

## Manejo del Melanoma de Cabeza y Cuello.

El melanoma es un tumor maligno que se origina en los melanocitos, células de la capa profunda de la epidermis derivadas de la cresta neural. El de cabeza y cuello constituye el 40% del total de los melanomas; estos tumores pueden asentar tanto en la piel como en las superficies mucosas de las vías Aero-digestivas superiores. En cierto modo estas dos localizaciones pueden considerarse enfermedades distintas, en la piel es determinante la relación con la irradiación solar, mientras que los melanomas de las mucosas son idiopáticos. A diferencia de otros tumores de la piel, los melanomas producen con frecuencia metástasis ganglionares y a distancia.

El melanoma de las superficies mucosas constituye del 3 al 7% de todos los melanomas, el 55% asientan en cabeza y cuello; de ellos el 60% se instalan en el territorio naso-paranasal (fig.1), el resto en la cavidad oral y faringe; son poco frecuentes en el ojo (uveales o conjuntivales). Además de los síntomas típicos de los tumores de las fosas nasales y los senos paranasales, en los melanomas puede aparecer una rinorrea negruzca unilateral, si es amielínico (20% de los casos) la rinorrea tiene el aspecto habitual.



Fig. 1

El otorrinolaringólogo es el especialista que puede realizar un diagnóstico precoz del melanoma de superficies mucosas, precocidad de trascendental importancia para el pronóstico. Exploramos sistemáticamente con videoendoscopia las zonas típicas de implantación y podemos obtener biopsias en gabinete; estas tomas de tejido con métodos endoscópicos mínimamente invasivos pueden realizarse hasta en las localizaciones más escondidas.

El tratamiento quirúrgico de los melanomas de las superficies mucosas se realiza con los abordajes abiertos clásicos habituales o con cirugía endoscópica naso-sinusal; es decir, con las mismas sistemáticas que utilizamos en el frecuente tratamiento de las lesiones de estos territorios.

En España y en los países de nuestro entorno, desde hace tres decenios está aumentando la incidencia del melanoma de la piel de cabeza y cuello. Se definen distintos tipos de melanoma: nodular, superficial difuso, léntigo maligno y acral lentiginoso. La tipología no influye sustancialmente en el pronóstico.

El otorrinolaringólogo es el especialista que inspecciona en la totalidad de sus pacientes la superficie de cabeza y cuello -si es preciso incluso con microscopio-, por ello es el que tiene más posibilidades de lograr el diagnóstico precoz de un melanoma de la piel. Aunque es raro antes de la treintena puede aparecer incluso en la primera juventud, después su frecuencia va en lento ascenso hasta los 55 años y de aquí en adelante se acelera rápidamente la incidencia.

En la anamnesis tenemos muy presente si un paciente se incluye en los factores de riesgo -fundamentales en la génesis de esta neoplasia- transcribiéndolos a la historia

clínica. Ante una lesión sospechosa tenemos en cuenta: exposición exagerada a los rayos de sol (irradiación por luz ultravioletas en rango 190 a 320 nm UVB), sujetos de piel clara (sobre todo cuando se han producido quemaduras solares y más cuando han sido repetitivas, pues las lesiones en el ADN son acumulativas), el número de nevos melanocíticos principalmente si son displásicos, la abundancia de lunares, factores genéticos, familiares con melanoma, haber sufrido cáncer de piel de cualquier tipo, haber superado un melanoma previo, pacientes en inmunosupresión (transplantados u otros).

En la inspección de la piel salta la alarma en el especialista cuando en una lesión, más o menos pigmentada, aparecen los parámetros ABCDE (fig.2). Asimetría: lesión de diferente morfología si se considera su aspecto a un lado u otro de un eje que pasa por su punto medio. Bordes: límites de “la mancha” irregulares, borrosos, indefinidos. Color: variado, con tonalidades que van desde el crema claro o el rosa (amielánicos) al ocre, violeta, azul o negro; en el léntigo maligno es frecuente que en el tumor se aprecien varias parcelas de distinta coloración. Diámetro: más de 6 mm. Evolución: crece, cambia su aspecto al ir aumentando de tamaño.



Insistimos, el diagnóstico precoz es el hecho que va a establecer el pronóstico. En un diagnóstico pronto se van a ver afectadas menos capas de la piel de superficie a profundidad (clasificación de Clark), o lo que es similar, la lesión va a tener una menor difusión en profundidad considerada en milímetros (clasificación de Breslow). La estadificación del melanoma se va a basar en el crecimiento histológico en profundidad y, principalmente, en la existencia o no de metástasis regionales o a distancia.

La mortalidad por melanoma tiene una relación directa con el estadio en que se realice el diagnóstico. Así, un estadio I (melanomas de 0,75 a 1,5 mm de espesor) tiene una supervivencia de más del 95%, mientras que un estadio III (cualquier grosor más metástasis ganglionares cervicales) o un estadio IV (melanomas de cualquier grosor con metástasis regionales avanzadas o metástasis a distancia) tienen un pronóstico frecuentemente fatal.

Los tumores de la piel de cabeza y cuello -entre ellos el melanoma- deben ser tratados quirúrgicamente por el Otorrinolaringólogo-Especialista en Cirugía de Cabeza y Cuello. Su actividad habitual acoge la cirugía de lesiones extensas en la superficie de cabeza y cuello, realiza sistemáticamente rinoplastias y otoplastias reconstructivas, colgajos locales y a distancia, injertos libres o microvasculares y todas las técnicas de reparación necesarias en los extensos defectos que puede producir la exéresis de un melanoma.

El diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz es la actitud que más disminuye la posibilidad de recidiva local tras la cirugía. Si ocurre esta recidiva la posibilidad de metástasis regional o a distancia se multiplica exponencialmente, esto hace que la mortalidad en caso de recidiva local aumente hasta el 80%.

En los melanomas es frecuente la necesidad de realizar vaciamientos ganglionares cervicales funcionales o radicales, extendidos a todas o a algunas de las áreas; son

técnicas quirúrgicas que figuran en el armamentario convencional del otorrinolaringólogo.

La extensión de un melanoma a las estructuras linfáticas del cuello encaja en una de las siguientes cuatro categorías. 1. Micrometástasis, cuando es reconocida exclusivamente por biopsia del ganglio centinela. 2. Metástasis satélite, cuando afecta a un corredor linfático a una distancia de menos de dos centímetros del tumor primario. 3. Metástasis en tránsito, cuando ocurre a más de dos centímetros del primario pero no llega a las estaciones ganglionares subsiguientes. 4. Metástasis ganglionar propiamente dicha, por extensión a las cadenas ganglionares del cuello. Algunas localizaciones, principalmente los melanomas retroauriculares, occipitales o cervicales posteriores, pueden metastatizar en los ganglios axilares. Adecuamos el tipo de vaciamiento a realizar a la entidad de la difusión linfática.

El melanoma ha sido considerado clásicamente un tumor radio-resistente. En la bibliografía reciente se publica que una irradiación a altas dosis e hipofraccionada (más de 400 Gy por fracción), puede ser útil como coadyuvante a la cirugía en el tratamiento de un melanoma avanzado.

El melanoma es quimio-resistente, la dacarbacina es el único agente con cierta actividad, puede utilizarse como paliativo en casos inoperables. El único tratamiento médico aprobado por la Food and Drug Administration (USA) es la terapia con altas dosis de interferon alfa 2b.

#### ICONOGRAFIA:

Fig. 1. Masa sesil que se implantaba en el meato medio de la fosa nasal derecha. Estudio histopatológico: melanoma de superficie mucosa.

Fig.2. Formación nevezca que cumple los requisitos ABCDE. Asimetría y Bordes: el tumor se va desdibujando en su borde superior. Color: el crecimiento hacia arriba muestra un color marrón claro. Diámetro: más de 6 mm de eje mayor. Evolución: claro crecimiento en los últimos dos meses. Imagen preoperatoria, se manda a la paciente cerrar con fuerza los párpados para ver la dirección de las líneas de Lange. Anatomía patológica: bordes libres, estudio del ganglio centinela negativo.

**Gil-Carcedo García LM, Gil-Carcedo Sañudo E, Vallejo Valdezate LA.**