



Melanoma de ala nasal: reporte de un caso

Nasal wing melanoma: a case report

DELGADO, AURA¹; FUENMAYOR, ANDRÉS²; BRACAMONTE, MARIANGELICA³

¹Hospital Sor Juana Inés de la Cruz, Mérida. Venezuela.

²Hospital Universitario de Los Andes, Mérida. Venezuela.

³Hospital Dr. Tulio Carnevalli Salvatierra, Mérida. Venezuela

Autor de correspondencia
jabdelgado96@gmail.com

Fecha de recepción
28/02/2026

Fecha de aceptación
07/04/2026

Fecha de publicación
29/05/2026

Autores

Delgado Aura
Médico Cirujano. Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Residente Asistencial de Cirugía General, Hospital Sor Juana Inés de la Cruz, Mérida, Venezuela.
Correo-e: abdelgado96@gmail.com
ORCID: 0009-0003-6262-7626

Fuenmayor Andrés
Médico Cirujano. Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Residente de Postgrado del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.
Correo-e: andresfuenma94@gmail.com
ORCID: 0009-0001-9868-2286

Bracamonte Mariangelica
Médico Cirujano. Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Residente Asistencial de Medicina Interna, IVSS Hospital Dr. Tulio Carnevalli Salvatierra, Mérida, Venezuela.
Correo-e: Mariangelicabraca@gmail.com
ORCID: 0009-0001-3812-6130

Citación:

Delgado, A.; Fuenmayor, A.; Bracamonte, M. (2026). Melanoma de ala nasal: reporte de un caso. *GICOS*, 11(2), 254-264
DOI:



RESUMEN

Introducción: El melanoma es la variante más agresiva de cáncer de piel debido a su alta capacidad metastásica. El subtipo fusocelular es una entidad poco frecuente que representa un desafío diagnóstico por su similitud histológica con sarcomas o carcinomas escamosos. **Objetivo:** Reportar un caso de melanoma fusocelular en el ala nasal, detallando su diagnóstico, factores pronósticos y resolución quirúrgica mediante reconstrucción compleja. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 74 años con lesión violácea de crecimiento progresivo en el ala nasal izquierda de ocho meses de evolución. Se realizó biopsia excisional con márgenes de seguridad, generando un defecto de espesor total de 3 cm x 3.5 cm que involucró cartílago. Para la reconstrucción, se empleó una técnica combinada: injerto de cartílago postauricular para soporte estructural y colgajo interpolado nasogeniano para cobertura cutánea. El estudio histopatológico confirmó melanoma fusocelular, con índice de Clark IV y Breslow de 1.25 mm. **Discusión:** El diagnóstico es complejo por la morfología fascicular del tumor. El índice de Breslow (>1 mm) en este caso sugiere un pronóstico reservado, con una reducción en la tasa de supervivencia a cinco años. Quirúrgicamente, la integración de soporte cartilaginoso con un colgajo vascularizado es esencial para evitar el colapso de la válvula nasal. **Conclusiones:** La técnica quirúrgica combinada permitió resultados funcionales y estéticos satisfactorios, restaurando la arquitectura nasal sin estenosis. No obstante, la profundidad de invasión tumoral obliga a un seguimiento oncológico estricto para detectar posibles recidivas locales o metástasis.

Palabras clave: melanoma; colgajo; nasogeniano; cartílago auricular; resección

ABSTRACT

Introduction: Melanoma is the most aggressive variant of skin cancer due to its high metastatic potential. The spindle cell (fusiform) subtype is a rare entity that represents a diagnostic challenge due to its histological similarity to sarcomas or squamous cell carcinomas. **Objective:** To report a case of spindle cell melanoma on the nasal wing, detailing its diagnosis, prognostic factors, and surgical resolution through complex reconstruction. **Clinical Case:** A 74-year-old male patient presented with a progressively growing violaceous injury on the left nasal wing of eight months' evolution. Excisional biopsy was performed with safety margins, resulting in a 3 cm x 3.5 cm full-thickness defect involving the cartilage. For reconstruction, a combined technique was employed: a post-auricular cartilage graft for structural support and a nasolabial interpolated flap for skin coverage. Histopathological study confirmed spindle cell melanoma, with a Clark level IV and a Breslow thickness of 1.25 mm. **Discussion:** Diagnosis is complex due to the fascicular morphology of the tumor. In this case, the Breslow index (>1 mm) suggests a reserved prognosis, with a reduced five-year survival rate. Surgically, integrating cartilaginous support with a vascularized flap is essential to prevent nasal valve collapse. **Conclusions:** The combined surgical technique achieved satisfactory functional and aesthetic results, restoring the nasal architecture without stenosis. However, the depth of tumor invasion mandates strict oncological follow-up to detect potential local recurrences or metastasis.

Keywords: melanoma; flap; nasolabial; auricular cartilage; resection

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano y es indispensable para la vida, esta consta de 3 capas: epidermis, dermis e hipodermis, cada una de las cuales cumple funciones específicas. En la epidermis se encuentran los melanocitos, células encargadas de producir melanina, pigmento que da coloración a la piel y el cabello. (Buendía et al., 2018).

El cáncer de piel se origina por la proliferación de células cutáneas malignas y se clasifica en dos tipos, el cáncer de piel de tipo no melanoma (CPNM) que incluye tanto el carcinoma de células basales (forma más común) como el carcinoma espinocelular, ambos tipos tienen un pronóstico favorable. El segundo tipo es el cáncer de piel de tipo melanoma (CPM), menos frecuente, pero responsable de la mayor tasa de mortalidad debido a su alta capacidad metastásica (Bartolomé-Moreno, 2024).

El cáncer de piel se cataloga como el tipo de cáncer más común a nivel global y su incidencia va en aumento, para el año 2022 la Organización Mundial de la Salud calculaba la aparición de 1,5 millones de casos nuevos de los cuales, aproximadamente, 330.000 eran casos de tipo melanoma y se estimó que cerca de 60.000 personas fallecieron a causa de esta enfermedad. En Latinoamérica las cifras son variadas, para el año 2020 según un informe del Instituto Nacional del Cáncer de Brasil, se reportaron 4.03 nuevos casos de melanoma por cada 100.000 hombres y 3.94 casos por cada 100.000 mujeres, mientras que, según el informe GLOBOCAN se reportaron en México 2,051 nuevos casos de melanoma en ese mismo año (Orellana-Bustillos, 2025).

En Venezuela, la información epidemiológica precisa y actualizada presenta desafíos, sin embargo, los datos de proyección son motivo de alerta. La Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV) pronosticó un aumento general en la incidencia de cáncer en el país para 2024, y según datos aportados por la Esperanza de vida mundial se reportó que el cáncer de piel causó 553 muertes en Venezuela para 2020. (World Life Expectancy, s.f.).

El melanoma se describe como un tumor maligno que se origina en los melanocitos, células encargadas de la producción de melanina, que es el pigmento que da color a la piel y el cabello. Como se mencionó anteriormente el melanoma es el tipo más severo de cáncer de piel debido a su capacidad de invasión y diseminación, este se puede presentar en cualquier lugar de la piel, sin embargo, se desarrolla con mayor frecuencia en zonas con alta exposición a los rayos solares como cara, cuello, brazos y manos. La transformación de lesiones en melanomas puede surgir espontáneamente o secundaria a lesiones pigmentadas preexistentes, como los lunares. Generalmente es atribuible a factores como excesiva exposición a radiación ultravioleta natural o artificial, y fenotipos de piel clara con predisposición genética, estos factores generan cambios celulares a nivel de los melanocitos que, finalmente, se transforman en melanoma.

El melanoma cutáneo se caracteriza por una evolución clínica agresiva. Su potencial metastásico está estrechamente condicionado por factores pronósticos clave: el espesor de Breslow, la presencia de ulceración en la lesión primaria y el compromiso de las cadenas linfáticas regionales. El índice de Breslow se define

como la medición de la profundidad de la invasión tumoral cuantificada en milímetros (Manteca *et al.*, 2022). Este parámetro es un factor pronóstico relevante ya que permite predecir la supervivencia a largo plazo y determinar la necesidad de procedimientos adicionales, como la biopsia del ganglio centinela.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 74 años, natural y procedente del Estado Mérida, con antecedente materno de cáncer gástrico, quien consultó por presentar lesión en el ala nasal izquierda con crecimiento progresivo, de aproximadamente 8 meses de evolución, no dolorosa. Al momento de la valoración se encontró una lesión de 2cm por 2cm, blanda, sobreelevada, inmóvil, con coloración violácea, indolora a la palpación (Figuras 1 y 2. Paciente autorizó la publicación de las imágenes).



Figura 1.
Aspecto preoperatorio de la lesión en ala nasal izquierda.

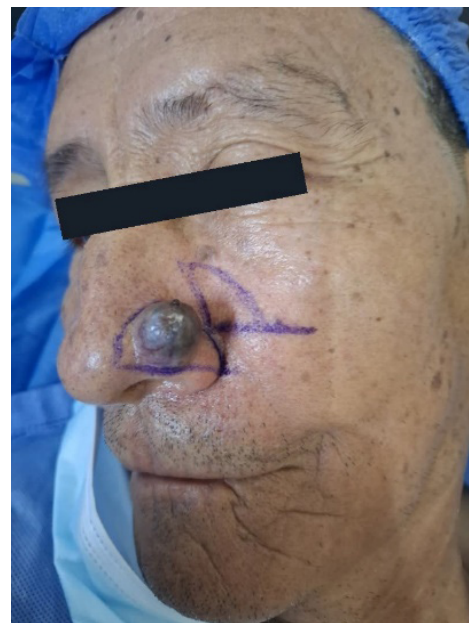


Figura 2.
Delimitación de los márgenes de exéresis junto al diseño del colgajo quirúrgico. Resección quirúrgica y colgajo.

Por la sospecha de malignidad, fue llevado a la mesa operatoria con la finalidad de retirar todo el tumor por la rápida progresión que se había observado, se realizó biopsia excisional de la lesión. Se efectuó una incisión en forma de ojal y con disección por planos se realizó la exéresis de la lesión ocupante de espacio de 3cm por 3,5 cm, que abarcaba el total del espesor del ala nasal. Se dejó un margen de seguridad de 2 a 3 mm (Figura 3).



Figura 3.

Defecto quirúrgico resultante tras la exéresis completa de la lesión en el ala nasal izquierda.

En vista de que se trataba de una lesión de gran espesor para la zona y de que comprometía todas las capas anatómicas, inclusive el cartílago, el procedimiento quirúrgico se efectuó por la técnica combinada de uso de injerto de cartílago postauricular y colgajo interpolado nasogeniano que tienen características similares a los tejidos nasales y resultados satisfactorios demostrados en otros casos. Para esta técnica quirúrgica se toma un injerto de 1 por 1 cm de la región post auricular izquierda, se implanta en el orificio profundo que comunica con fosa nasal y se fija con sutura monofilamento 1-0, luego, se realiza una incisión de 2 cm por 3 cm en la piel de la región nasogeniana ipsilateral para tomar un colgajo interpolado y se rota el mismo hacia ala nasal. Se fija con sutura nylon 4-0 y se realiza la cura final (Figura 4).



Figura 4.

Reconstrucción inmediata mediante técnica combinada: injerto de cartílago postauricular y colgajo interpolado nasogeniano.

Posteriormente, se hizo seguimiento a los 10 y a los 18 días del postoperatorio (Figuras 5 y 6), y se encontró una evolución satisfactoria, con la herida en fase proliferativa de cicatrización, sin signos de infección local ni hipertrofia o colapso del ala nasal.



Figura 5.
Seguimiento clínico a los 10 días del postoperatorio.



Figura 6.
Seguimiento clínico a los 18 días del postoperatorio, mostrando la viabilidad del colgajo.

Se realizaron evaluaciones de control al primer y tercer mes postoperatorio. En esta última etapa, se evidenció una cicatriz en fase de maduración y remodelación, caracterizada por la reorganización de las fibras de colágeno. Clínicamente, esto se tradujo en una superficie más plana, con textura suavizada y disminución de la hiperemia inicial. (Figuras 7 y 8). Cabe señalar que la consolidación de los resultados estéticos y funcionales definitivos se alcanzará en los meses subsiguientes.



Figura 7.
Evolución clínica al primer mes del postoperatorio.



Figura 8.
Evolución clínica al tercer mes del postoperatorio, respectivamente, fase de maduración tisular.

La biopsia de la porción escindida reportó piel pigmentada con elastosis actínica en la piel (epidermis, dermis y subcutáneo). En la dermis papilar y reticular, en contacto directo con el epitelio, se encontró lesión fusocelular pigmentada constituida por células de núcleos ahusados con nucléolo evidente, dispuestos en fascículos de citoplasma eosinofílico pigmentado. Las células mostraban hipercromasia de la cromatina, irregularidad de la membrana, pérdida de la relación núcleo citoplasma y mitosis atípica de citoplasma eosinofílico (2-3 en 10 campos de alto poder). La lesión se extiende hasta el borde de resección quirúrgica profundo. El estroma es escaso, vascularizado, no se identificó embolización tumoral a vasos sanguíneos ni linfáticos. El examen histológico concluyó en el diagnóstico de lesión fusocelular pigmentada maligna compatible con melanoma de tipo fusocelular, Clark IV, Breslow de 1.25 mm.

DISCUSIÓN

El melanoma de células fusiformes representa un subtipo raro de melanoma maligno, se encuentra caracterizado por células neoplásicas dispuestas en láminas y fascículos los cuales se convierten en un reto diagnóstico debido a que su apariencia fascicular simula otras neoplasias de estirpe mesenquimatosas o epitelial, como los sarcomas o el carcinoma escamoso fusocelular. Como se observó en nuestro paciente, el melanoma de tipo fusocelular puede ser difícil de identificar debido a que aparece en diversas localizaciones anatómicas y suele imitar lesiones amelanóticas, procesos de cicatrización o cuadros inflamatorios. (Zhe et al., 2018).

Como en cualquier neoplasia, el pronóstico del melanoma de tipo fusocelular depende del grado de invasión en el que se encuentre, para evaluar estos parámetros se utilizan dos indicadores de clasificación semejantes, Breslow y Clark, ambos generan pronósticos importantes, pero en la actualidad el índice de Breslow es considerado más preciso, por ser una medida cuantitativa y proporcionar en etapas iniciales mayor utilidad. La clasificación de Breslow mide la profundidad que alcanza el melanoma medido en milímetros desde la capa más superficial de la epidermis hasta el mayor punto de penetración (Manteca et al., 2022).

Por su parte, la clasificación de Clark describe el nivel anatómico de la invasión local, este indica las capas de la piel en que se extiende el melanoma, por lo que a mayor número en el nivel de Clark, más profundo es el tejido en el que se encuentra la lesión, sin embargo, esta clasificación histopatológica ha sido objeto de críticas en las últimas décadas, se ha argumentado que sus criterios incluyen características clínicas y rasgos histopatológicos no tumorales, además de presentar solapamientos en sus definiciones, se describe también una variabilidad interobservador asociada a la identificación de los límites dérmicos (Scolyer et al., 2011), por lo que en la actualidad esta clasificación se considera un parámetro secundario.

La biopsia apropiada debe permitir valorar el Breslow, ya que de esto dependerán los exámenes de extensión que se requieran, el margen quirúrgico definitivo y el pronóstico del paciente. Como se mencionó anteriormente el Breslow es la profundidad que alcanza el melanoma medido en milímetros por lo que a mayor Breslow, peor será el pronóstico del paciente y menor la tasa de curación, es así como, en general, el pronóstico para pacientes con lesiones que tengan grosor de 1 mm o menos es bueno, con una tasa de supervivencia muy alta a los 5 años (90%), siendo lo contrario cuando el grosor tumoral es mayor a 1 mm, logrando apenas una tasa

de supervivencia media (50%) a los 5 años y que puede incluso disminuir al 20% si se evidencian metástasis ganglionares (Manteca et al., 2022).

Debido a la localización anatómica de la lesión, el abordaje quirúrgico representó un desafío doble: la necesidad de márgenes oncológicos y la preservación de la función respiratoria. Según Dibelius (2017) “En cuanto a los defectos cutáneos nasales, el colgajo interpolado ofrece claras ventajas en la reconstrucción del lóbulo alar y representa su aplicación más potente en la reconstrucción nasal” (p.6). En nuestro caso, el uso de un injerto compuesto post-auricular permitió restaurar la integridad del soporte estructural, actuando como un andamio indispensable para evitar la estenosis vestibular.

Posteriormente, el colgajo interpolado nasogeniano proporcionó una cobertura con características de color y textura similares a la unidad nasal, aprovechando un pedículo vascular robusto que asegura la viabilidad del tejido en casos de defectos grandes como el del paciente, y del mismo modo tiene la capacidad de ofrecer soporte en casos de injerto de cartílago. La estabilidad funcional observada en el postoperatorio, caracterizada por la ausencia de colapso de la válvula nasal y una cicatrización normotrófica, valida la eficacia de esta técnica combinada. El soporte estructural firme y la cobertura vascularizada representan una estrategia reconstructiva óptima para restaurar la arquitectura tridimensional tras la exéresis de neoplasias infiltrantes, como el melanoma de células fusiformes.

Yellin (2011) explica que este tipo de colgajo permite atravesar la unión alar sin alterar la anatomía, gracias a que su irrigación se mantiene mediante las arcadas vasculares epidérmicas y subdérmicas, lo que exige que la pieza tenga un grosor y ancho adecuados.

El diseño del colgajo se basa en una plantilla que se crea una vez definida la extensión completa del defecto. Tras la infiltración de anestesia local y la preparación adecuada de la piel, se realiza una incisión en el colgajo de mejilla, se eleva, se rota 90° y se transfiere al defecto, con cuidado de manipular los tejidos y evitar una torsión excesiva sobre el pedículo. No se recomienda el adelgazamiento de la grasa subcutánea en la superficie inferior del pedículo durante este procedimiento inicial. El colgajo se sutura en su posición y se cierra la zona donante. Se muestra la secuencia de la técnica en (Figura 9) (Yellin et al., 2011).

Se realiza incisión para formar el colgajo y se retira el triángulo inferior de piel para proporcionar el cierre de la zona donante (A), se fija un injerto de cartílago post auricular (B). El colgajo se inserta y se fija en su posición, se cierra la zona donante (C). Finalmente se muestra la zona del injerto terminada, y la zona donante cerrada (D).

Es imperativo precisar que, aunque el informe histopatológico reportó un margen profundo comprometido, no se procedió a la ampliación quirúrgica inmediata debido a la naturaleza de la técnica empleada: se realizó una exéresis de espesor total (transfixiante) del ala nasal. Al haber resecado la totalidad de los planos anatómicos (piel, cartílago y mucosa endonasal), el margen profundo quirúrgico corresponde al espacio de la cavidad nasal, lo que imposibilita técnica y anatómicamente la obtención de tejido remanente en dicho plano. Ante este escenario, y considerando la agresividad de la variante fusocelular, se evaluó la radioterapia adyuvante como

estrategia de control local, siendo esta una de las razones de la derivación inmediata al servicio de oncología.

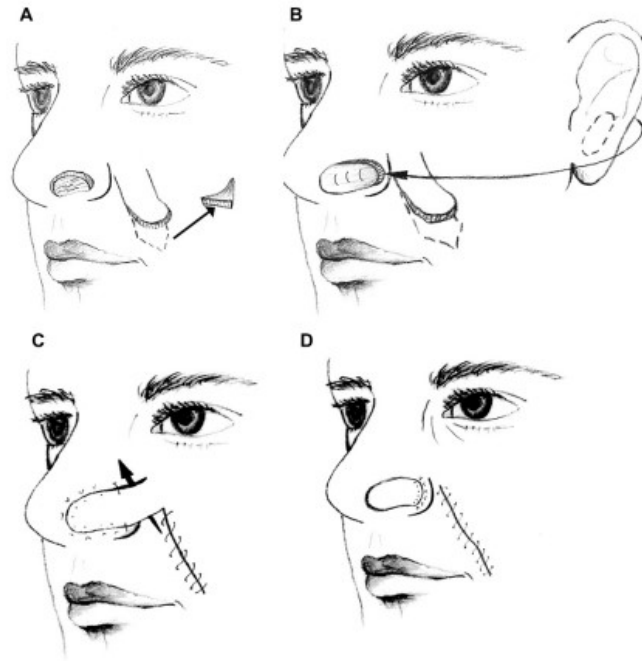


Figura 9.

Esquemización de la técnica de reconstrucción mediante colgajo interpolado nasogeniano: diseño, transposición y cobertura del defecto primario.

Respecto a la biopsia de ganglio linfático centinela (BGC), se reconoce que el grosor de Breslow ($>1,2$ mm) y el nivel de Clark (IV) establecen una indicación formal según las guías internacionales (NCCN/AJCC). No obstante, el procedimiento no pudo ser ejecutado debido a limitaciones logísticas institucionales y barreras socioeconómicas del paciente. Por tal motivo, el paciente fue referido de forma prioritaria al servicio de oncología para completar la estratificación linfática de manera diferida y determinar el esquema de adyuvancia sistémica. Este reporte resalta las dificultades del manejo oncológico en entornos de recursos limitados, donde la coordinación multidisciplinaria es vital para mitigar los riesgos derivados de la imposibilidad de cumplir estrictamente con los protocolos estándar en la fase inicial.

La agresividad biológica del melanoma de células fusiformes queda sustentada por el estudio de Zhe et al., (2018) donde se demuestra que este subtipo de melanoma, suele diagnosticarse con mayores espesores de Breslow y en estadios más avanzados, asociándose a un comportamiento infiltrante que eleva significativamente el riesgo de recurrencia local, especialmente en la región de cabeza y cuello. En nuestro paciente, un Breslow de 1,25 mm en el ala nasal subraya esta vulnerabilidad oncológica y pone de relieve un dilema ético-quirúrgico complejo: la balanza entre la radicalidad necesaria para el control del cáncer y la preservación funcional de la unidad nasal.

Si bien, la reconstrucción inmediata con un colgajo interpolado y un injerto compuesto permitió restaurar la arquitectura tridimensional y prevenir el colapso de la válvula nasal, reconocemos que el hallazgo de un margen profundo comprometido en una variante tan agresiva exige un abordaje oncológico integral. Ante la imposibilidad anatómica de una mayor ampliación en una resección transfixiante, la derivación a oncología y el seguimiento multidisciplinario estricto se vuelven pilares fundamentales para mitigar el riesgo de recidiva.

Es importante destacar que el manejo de variantes raras de melanoma en áreas faciales requiere un equilibrio meticuloso donde la restauración funcional no debe eclipsar la vigilancia oncológica, adaptando los protocolos internacionales a las realidades técnicas y logísticas de cada entorno clínico.

A los tres meses de seguimiento postoperatorio, el paciente presentó una evolución clínica satisfactoria, con una adecuada integración del injerto y el colgajo, sin signos de compromiso funcional valvular y no se evidenció recidiva local.

CONCLUSIONES

El melanoma de tipo fusocelular representa un reto diagnóstico significativo debido a su baja incidencia y a su capacidad para mimetizar otras neoplasias de estirpe mesenquimatosas. Como se demostró en este caso, la sospecha clínica temprana y un estudio histopatológico detallado son fundamentales. El reporte histopatológico de un Breslow de 1.25 mm y un Clark IV ubica al paciente en un estrato de riesgo intermedio-alto, con una tasa de supervivencia a 5 años inferior a la que se puede esperar si se compara con la de lesiones menores a 1 mm. Esto recalca la importancia de la biopsia excisional temprana como herramienta no solo diagnóstica, sino fundamental para establecer el tratamiento y los márgenes de seguridad adecuados.

Así mismo, la reconstrucción de defectos en el ala nasal, en combinación de un injerto de cartílago postauricular (como soporte estructural) y un colgajo interpolado nasogeniano (como cobertura vascularizada) demostró ser una estrategia altamente efectiva y aunque la evolución postoperatoria inmediata fue satisfactoria y sin complicaciones vasculares o infecciosas, la naturaleza agresiva del melanoma fusocelular aunada al compromiso de los márgenes profundos reportado en la histopatología, obligan a un seguimiento estricto a largo plazo para vigilar posibles recidivas, este caso resalta la importancia crítica de la sospecha clínica temprana y el manejo multidisciplinario proactivo.

En entornos con limitaciones logísticas y socioeconómicas, la derivación oportuna a oncología y el seguimiento estrecho son imperativos para subsanar las barreras del sistema y garantizar la vigilancia ante la agresividad inherente de esta variante histológica.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Bartolomé-Moreno, C. Melús-Palazón, E. Vela-Vallespín, C. Arana-Ballestar, S. Gallego, M. Navarro, J. Bellas-Beceiro, B y Grupos de expertos del PAPPs. (2024). Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. *Elsevier España, Atención Primaria*, 56. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103128>
- Buendía, A. Mazuecos, J. y Camacho, F. (2018). Anatomía y Fisiología de la Piel (2 ed). *Manual de Dermatología, I*. <https://www.berri.es/libro/9788478856282>
- Dibelius, G. S., & Toriumi, D. M. (2017). Reconstruction of Cutaneous Nasal Defects. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 25(3), 409–426. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2017.03.011>

- Manteca, M. Ruiz, M., Alvarado, A., y Pacheco, N. (2022). Melanoma Cutáneo. *RECIMUNDO*, 6(4), 77–86. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.77-86](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.77-86)
- Orellana-Bustillos, M. V., Villacís-Sanguil, R. T., Pilicita-Tipán, P. A., Cuzco San Andres, Y. Y., y Ayala Díaz, K. A. (2025). Cáncer de piel en Latinoamérica: epidemiología, factores de riesgo y estrategias dermatológicas para su prevención y detección precoz. *RECIMUNDO*, 9(2), 937-949. [https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(2\).abril.2025.937-949](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.937-949)
- Scolyer, R. Long, G. & Thompson, J. (2011) Evolving concepts in melanoma classification and their relevance to multidisciplinary melanoma patient care. *Molecular Oncology* 5, 124-133 doi: 10.1016/j.molonc.2011.03.002
- World Life Expectancy. (s.f.). *Venezuela: Cáncer de piel*. <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/venezuela-skin-cancers>
- Yellin, SA y Nugent, A. (2011). Colgajos melolabiales para la reconstrucción nasal. *Clinicas de Cirugía Plástica Facial de Norteamérica*, 19(1), 123–139. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2010.10.010>
- Zhe, X. Ping. S, Feiluore, Y. Lei, F. Hao, Z. & Alimujiang, W. (2018). Spindle Cell Melanoma: Incidence and Survival, 1973-2017. *Oncology Letters*, 16, 5091-5099. Doi: 10.3892/Ol.2018.9247