

CASOS CLÍNICOS

Melanoma de la mucosa nasal: una entidad poco frecuente

Nasosinusal mucosal melanoma: a rare entity

Cinthia Zambrano¹, Silvina González², Gisella Casarotto³, Horacio Solarz⁴ y Mariano Marini⁵

RESUMEN

El melanoma mucoso (MM) es una variedad rara y muy agresiva de melanoma que representa menos del 1% de estas neoplasias. Debido a su localización en áreas de difícil acceso, generalmente el diagnóstico y el tratamiento resultan más complicados. Se presenta el caso de un paciente de 73 años que consultó por epistaxis, obstrucción nasal izquier-

da, proptosis, epífora y diplopía ipsilateral de 2 meses de evolución, con evidencia de lesión tumoral en la fosa nasal izquierda compatible con MM. Inició tratamiento con pembrolizumab, con buena respuesta. **Palabras clave:** melanoma mucoso, pembrolizumab, melanoma mucoso nasal.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 70-73

ABSTRACT

Mucosal melanoma (MM) is a rare and very aggressive variety of melanoma, representing less than 1% of these tumors. Due to its location in areas of difficult access, diagnosis and treatment are generally more complicated. We report a case of a 73-year-old-man with epistaxis, left nasal obstruction, proptosis, epiphora and ipsilateral diplopia for 2 months,

with evidence of tumor lesion in the left nasal cavity compatible with MM. He started treatment with pembrolizumab, with a good response.

Key words: mucosal melanoma, pembrolizumab, nasosinusal mucosal melanoma.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 70-73

¹ Médica de la Carrera de Médico Especialista en Dermatología (UBA)

² Médica del Servicio de Dermatología, Sección Estomatología

³ Médica de Planta, Servicio de Dermatología

⁴ Jefe del Servicio de Anatomía Patológica

⁵ Jefe del Servicio de Dermatología

Sanatorio Güemes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Cinthia Zambrano

E-mail: cinthia_zambrano93@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 30/4/2025

Fecha de trabajo aceptado: 21/10/2025

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 73 años, con antecedentes de tabaquismo, arritmia cardíaca, hipertensión arterial y familiar de primer grado con cáncer colorrectal, fue derivado al Servicio de Dermatología por un cuadro de epistaxis, proptosis, epífora y diplopía ipsilateral de 2 meses de evolución. Al examen físico se evidenciaba tumoración polipoide que ocupaba la fosa nasal izquierda, con extensión hasta la narina, de color negruzco y con un patrón vascular visible, la cual desplazaba el *septum* hacia la fosa nasal derecha (Foto 1).

En la tomografía computada y en la resonancia magnética craneofacial se observaban lesiones tumorales líticas y expansivas en la fosa nasal izquierda con extensión al seno maxilar, involucrando cornetes, tabique nasal, celdillas etmoidales, lámina orbitaria y seno frontal izquierdo, con realce intenso y heterogéneo, posterior a la administración de contraste intravenoso. No había presencia de adenopatías regionales (Foto 2).

Se realizó el estudio histopatológico mediante una biopsia incisional de la tumoración nasal que informó

melanoma de la mucosa nasal, ulcerado, sin recuento mitótico, sin invasión linfovascular ni neural (Fotos 3 y 4). No se realizó inmunohistoquímica por falta temporal de reactivos.

El paciente fue estadificado como T4aN0M0, correspondiente a estadio clínico IVa según la clasificación TNM de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) y a estadio I según la clasificación de Ballantyne.

Debido a la dificultad para acceder quirúrgicamente a la lesión, por su localización anatómica y el

compromiso de estructuras vecinas, en forma multidisciplinaria (Dermatología, Oncología y Cirugía de Cabeza y Cuello) se decidió indicar tratamiento con radioterapia IMRT 6.250 cGy por 45 días, combinado con pembrolizumab 200 mg cada 21 días durante 7 meses.

Al tratarse de un paciente añoso con comorbilidades, esta alternativa permitió un abordaje eficaz con menor perfil de toxicidad (en comparación con los esquemas combinados anti-PD1/CTLA-4).



FOTO 1: Tumor pigmentado en la fosa nasal izquierda.

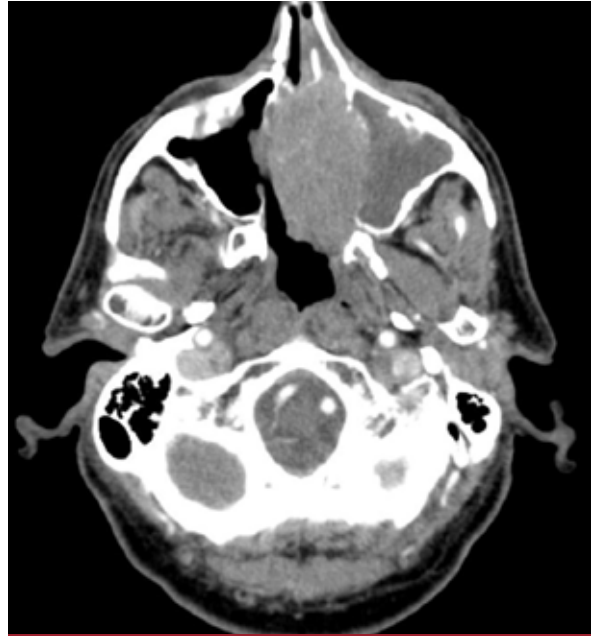


FOTO 2: Tomografía computarizada del macizo craneofacial. Corte axial: imagen heterogénea, de bordes mal definidos, en la lámina medial del seno maxilar izquierdo.

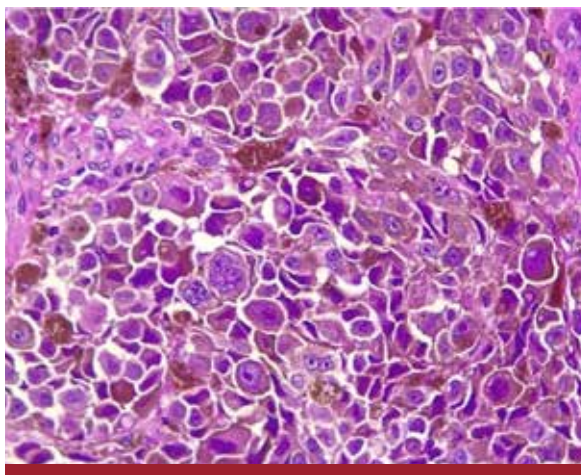


FOTO 3: Neoplasia melanocítica compuesta por células atípicas epitelioides con núcleos grandes, nucléolos prominentes, pigmento melánico y mitosis (HyE, 40x).

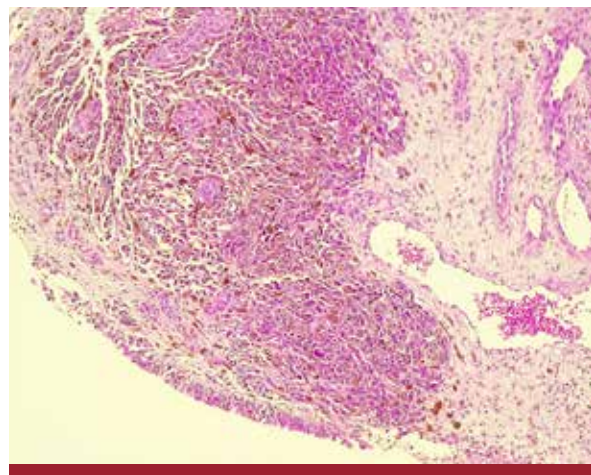


FOTO 4: Epitelio respiratorio con corion que muestra neoplasia pigmentada subyacente, con sectores compuestos por elementos redondos y otros fusiformes (HyE, 10x).

COMENTARIOS

El melanoma mucoso (MM) es una neoplasia infrecuente y particularmente agresiva, con una marcada tendencia a la diseminación temprana y a la recurrencia locorregional¹. Puede desarrollarse a partir de melanocitos localizados en cualquier superficie mucosa del cuerpo. La edad media del diagnóstico es de 75 años, con ligera predominancia en el sexo femenino.

Representa menos del 1% de todos los melanomas². Aproximadamente el 55% se origina en la mucosa de la cabeza y el cuello, el 24% en la mucosa anorrectal y el 18% en la mucosa vulvovaginal.

Dentro de los MM de cabeza y cuello, los melanomas nasosinusales representan cerca del 50%, y de ellos, entre el 40% y el 50% se localizan en la cavidad nasal propiamente dicha, siendo el tabique nasal el sitio más frecuentemente afectado. Por tanto, los melanomas del tabique nasal constituyen la forma más común de MM dentro de la cavidad nasal, aunque son una entidad infrecuente en términos generales^{3,4}.

Su etiología y fisiopatología difieren a las del melanoma cutáneo; sin embargo, aún no son del todo claras. La exposición a la radiación ultravioleta no constituye un factor de riesgo. Tampoco hay evidencia de su relación con el tabaco o virus, como los del papiloma humano y el herpes^{1,3}.

Actualmente se enfatiza en su etiología genética, ya que se conocen ciertas características moleculares asociadas, como menor incidencia de mutaciones del gen *BRAF* y mayor incidencia de mutaciones del gen *KIT*³.

Las manifestaciones clínicas del MM nasal son variables; puede cursar con epistaxis, obstrucción nasal, dolor, anosmia o incluso ser asintomático⁵.

Los MM presentan un pronóstico desfavorable por su localización anatómica, y su tendencia a la diseminación temprana por la dificultad de lograr resecciones quirúrgicas completas. Muestran un alto riesgo de diseminación a distancia. El sitio más frecuente de metástasis son los pulmones (21%), seguido por el hígado (18,5%) y los ganglios linfáticos distantes (12-15%)^{3,4}.

El diagnóstico definitivo se establece mediante el examen histopatológico y se complementa con estudios de extensión⁶.

La estadificación tipo TNM en los MM es controversial, dado que su utilidad es limitada al momento de decidir un esquema de tratamiento. Se utiliza el sistema de Ballantyne, el cual clasifica a los MM en tres estadios: estadio I, neoplasia localizada en el sitio de origen; estadio II, neoplasia con metástasis ganglionares regionales; estadio III, neoplasia con metástasis a distancia⁷.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa con márgenes libres, cuyo alcance depende de la extensión anatómica y las limitaciones estructurales. Sin embargo, en la mayoría de los casos, lograr márgenes óptimos es complejo debido al patrón de crecimiento, la presencia de lesiones multifocales y las limitaciones anatómicas⁸. La radioterapia adyuvante y, más recientemente, la terapia con haz de protones se han empleado para mejorar el control local; sin embargo, su impacto en la sobrevida global es limitado⁹.

En los últimos años, la inmunoterapia combinada con anticuerpos anti-PD-1 (nivolumab o pembrolizumab) y anti-CTLA-4 (ipilimumab) ha mostrado resultados alentadores en pacientes con MM avanzado o irreseccable, con una mayor tasa de respuesta objetiva en comparación a la monoterapia anti-PD-1, aunque a costa de una toxicidad significativamente más elevada. Sin embargo, estudios observacionales evidenciaron una eficacia similar cuando se utilizan los inhibidores de PD-1 como monoterapia, con menor toxicidad. Estos fármacos bloquean el receptor PD-1 en las células T, lo que permite al sistema inmune identificar y atacar las células malignas con mayor eficacia⁹.

La quimioterapia citotóxica clásica (dacarbazina, temozolamida o combinaciones con platinos) se considera actualmente de eficacia limitada, reservándose para casos refractarios o con contraindicación para inmunoterapia. Los avances en terapias dirigidas y combinaciones inmunomoduladoras han desplazado progresivamente su uso en esta entidad³.

La elección del esquema depende del estadio de la enfermedad teniendo en cuenta los posibles riesgos y beneficios según el estado general del paciente. En el caso presentado, la extensión tumoral hacia las estructuras vecinas imposibilitó una resección quirúrgica completa por el alto riesgo de generar secuelas funcionales severas. Por tal motivo, el paciente recibió tratamiento con radioterapia e inmunoterapia anti-PD-1 (pembrolizumab). Durante los controles se documentó una reducción clínica del tamaño tumoral en un período de 6 meses, disminución de la obstrucción nasal y menor desviación ocular. El paciente no continuó el seguimiento posterior, desconociéndose su evolución a largo plazo.

Destacamos la importancia de adaptar las recomendaciones terapéuticas basadas en la evidencia, con tratamientos personalizados en función de la extensión de la enfermedad, las comorbilidades y la tolerancia terapéutica, con prioridad en el control locorregional y la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sergi MC, Filoni E, Triggiano G, Cazzato G, et al. Mucosal melanoma: epidemiology, clinical features and treatment. *Curr Oncol Rep.* 2023;25:1247-1258.
2. Olla D, Neumeister MW. Mucosal melanoma. *Clin Plast Surg.* 2021; 48:707-711.
3. Spencer KR, Mehnert JM. Mucosal melanoma: epidemiology, biology and treatment. *Cancer Treat Res.* 2016;167:295-320.
4. Bachar G, Loh KS, O'Sullivan B, Goldstein D, et al. Mucosal melanomas of the head and neck: experience of the Princess Margaret Hospital. *Head Neck.* 2008;30:1325-1331.
5. Beltrán LC, Thompson P, Alvarenga R. Melanoma nasosinusal en paciente con síndrome de Rendu-Osler-Weber: reporte de un caso. *Revista Faso.* 2020;2:75-78.
6. Romo-Magdaleno JA, Busto-Ruano JP, Reyes-Ortega LM. Melanoma de la mucosa nasal. *An Orl Mex.* 2020;65:191-198.
7. Moctezuma-Bravo G, Díaz de León-Medina R, Rodríguez-Quilantán F, Salgado-Nevárez M, et al. Melanoma nasomaxilar: revisión de la literatura y reporte de un caso. *Gac Mex Oncol.* 2016;15:181-186.
8. Kuan EC, Wang EW, Adappa ND, Beswick DM, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: sinonasal tumors. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2024;14:149-608.
9. Nakamura Y, Namikawa K, Yoshikawa S, Kiniwa Y, et al. Anti-PD-1 antibody monotherapy versus anti-PD-1 plus anti-CTLA-4 combination therapy as first-line immunotherapy in unresectable or metastatic mucosal melanoma: a retrospective, multicenter study of 329 Japanese cases (JMAC study). *ESMO Open.* 2021;6:100325.