médico otorrino de su unidad de adscripción y lo envía con estudio de imagen con diagnóstico de tumor nasal en estudio.

Acude con tomografía computada (TC) de nariz y senos paranasales donde se observa tumor proveniente aparentemente de seno maxilar izquierdo el cual amplió meato medio con extensión hacia fosa nasal el cual invade piso de orbita desplazando recto inferior también invade fosa subtemporal ipsilateral. Exploración física: Otorrinoscopia bilateral cae permeables, membranas timpánicas integra. Rinoscopia anterior y nasofibroscopia flexible: septum funcional: presencia de lesión en fosa nasal derecha la cual se extiende hacia nivel coanal de consistencia lisa, aparentemente vascular, violáceo (Figura 1).

En la TC simple de nariz y senos paranasales en fase arterial encontrada lesión isodensa que no capta de forma importante el material de contraste (TC coronal), se procede de realizar biopsia en sala quirúrgica por abordaje de degloving facial transquirúrgica (Figura 1).

El reporte de estudio histopatológico fue de melanoma maligno de mucosa nasal resultado histopatológico (Figura 2). El paciente evolucionó desfavorable después del diagnóstico, desarrollando metástasis a distancia a los 3 meses del resultado diagnósticos falleciendo a los 6 meses después de la biopsia.

Búsqueda sistemática

La búsqueda sistemática se realizó desde enero 2016 a diciembre 2021 en PubMed y, Google Académico y Elsevier (Figura 1). La combinación de términos que arrojó mejores resultados en ambos buscadores fue la siguiente: melanoma and nasal mucosa. Se incluyeron artículos de presentación de casos o serie de casos, de melanomas de mucosa nasal, escritos en el idioma español, inglés o portugués, excluyéndose artículos de opinión, revisión, y de lenguaje diferente al inglés, español o portugués.

Se localizaron 147 artículos en las bases de datos señaladas, duplicidad fueron 3, artículos de melanomas en otros sitios anatómicos, escritos no relacionados y capítulos de libros 120, excluidos por no acceso 5, cumpliendo con los criterios de selección solo 19. Se resumen el proceso de selección en la tabla 1.

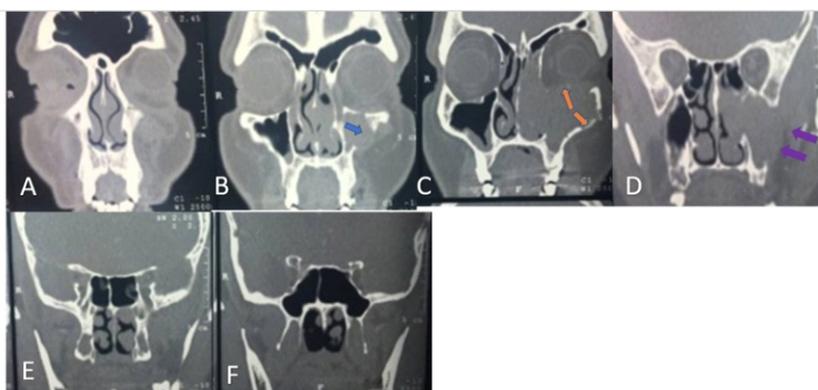


Figura 1.

Tomografía contrastada ventana para tejidos blandos corte coronal, donde se aprecia una lesión que se ubica en el seno maxilar izquierdo (flecha azul Imagen B), de aspecto expansivo, con lisis ósea de sus paredes con extensión a borde inferior de "anillo" óseo orbital, (flechas naranjas Imagen C) con infiltración de la grasa, se extiende a toda la cavidad nasal ipsilateral y espacio masticador (flechas moradas Imagen D).

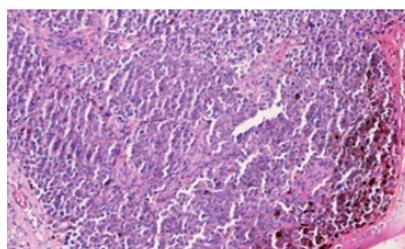


Figura 2.

La biopsia (tinción con hematoxilina & eosina) describe una proliferación de células redondas, no cohesivas con pigmento melánico intracitoplasmático 40x. Las tinciones de inmunohistoquímica revelan: Citoqueratina negativa, S-100 positivo y HMB 45 positivo.

PRISMA Diagrama de Flujo

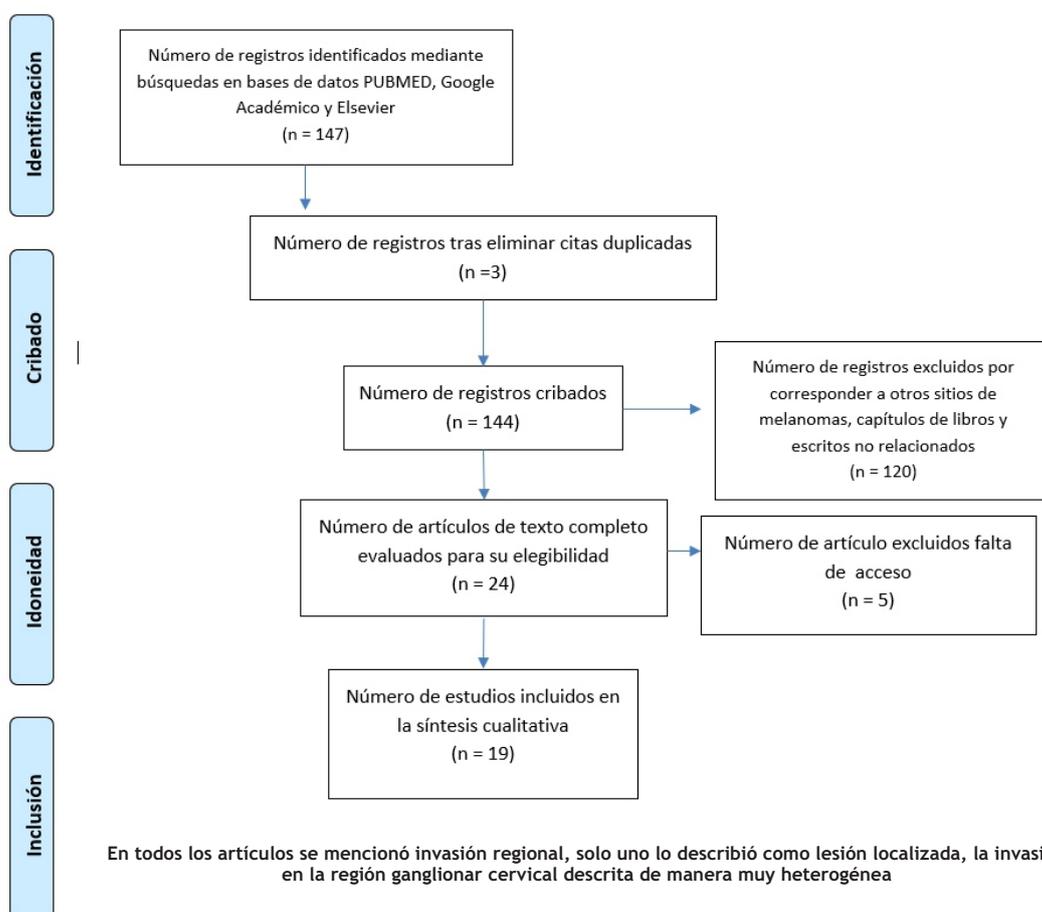


Tabla 1. Resumen de artículos de casos clínicos por melanoma maligno reportados 2016 al 2021.

AUTOR Y AÑO	Diseño	EDAD SEXO	LOCALIZACION	SÍNTOMAS	INVASION LOCAL (SENOS PARANASALES)	(METÁSTASIS REGIONAL OJOS, CARA, CUELLO O BASE DE CRANEO)	METÁSTAS A DISTANCIA
Maria Manuel Costa et al. 2017(14)	Presentacion de caso	85 F	Cavidad nasal izquierda	Bocio tiroideo por metastasis cervical	Solo cavidad nasal	Si, tiroides	Si, metastasis a región abdominal y pelvica
Bogdan Mocanu et al 2016(15)	Presentacion de caso	78 M	Cavidad nasal izquierda	Obstruccion nasal	Invasión locorregional: huesos propios nasales bilaterales, proceso frontal izquierdo del hueso maxilar, mitad superior del tabique nasal, cornetas bilaterales superior y medio, etmoides izquierdo y senos frontales bilateral.	Despues de la cirugia presenteo recidiva a nivel de base de craneo a los 3 meses	Metastasis región al lobulo frotnal cerebral
Moctezuma-Bravo et al. 2016(16)	Presentacion de caso	64 F	Cavidad nasal izquierda	Epistaxis y tumor nasal	Tumoracion en seno maxilar con extensión a cavidad nasal	Limitado a seno maxilar y cavidad nasal	1 año despues de la cirugía desarrolla metásis cerebral
Houette et al 2016(17)	Estudio retrospectivo de 18 casos	\bar{x} = 72 F 11 M 7	El tumor más común fue el tabique nasal 38%, el cornete inferior 28% y senos 28% y el cornete medio en 1 caso	Epistaxis 72% y congestión nasal 50%	Estrictamente intranasales en el 72% de los casos y surgidas del seno paranasal o con invasión del seno paranasal en el 28% de los casos.	12% presentaron invasión ganglionar y fueron tratados mediante disección ganglionar.	18% pacientes presentaron metástasis al diagnóstico

Continúa...

Continúa...

Tabla 1. Resumen de artículos de casos clínicos por melanoma maligno reportados 2016 al 2021.

AUTOR Y AÑO	Diseño	EDAD	SEXO	LOCALIZACION	SÍNTOMAS	INVASION LOCAL (SENOS PARANASALES)	(METÁSTASIS REGIONAL OJOS, CARA, CUELLO O BASE DE CRANEO)	METÁSTAS A DISTANCIA
Letievant et al 2016(17)	Estudio de restrospectiva de 14 casos	\bar{x} =67	M 8 F 6	cavidad nasal, en 5 casos, cornete inferior en 3, maxilarisino en 4 y seno etmoidal en 2 57% estaban en las cavidades nasales y el 43% en los senos paranasales.	obstrucción nasal 64,8%: epistaxis 42,8%:	Tres pacientes se perdieron durante el seguimiento, uno de ellos después del diagnóstico de recidiva. El seguimiento medio fue de 43 meses (mediana, 18 meses)	Doce pacientes habían mostrado recurrencia en el momento de escribir este artículo	Cinco pacientes 35,7% presentaron metástasis única o múltiple sin recidiva local
Teresa Gabriel et al 2016(18)	Estudio de restrospectiva de 23 casos	\bar{x} =70	M 13 F10	No consignado	No consignado	11 con lesion localizada a nariz y senos paranasale	4 lesion localizada a nariz y senos paranasales con afeccion de una área ganglionar regional, 3 lesion localizada a nariz y senos paranasales con afeccion ganglionar regional en varias cadenas	5 lesion localizada a nariz y senos paranasales con extensión cervical y mestatasis a distancia La supervivencia a los 5 años fue del 13%
Samstein et al 2016(19)	Estudio retrospectivo de 78 casos	\bar{x} =68	M 38 F 40	Los tumores se localizaron en la mucosa nasal 67% y en los senos nasales 33%.	No consignado	39 localizada a la submucosa nariz y senos paranasales 37 con extension piel suprayacente afecta la base del cráneo, el cerebro o la duramadre, los nervios craneales	50% tenían enfermedad metastasis a cebaza y cuello	78% recurrencia durante el seguimiento Se observó recurrencia a distancia 66%.
Pacheco Ojeda et al 2017(20)	Serie de casos de 19 pacientes	\bar{x} =64	M11 F 8	fosa nasal en 13 seno maxilar 1 seno etmoidal 1 compromiso tanto nasal como maxilar 4	Obstrucción nasal y epistaxis y tumor	Extensión extra nasal en la piel de la mejilla 4 tejido subcutáneo de la mejilla en 1, en la órbita en 2 la lámina cribiforme en 2; y en la fosa pterigomaxilar y encías en otros pacientes	11% mestastasis cervical	Las metástasis a distancia 9 se localizaron en hígado en cinco, en el cerebro en cuatro, en los pulmones en dos, en huesos en dos, en la médula ósea en dos y en el bazo en uno
Cem Çomunoğlu et al 2017(21)	Presentacion de caso	88	F	masa polipoide de cavidad nasal derecha originario de la cornete medio	lesión de la cavidad nasal derecha	NO descrito	NO descrito	múltiples focos metastásicos en el lado derecho y pulmón izquierdo, hígado, ganglios linfáticos (cuello, mediastino, abdomen) y hueso (escápula derecha, fémur derecho).
Melizza Colello 2018(22)	Presentacion de caso	72	F	Cavidad nasal izquierda con extenson derecha	Aumento de volumen a nivel del párpado inferior izquierdo, , presenta contacto con la piel y conjuntiva, extendiéndose a la mejilla, indolora	También cuenta otro tumor en la pared lateral nasal derecha, que involucra pliegue nasolabiales, límites difusos, 2 cm de diámetro, redondeados, liso, pedregoso, no adherido a la piel, móvil en relación con planos profundos sin dolor.	Extensnion a orbita izquierda, sin ganglios cervicales palpables	No se menciona
Sung 2018(23)	Presentacion de caso	78	F	lesión quística en seno maxilar derecho.	Edema facial y region molar y maxilar derecho	La masa se extendía desde el suelo del seno maxilar hasta el ostium del seno maxilar y medialmente a la nasal cavidad	No descrito	No descrito

Continúa...

Continúa...

Tabla 1. Resumen de artículos de casos clínicos por melanoma maligno reportados 2016 al 2021.

AUTOR Y AÑO	Diseño	EDAD	SEXO	LOCALIZACION	SÍNTOMAS	INVASION LOCAL (SENOS PARANASALES)	(METÁSTASIS REGIONAL OJOS, CARA, CUELLO O BASE DE CRANEO)	METÁSTAS A DISTANCIA
Kepekci1 2018	Presentacion de casos	79	F	Cavidad nasal izquierda a nivel de etmoides	congestión nasal izquierda y dificultad para respirar.	Masa localizada a cavidad nasal izquierda sin invasion local	Sin invasion local	Sin metástasis a distancia
Duque-Fisher 2019(24)	Presentacion de caso	56	F	Cavidad nasal derecha	Obstrucción nasal y epistaxis derecha	Lesion licalizada a cavidad nasal	Extension seno etmoidal derecho hasta la base del cráneo	No descrito
García1 2019(25)	Presentacion de caso	64	F	cavidad nasal con compromiso de tejidos blandos intranasales, vómer, pared medial de senos maxilares con mayor compromiso del derecho.	obstrucción nasal persistente, sensación de cuerpo extraño y epistaxis recurrente	cavidad nasal que compromete paredes mediales de órbita, antros maxilares, esfenoides, celdillas etmoidales anteriores y posteriores, con extensión a fosa cerebral anterior	extensión a fosa cerebral anterior	No descrito
Vučinić 2019(26)	Presentacion de caso	65	F	Cavidad nasal izquierda	obstrucción nasal, dolor facial derecho y episodios esporádicos de epistaxis	cornetes nasales inferior y medio e izquierdo células etmoides y mucosa inflamada de seno frontal, maxilar y esfenoidal	Localizado a cavidad nasal	Sin evidencia de metástasis
Romo-Magdaleno 2020(27)	Presentacion de caso	89	M	fosa nasal izquierda	obstrucción nasal unilateral, izquierda y progresiva acompañada de rinorrea purulenta, epistaxis	seno maxilar izquierdo con extensión cavidad nasal ipsilateral y erosión ósea.	NO descrito	No descrito
Sohal 2020(28)	Presentacion de caso	66	M	Cavidad nasal derecha	dolores de cabeza recurrentes y sensación de plenitud en los senos maxilares y epistaxis	masa infiltrativa destructiva en la cavidad nasal derecha que erosionaba a través de la lámina papirácea derecha hacia la órbita derecha	Orbita derecha	quinta costilla lateral izquierda, así como la tercera, octava y undécima torácica. cuerpos vertebrales
Girish Kumar Parida 2020(29)	Presentacion de caso	34	M	Cavidad nasal izquierda	Obstrucción nasal y epistaxis	erosión de las paredes medial, lateral y anterior del seno maxilar y de la pared medial e inferior de la órbita izquierda	ganglios linfáticos submandibulares izquierdos y cervicales superiores profundos	metástasis medular al cuerpo de la vértebra L5
Tan Wang 2020(30)	Estudio retrospectivo de 36 casos	̄ 67	F 17 M 19	63,9% en cavidad nasal 27,8% en el seno maxilar 8,3% en el seno etmoidal	Epistaxis 72.2% Obstrucción nasal 83.3% Dolor facial 27.8%	Limitado a la submucosa el 63.9% involucra tejido blando profundo, cartílago, hueso o piel suprayacente afecta la base del cráneo, el cerebro o la duramadre, los nervios craneales 13.9%	Metástasis en los ganglios linfáticos en 9 casos	Metástasis a distancia en 4 casos

DISCUSIÓN

El melanoma nasosinusal es una agresión y lesión infrecuente, presentando una incidencia de 0,2 a 1 caso por millón de habitantes, los melanomas cutáneos son los mucho más comunes que los melanomas mucosos. Ponte⁽³¹⁾ observó que las mujeres eran más afectadas que los hombres, no obstante, nosotros no encontramos diferencia entre el género al sumar los casos por sexo. Respecto a la edad, la

mayor prevalencia se encontró en la séptima y octava décadas de la vida, en esta revisión se encontró un promedio de 69 años. En cuanto a la ubicación de la lesión, la cavidad nasal fue el sitio más afectado, seguido por seno paranasal, los principales síntomas observados fueron epistaxis, obstrucción nasal, aunque algunos casos se manifestaron con metástasis local, regional o a distancia similar a lo reportado por Ponte⁽³¹⁾. En cuanto a la metástasis en los ganglios linfáticos existe una gran variabilidad en su presentación que

van desde 5% al 30%, similar a lo que se reportan en los artículos que revisamos. Respecto a la metástasis a distancia en el momento del diagnóstico, existe del mismo modo que la afectación ganglionar una variabilidad en el porcentaje al momento de su diagnóstico, Ponte señala que ocho casos (7,7%) fueron estadio IV y 12 casos estadio III (11,5%)⁽³¹⁾, de los diferentes casos descritos en los artículos descritos, el porcentaje de metástasis reportada en ellos fue muy variable.

Los melanomas de las mucosas son raros, siendo sus recomendaciones de tratamiento para pacientes con melanoma de la mucosa se basan casi exclusivamente en pequeños estudios retrospectivos que generan resultados heterogéneos y que podrían ser aplicables a la población en su localidad, sin poder extrapolarse a otras regiones del mundo, donde además de la diversidad racial, también se encuentra la disposición de recursos, equipos y organización institucional.

El tratamiento inicial estándar para el melanoma mucoso confinado loco- regional es la resección quirúrgica local amplia completa, que ofrece la mejor posibilidad de supervivencia a largo plazo. La mayoría de los pacientes desarrollarán finalmente una enfermedad metastásica a distancia independientemente del logro del control local con el tratamiento inicial. Por lo tanto, las preferencias del paciente, así como las consideraciones sobre la calidad de vida, son fundamentales para determinar el alcance de la cirugía para la resección de la lesión primaria.

En pacientes cuidadosamente seleccionados, la radioterapia (RT) puede ser una alternativa para controlar la enfermedad local cuando no es factible una resección completa. La RT adyuvante también puede disminuir la incidencia de recurrencias locales en pacientes cuidadosamente seleccionados, aunque no se ha demostrado ningún impacto en la supervivencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chang AE, Karnell LH, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma. *Cancer*. 1998;83(8):1664-78. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(19981015)83:8<1664::aid-cncr23>3.0.co;2-g.
- Rapini RP, Golitz LE, Greer RO, Krekorian EA, Poulson T. Primary malignant melanoma of the oral cavity. A review of 177 cases. *Cancer*. 1985;55(7):1543-51. doi: 10.1002/1097-0142(19850401)55:7<1543::aid-cncr2820550722>3.0.co;2-f.
- Meleti M, Leemans CR, De Bree R, Vescovi P, Sesenna E, Van Der Waal I. Head and neck mucosal melanoma: Experience with 42 patients, with emphasis on the role of postoperative radiotherapy. *Head Neck*. 2008;30(12):1543-51. doi: 10.1002/hed.20901.
- Cress RD, Holly EA. Incidence of cutaneous melanoma among non-Hispanic Whites, Hispanics, Asians, and Blacks: An analysis of California Cancer Registry Data, 1988-93. *Cancer Causes Control*. 1997;8(2):246-52. doi: 10.1023/a:1018432632528.
- Kuk D, Shoushtari AN, Barker CA, Panageas KS, Munhoz RR, Momtaz P, et al. Prognosis of Mucosal, Uveal, Acral, Nonacral Cutaneous, and Unknown Primary Melanoma From the Time of First Metastasis. *Oncologist*. 2016;21(7):848-54. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0522.
- Slavicek A, Astl J, Válková D, Betka J, Petruzelka L. Malignant mucosal melanoma of the head and neck. *Sb Lek [Internet]*. 2000 [cited 2020 december 4];101(4):315-23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11702570/>.
- Keung EZ, Gershenwald JE. The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2018;18(8):775-784. doi: 10.1080/14737140.2018.1489246.
- Crompton JG, Gilbert E, Brady MS. Clinical implications of the eighth edition of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging. *J Surg Oncol*. 2019;119(2):168-174. doi: 10.1002/jso.25343.
- Ahn JY, Hwang HS, Park YS, Kim HR, Jung HY, Kim JH, et al. Endoscopic and pathologic findings associated with clinical outcomes of melanoma in the upper gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol*. 2014;21(8):2532-9. doi: 10.1245/s10434-014-3637-2.
- Carvajal RD, Spencer SA, Lydiatt W. Mucosal melanoma: A clinically and biologically unique disease entity. *J Natl Compr Canc Netw*. 2012;10(3):345-56. doi: 10.6004/jnccn.2012.0034.
- Moreno MA, Roberts DB, Kupferman ME, DeMonte F, El-Naggar AK, Williams M, et al. Mucosal melanoma of the nose and paranasal sinuses, a contemporary experience from the M. D. Anderson cancer center. *Cancer*. 2010;116(9):2215-23. doi: 10.1002/cncr.24976.
- Ganly I, Patel SG, Singh B, Kraus DH, Bridger PG, Cantu G, et al. Craniofacial resection for malignant melanoma of the skull base: Report of an International Collaborative Study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;132(1):73-8. doi: 10.1001/archotol.132.1.73.
- Lund VJ, Howard DJ, Harding L, Wei WL. Management options and survival in malignant melanoma of the sinonasal mucosa. *Laryngoscope*. 1999;109(2 Pt 1):208-11. doi: 10.1097/00005537-199902000-00007.
- Costa MM, Belo S, Capela-Costa J, Costa J, Carvalho D. Malignant melanoma with synchronous thyroid metastases: Case report and literature review. *Arch Endocrinol Metab*. 2017;61(2):193-197. doi: 10.1590/2359-3997000000251.
- Mocanu B, Mirea D, Oprescu S, Vişan A, Tuşaliu M, Ciocâlţeu A, et al. Malignant melanoma of nasal mucosa, ethmoid and frontal sinuses endoscopically resected in the combined transnasal and transparalateronasal approach. *ORL.ro*. 2016;9(32):44-9. doi: 10.26416/Orl.32.3.2016.152.
- Moctezuma-Bravo GS, Díaz de León-Medina R, Rodríguez-Quilantán FJ, Salgado-Nevárez MS, Moctezuma-Dávila M. Melanoma nasomaxilar: revisión de la literatura y reporte de un caso. *Gac Mex Oncol*. 2016;15(3):181-6. doi:10.1016/j.gamo.2016.04.001.
- Houette A, Gilain L, Mulliez A, Mom T, Saroul N. Prognostic value of two tumour staging classifications in patients with sinonasal mucosal melanoma. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2016;133(5):313-317. doi: 10.1016/j.anorl.2016.05.008.
- Gabriel T, Jardim A, Campelo P, Araújo B, Fino R, Montalvão P, et al. Melanomas da mucosa nasal no IPOLFG Nasal mucosal melanomas in IPOLFG (1995-2010). *Revista Portuguesa De Otorrinolaringologia E Cirurgia De Cabeça E Pescoço*. 2016;54(4):249-53. doi:10.34631/sporl.619.
- Samstein RM, Carvajal RD, Postow MA, Callahan MK, Shoushtari AN, Patel SG, et al. Localized sinonasal mucosal melanoma: Outcomes and associations with stage, radiotherapy, and positron emission tomography response. *Head Neck*. 2016;38(9):1310-7. doi: 10.1002/hed.24435.
- Pacheco Ojeda L, Ayala Ochoa A, Campuzano J. Melanomas nasosinuosales. *CAMBios-HECAM*. 2017;16(2):35-40. doi: <https://doi.org/10.36015/cambios.v16.n2.2017.286>.
- Çomunoğlu C, Mocan Kuzey G, İnançlı M, Baba F, Özkayalar H. Mucosal malignant melanoma of nasal cavity recurring a year after radiotherapy. *Turk Patoloji Derg*. 2017;33(1):66-9. doi: 10.5146/tjpath.2013.01218.
- Colello M, Fraga N, Cortabarría N. Melanoma do seio da mucosa nasal: caso clínico. *Rev Bras Cir Plástica - Brazilian J Plast Surgery*. 2018;33:31-3. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2018RBCP0036>.
- Shin SH, Seok H, Kim SG, Hong SD. Primary sinonasal mucosal melanoma simulated as cystic lesions: A case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2018;44(1):29-33. doi: 10.5125/jkaoms.2018.44.1.29.
- Duque-Fisher CS, Muñoz-Tamayo JF, Vélez HA. Melanoma mucoso nasal: Una enfermedad impredecible. *Rev Otorrinolaringol Cir C a b e z a C u e l l o . 2 0 1 9 ; 7 9 (4) : 4 3 7 - 4 1 .* <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162019000400437>.
- García AM, Potdevin G, Arrunátegui AM, Pabón LM, R. Zambrano ÁR. Combinación de anti-PD1 y radioterapia para melanoma de cavidad nasal: reporte de caso y revisión de literatura. *Rev Cáncer de Piel [Internet]*. 2019 [cited 2020 december 4];2(2):87-91. Available from: https://www.revista.v2n2/22_CasoClinico1.pdf

26. Vučinić D, Zahirović D, Manestar D, Belac-Lovasić I, Braut T, Kovač L, et al. Recurrent Amelanotic Melanoma of Nasal Cavity: Biological Variability and Unpredictable Behavior of Mucosal Melanoma. A Case Report. *Clin Pract*. 2019;9(2):58-60. doi: 10.4081/cp.2019.1157.
27. Romo-Magdaleno JA, Busto-Ruano JP, Reyes-Ortega LM. Melanoma de la mucosa nasal. *An Orl Mex* [Internet]. 2020 [cited 2020 december 4]; 65(4):191-8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2020/aom204f.pdf>.
28. Sohal RJ, Sohal S, Wazir A, Benjamin S. Mucosal Melanoma: A Rare Entity and Review of the Literature. *Cureus*. 2020;12(7):e9483. doi: 10.7759/cureus.9483.
29. Parida GK, Tripathy S, Arun ST, Tripathi M, Shamim AS. A rare case of sinonasal malignant melanoma - Local, regional, and distant spread accurately detected by 18f fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography. *Indian J Nucl Med*. 2020;35(2):160-161. doi: 10.4103/ijnm.IJNM_20_19.
30. Wang T, Huang Y, Lu J, Xiang M. Sinonasal mucosal melanoma: a 10-year experience of 36 cases in China. *Ann Transl Med*. 2020;8(16):1022. doi: 10.21037/atm-20-5575.
31. Pontes FSC, de Souza LL, de Abreu MC, Fernandes LA, Rodrigues ALM, do Nascimento DM, et al. Sinonasal melanoma: a systematic review of the prognostic factors. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2020;49(5):549-557. doi: 10.1016/j.ijom.2019.11.001.