



## VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



### LOCALIZACIÓN INFRECUENTE DEL MELANOMA MALIGNO: CAVIDAD NASAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Mylene Memh Cabrera Morales\*, Kenia González González\*, Rafael Meneses Valencia\*, Julio César Pérez Pérez\*, Idania Santaclara Laverdeza\*

\* Hospital Docente Clínico-Quirúrgico "Dr. Salvador Allende". Calzada del Cerro. Ciudad Habana. Cuba CUBA

#### Resumen

El melanoma maligno de cavidad nasal y senos perinasales ocupa menos del 1% de los tumores de esta localización. El origen en cavidad nasal es más frecuente que en senos paranasales. No existe preferencia por el sexo. La edad varía desde adolescentes hasta ancianos, y los síntomas son inespecíficos. Al examen físico típicamente se presentan como masas polipoides o sesiles frecuentemente pigmentadas. La excisión completa es el tratamiento de elección. El pronóstico de este tumor es pobre y la supervivencia media es de 2 años por lo que presentamos un caso con el objetivo de describir e ilustrar las alteraciones morfológicas y actualizar los criterios diagnósticos y el tratamiento del melanoma maligno de cavidad nasal. Presentamos un caso de una paciente de 73 años que acude a consulta por epistaxis a repetición y que al examen físico se observó pólipo sangrante en fosa nasal derecha. Se realiza biopsia excisional. Los fragmentos de tejido fueron sometidos al procesamiento habitual y coloración con hematoxilina y eosina. En el estudio microscópico se observó la presencia de células tumorales epitelioides con atipia citológica, presencia de hendiduras nucleares, pseudoinclusiones, nucléolo prominente y abundante melanina en su citoplasma con patrón de crecimiento sólido. Se muestran imágenes histológicas y se realiza revisión de la literatura.

#### Introducción

Las fosas nasales son órganos accesibles al examen clínico, a diferencia de los senos paranasales. Es por ello que la patología tumoral nasal, cuyo síntoma principal es la obstrucción o hemorragia, puede tener un diagnóstico temprano (1). Las neoplasias malignas de fosa nasal y senos paranasales constituyen del 0,2 % al 0,5 % de los tumores malignos del cuerpo humano, siendo el del seno maxilar el más frecuente (1). No existe factor causal conocido para el cáncer de fosa nasal y senos paranasales. Se atribuye a sinusitis crónica, degeneración maligna de pólipos nasales o sinusales, fístulas oro-antrales crónicas (1) y según algunos datos, existen varias exposiciones a productos industriales que pueden estar relacionadas con este (3). Se reportó un caso originado de la mucosa de un papiloma invertido (2). El tipo histológico más común en los cánceres del seno paranasal y la cavidad nasal es el carcinoma de células escamosas. Los tumores de glándulas salivales comprenden del 10% al 15% de estas neoplasias, un 5% de los casos son linfomas malignos, correspondiendo al melanoma maligno menos del 1% de las neoplasias de esta región. (1,2, 4, 5) El melanoma maligno de cavidad nasal y senos perinasales ocupa menos del 1% de los tumores de esta localización (1, 2). El origen en cavidad nasal es más frecuente que en senos paranasales. Dentro de la cavidad nasal los sitios más comunes de localización son el septum anterior, cornete inferior y cornete medio. (1, 3, 4, 6). Este tipo histológico de tumor no muestra preferencia por el sexo. La edad de aparición varía desde adolescentes hasta ancianos, aunque el 80% de los pacientes tienen más de 50 años. (1, 6, 7, 8). La sintomatología en estadios tempranos es inespecífica, lo que retrasa el diagnóstico y reduce las posibilidades de curación, a diferencia del melanoma maligno de piel en el que el pronóstico ha ido mejorando gracias a un diagnóstico cada vez más precoz (7, 8). En la rinoscopia puede aparecer como lesiones macroscópicamente variables que pueden ser en forma de masas polipoides o sesiles, sangrantes o no, pigmentadas o blanquecinas. (1, 3, 7). Se presenta un caso de una paciente de 73 años que acude a consulta por epistaxis a repetición, al examen físico se observó pólipo sangrante en fosa nasal derecha. Se realiza biopsia cuyo informe anatomopatológico informó melanoma maligno de fosa nasal derecha. Nos propusimos como objetivos en este trabajo describir e ilustrar las alteraciones morfológicas del melanoma maligno de cavidad nasal así como actualizar los criterios diagnósticos y el tratamiento del mismo.

#### Material y Métodos

Paciente femenina de la raza blanca de 73 años de edad con antecedentes personales de salud que acude a consulta por epistaxis a repetición de varios meses de evolución. En la rinoscopia el único hallazgo fue un pólipo sangrante en fosa nasal derecha. El diagnóstico clínico fue: pólipo de fosa nasal derecha. Se realizó biopsia excisional. La muestra fue enviada al Departamento de Anatomía Patológica y se fijó en formol al 10%. Los fragmentos tomados fueron incluidos en bloques de parafina, se realizaron cortes de 3 a 4 micras y se colorearon con Hematoxilina y Eosina.

#### Resultados

Al examen macroscópico se observó fragmento de tejido correspondiente a mucosa y corion de fosa nasal de 2.5 x 2 cm., de color pardo oscuro y forma polipoide. En el estudio microscópico se observó la presencia de células tumorales en la unión del epitelio respiratorio de revestimiento con el corion mostrando actividad de unión e infiltrando el corion en profundidad (Figura 1). El patrón de crecimiento fue en forma de nidos sólidos. Las células tumorales mostraron aspecto epitelioides con abundante citoplasma cargado de pigmento melánico (Figura 1 y Figura 2). A nivel de sus núcleos se pudo apreciar la presencia de pseudoinclusiones y nucléolo rojo prominente (Figura 3). Se observaron además abundantes mitosis atípicas. No se evidenció en los fragmentos examinados la presencia de invasión vascular ni linfática. Los bordes de sección quirúrgicos estaban libres

de lesión.

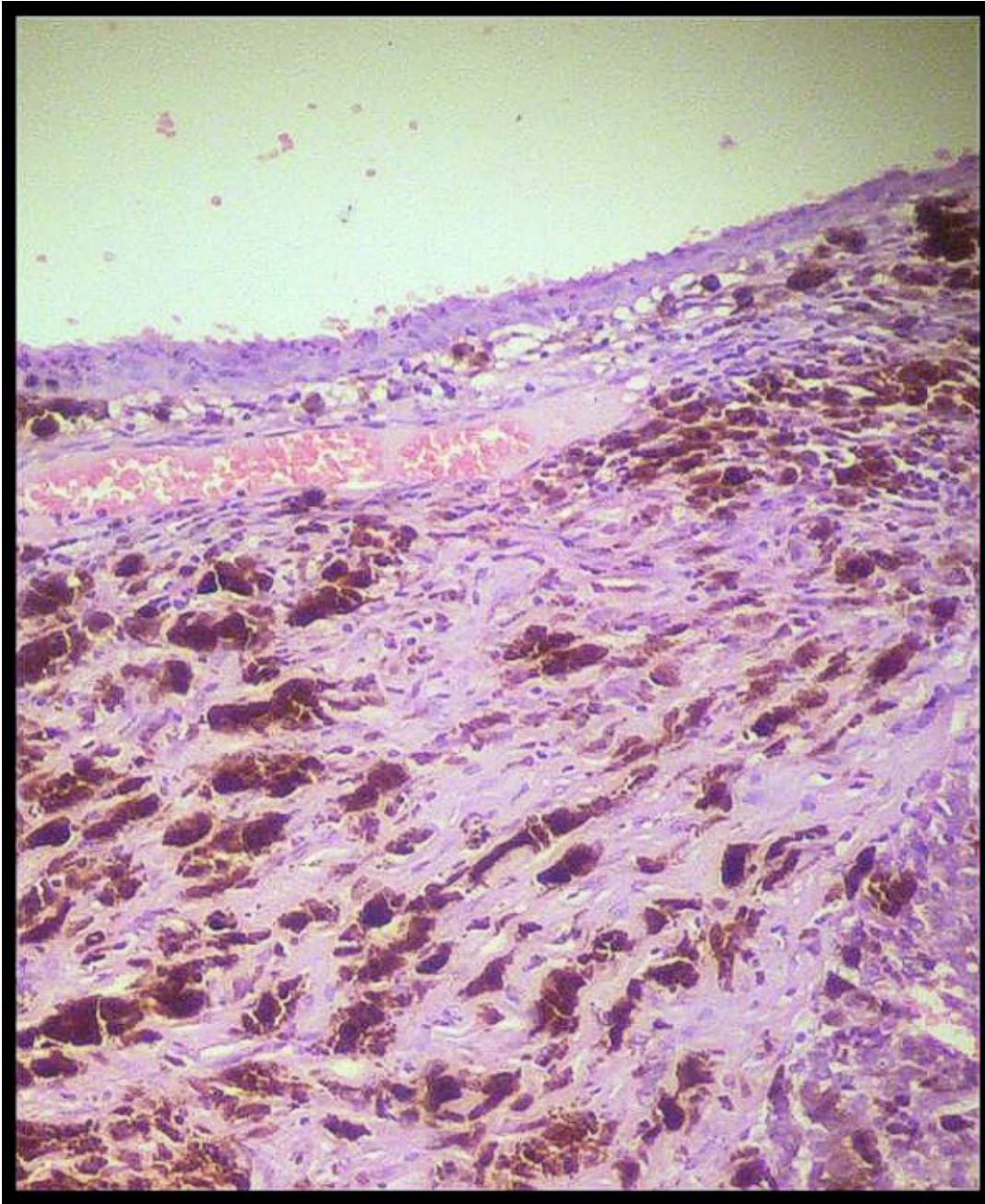


Figura 1 - El patrón de crecimiento en forma de nidos. Las células tumorales mostraron aspecto epiteloide con abundante citoplasma cargado de pigmento melánico. H/EX40

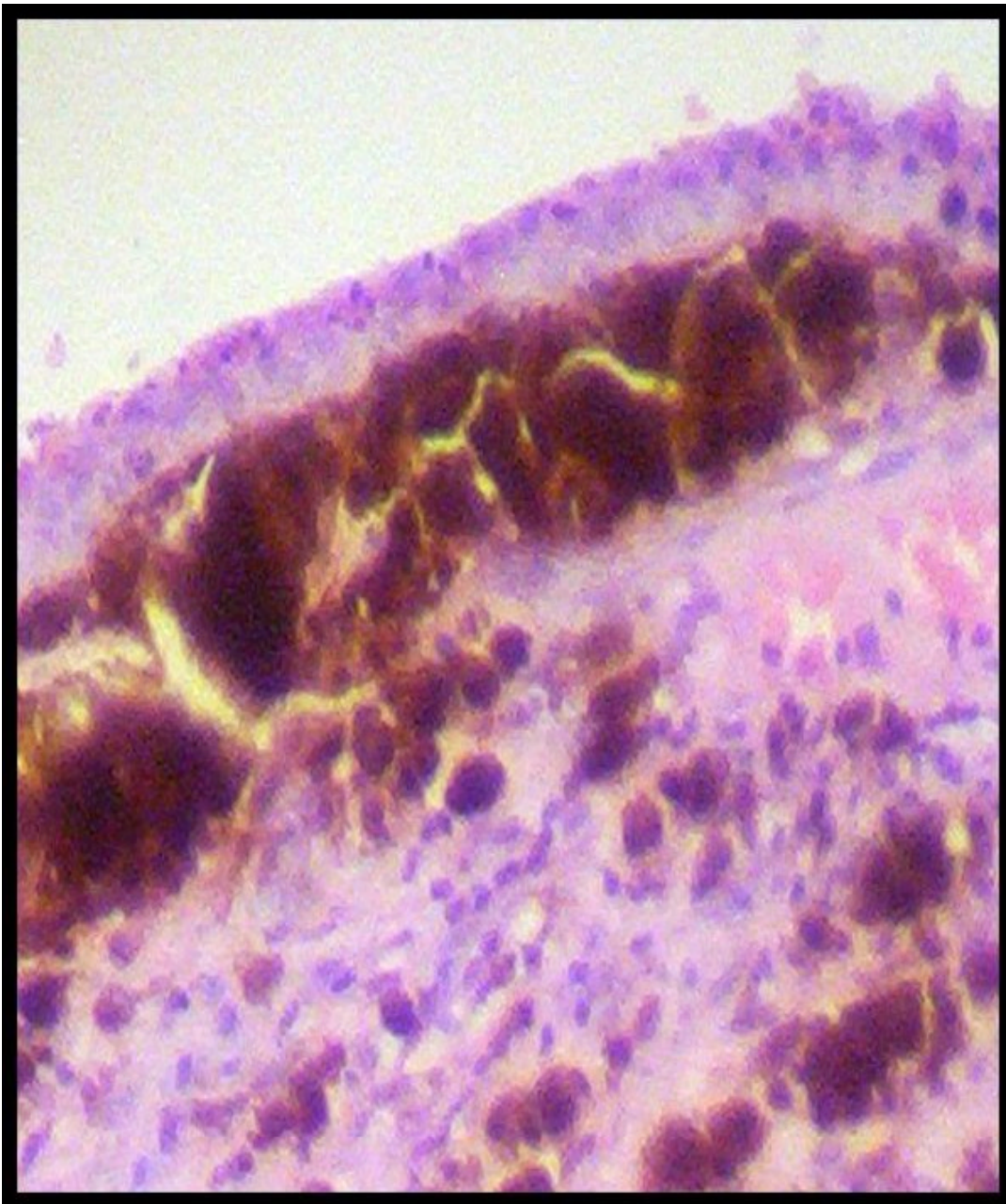


Figura 2 - Presencia de células tumorales en la unión del epitelio respiratorio de revestimiento con el corion mostrando actividad de unión e infiltrando el corion en profundidad H/EX100.

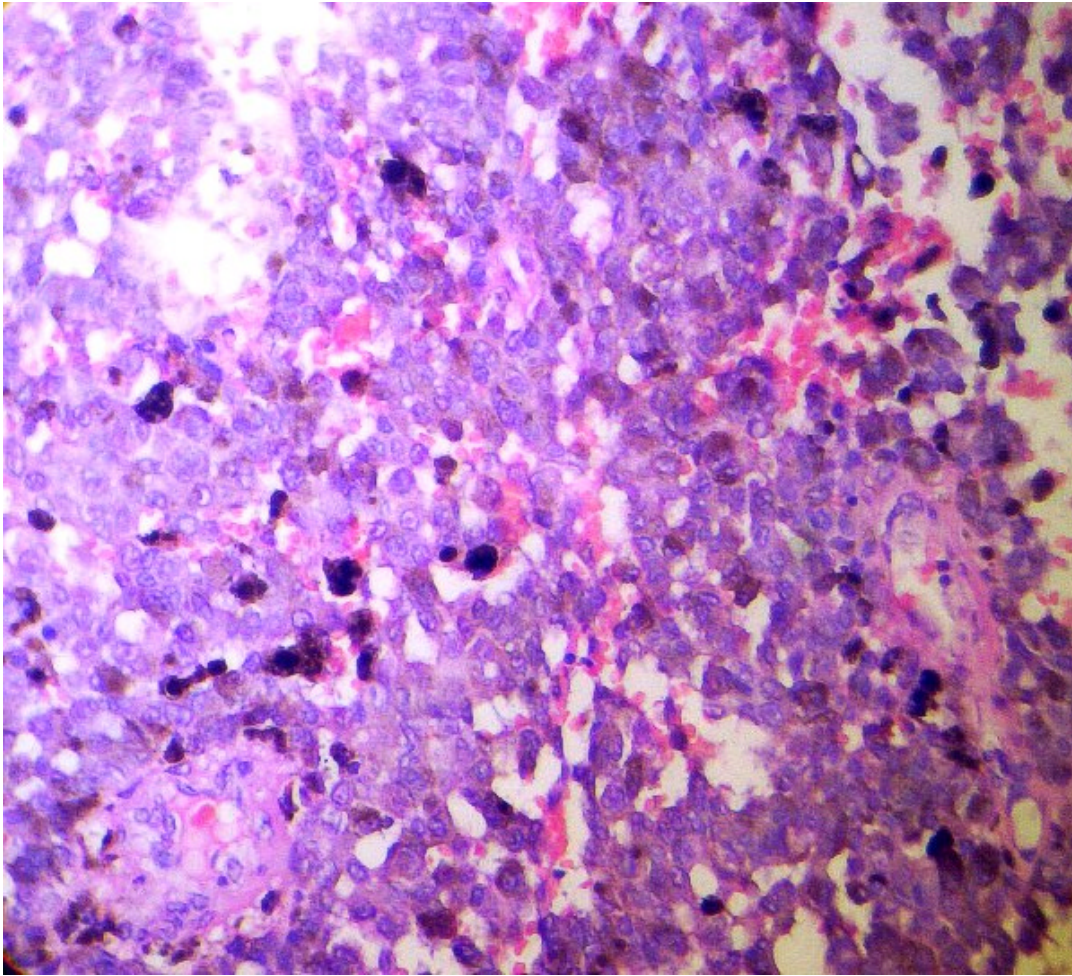


Figura 3 - Células tumorales con presencia de pseudoinclusiones y nucléolos rojos prominentes H/E X100

## Discusión

Aproximadamente un 1% de los melanomas malignos se originan en la cavidad nasal y en los senos paranasales. El origen en cavidad nasal es más frecuente que en senos paranasales. Dentro de la cavidad nasal los sitios más comunes de localización son el septum anterior, cornete inferior y cornete medio. Los síntomas clínicos son inespecíficos, los más frecuentes son obstrucción nasal, epistaxis, congestión nasal, costras, hemorragias reiteradas y dolor por inflamación (6, 7, 8). Los patrones microscópicos más comúnmente encontrados en el melanoma sinonasal son en orden descendente de frecuencia: células pequeñas, células fusiformes, células epitelioides y células pleomórficas (6). La actividad de unión, la cual constituye una característica de ayuda diagnóstica, está presente solo en un tercio de los casos, debido a la presente ulceración de la superficie. El patrón de crecimiento en forma de nidos es sugestivo de diagnóstico (6). El diagnóstico de melanoma nasal se realiza con un examen físico detallado de la cavidad nasal y extirpación quirúrgica de la lesión para estudio histopatológico. En el caso de melanomas amelanóticos es importante la realización de coloraciones especiales como Masson Fontana para detectar la presencia de melanina en el citoplasma de las células tumorales, o la realización de técnicas de Inmunohistoquímica como proteína S-100, vimentina, y HMB-45 para determinar el origen melanocítico del tumor (2, 6, 7, 8). Además de la confirmación histológica se plantea que es imprescindible realizar una Tomografía Axial Computarizada para determinar el estadiaje y decidir el tratamiento (9). La cirugía es el tratamiento de elección con extirpación en bloque con amplios márgenes de resección (7, 10), y disección ganglionares cervicofaciales profiláctico-terapéuticas (11, 12). Aunque el melanoma ha sido catalogado dentro de los tumores poco radiosensibles, se han publicado resultados favorables con la radioterapia, por lo que algunos autores plantean que el tratamiento quirúrgico asociado a radioterapia es el más correcto y el de elección (6, 7, 12, 13), e incluso el uso de quimioterapia e inmunoterapia (8, 14). La diseminación hematológica del tumor es más frecuente a pulmón, hueso, cerebro, piel e hígado (7). Las recidivas locales tempranas y en ganglios linfáticos regionales son muy comunes (7, 12). El pronóstico es malo, más del 50% han fallecido en menos de 3 años. La supervivencia a los 5 años varía del 6,5% al 34%, según distintas publicaciones (2, 6, 7). En el Diagnóstico Diferencial del melanoma sinonasal se debe tener en cuenta el estesonuroblastoma, los linfomas y el plasmocitoma cuando este se manifiesta histológicamente como un tumor de células pequeñas, con los carcinomas indiferenciados, rabdiomiosarcomas y fibrohistiocitomas malignos cuando se trata de un tumor pleomórfico (7).

## Conclusiones

En el caso que presentamos, las células tumorales fueron de aspecto epitelioides, con abundante melanina en su citoplasma, mostrando un patrón de crecimiento en nidos sólidos y fue evidente la actividad de unión, como se describe en la literatura. Dada la edad avanzada de la paciente, fue tratada solamente con extirpación amplia de la lesión con márgenes libres de tumor. En evoluciones posteriores no se ha encontrado evidencias de recidiva local, de metástasis regionales ni a distancia en un año de seguimiento. A pesar de ser un tumor infrecuente en esta localización es importante tenerlo en cuenta para la realización de un diagnóstico diferencial con otras lesiones pigmentadas debido a su mal pronóstico.

## Bibliografía

- 1.- Céspedes Rodríguez Walter. Neoplasias Malignas de Cabeza y Cuello. Cáncer de Fosas Nasales y Senos Paranasales. Google.
- 2.- Ackerman's Surgical Pathology. Respiratory Tract. Mosby CD Online. (Cd-Room).
- 3.- Johns ME, Kaplan MJ. Advances in the management of paranasal sinus tumors. In: Wolf GT, ed.: Head and Neck Oncology. Boston, Mass: Martinus Nijhoff Publishers, 1984, pp 27-52.
- 4.- National Cancer Institute. Cáncer del seno paranasal y de la cavidad nasal <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/senoparanasal/>.
- 5.- Instituto Nacional de Cáncer. Association of Cancer Online. Treatment Options Resources. A cor. Org. Cancer del Seno Paranasal y de la Cavidad Nasal. Cancernet -Universidad de Chile. Google.
- 6.- Mills Stacey E and Fechner Robert E. The Nose, Paranasal Sinuses, and Nasopharynx. En: Sternberg Stephen S. Diagnostic Surgical Pathology. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins. (Cd-Room).
- 7.- Ortiz Bish F, Clemente Ruiz J, Galera H, Segura J, Martín Mora J, Muñoz Borge F. Melanoma Maligno Sinusal. A propósito de dos casos clínicos. ORL-DIPS 2002; 29(5):233-237.
- 8.- Gilabert S, Aguado E. Melanoma Mucoso Nasal. Revista del Hospital Privado de Comunidad.Vol. 7, No. 2, agosto-diciembre 2004. Buenos Aires, Argentina.
- 9.- Lassaletta Atienza L, López Ríos F, Granell J, Ballesteros A, Monge R, Domingo C, Martínez FJ, Alvarez Vincent JJ. Melanomas malignos primarios nasosinusales. Acta ORL Esp 1997; 48 (3): 187-90.
- 10.- Loré. Cirugía de cabeza y cuello. Tercera edición. Panamericana, Buenos aires.2000; 6:268.
- 11.- Villarreal Pedro M, Morillo Antonio J, Mateo Jesús. Melanoma cutáneo-mucoso nasal. Reconstrucción mediante colgajo frontal. Casos Clínicos presentados. IV Edición Premio Mx F Online.
- 12.- National Cancer Institute. Mednews. Treatment statement for Health professionals. Cáncer del seno paranasal y de la cavidad nasal. Google.
- 13.- Berthelsen, A.; Andersen, A.; Jensen, S. and Hansen, H. 1984. Melanomas of the mucosa in the oral cavity and the upper respiratory passages. Cancer 54: 907-912.
- 14.- Steidler, N. and Radden B.G. 1984. Malignant melanoma of the oral mucosa. J.Oral Maxillofac. Surg. 42: 333-336.