



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE M

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

*LA MAXILECTOMIA MEDIA CON VIA DE  
ACCESO DE RINOTOMIA LATERAL COMO  
TRATAMIENTO IDEAL DE PAPILOMA  
INVERTIDO DE NARIZ Y SENOS PARANASALES*

*Tesis de Posgrado  
Curso de Especialización en  
Otorrinolaringología  
DR. SERGIO OCHOA RICO*

*Asesor: PROF. DR. MARIANO HERNANDEZ GORIBAR  
Hospital General del Centro Médico  
"LA RAZA"  
Instituto Mexicano del Seguro Social*

1972

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

112.36

31

2ej



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	<b>Páginas</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>ANTECEDENTES CIENTIFICOS</b>	<b>2-6</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>HIPOTESIS</b>	<b>9</b>
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>10-12</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>13</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>14</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>15</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>16-23</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>24</b>

## I.- INTRODUCCION.

El papiloma invertido, es una tumoración benigna propia de nariz y senos paranasales que a pesar de ser conocido desde el siglo pasado, hasta la actualidad existen divergencias en cual es el manejo terapéutico óptimo. Varios factores son responsables de esta situación, ya que es una tumoración relativamente rara; a menudo se confunde con pólipos alérgicos; exhiben amplias variaciones de crecimiento, desde extremadamente indolentes a altamente agresivos que los clasificamos como clínicamente malignos; se puede asociar a malignidad. Por ello, algunos autores recomiendan para su tratamiento la resección quirúrgica conservadora y otros la radical.

Debido a la diversidad de criterios en el tratamiento, nace la hipótesis de que la Maxilectomía Media con vía de acceso de Rinotomía Lateral sea el método quirúrgico ideal para el manejo de Papiloma Invertido de Nariz y Senos Paranasales.

## II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El papiloma invertido de nariz y senos paranasales, es una tumoración benigna, epitelial, que se origina a partir de la Membrana de Schneider. Esta membrana tiene la particularidad de ser un derivado embriológico del ectodermo, a diferencia del resto de la mucosa respiratoria, que es de origen endodérmico (1,2,5).

En la literatura mundial se ha nombrado hasta con 20 - títulos, sin embargo, el de Papiloma Invertido Schneideriano, es el más aceptado. Esta neoplásia está caracterizada por: -- a) capacidad para destruir; b) tendencia a recurrir; c) asociación con malignidad ( 2, 3, 4, 8).

La mayoría de los autores reconocen que Ward en 1854 - describió el primer papiloma nasal (1,2,3,4,6), y que en 1855 Billroth publicó dos casos, uno de los cuales presentó recurrencia posterior a la remoción quirúrgica; él mismo le da el nombre de "cáncer biliforme". Dickerman en 1896 publicó el -- primer caso en la literatura americana. Wright en 1897 enfatiza el potencial de recurrencia del papiloma nasal (2). Ringertz en 1938, hace notar la tendencia del papiloma nasal ha crecer hacia el estroma del tejido conjuntivo, en lugar de hacerlo al exterior, como suele encontrarse en el resto de los papilomas por lo que le da el nombre de "Papiloma Invertido"; - propuso además, que la remoción incompleta del tumor es el -- factor más importante en su recurrencia (1,2,3,4). Norris en 1963, en 23 casos revisados da una cifra de recurrencia de -- 38 % posterior a excisión quirúrgica conservadora. Estas ci--

fras varían con los diferentes autores, y en algunos casos - se menciona hasta de 78 % (3,8). En 1971 Hyams hace una excelente revisión de 315 casos de pacientes con papiloma invertido de nariz y senos paranasales; notó predilección por - - ciertos sitios anatómicos, detalló su comportamiento biológico y su asociación con malignidad, por lo que coloca al papiloma invertido en un grupo aparte del papiloma de células cilíndricas y del fungiforme. Hace notar, que los papilomas invertidos se diseminan a lo largo de la mucosa y sugiere que para evitar recurrencias se debe reseca una porción amplia de mucosa sana (2). En 1975 Vrabec propone que el papiloma invertido de nariz y senos paranasales se le denomine "Papiloma Invertido Schneideriano" (1). Esto es confirmado por -- Batsakis en 1981 en donde enfatiza el origen único de la mucosa de nariz y senos paranasales e indica que otros términos ambiguos deben ser eliminados (5).

La incidencia de papiloma invertido de nariz y senos paranasales, no es bien conocida, por la confusión que existe en su terminología; sin embargo, se menciona que es del - 2.8 al 4.7% de las tumoraciones de nariz y senos paranasales (2,3). Es mas frecuente en el sexo masculino en una proporción de 3:1 (3).

La etiología es desconocida. Se ha propuesto, que la alergia nasal, la infección viral, la inflamación crónica de nariz y senos paranasales y los carcinógenos ambientales pueden ser factores que contribuyen al desarrollo de esta enfermedad, sin embargo, como los estudios no han sido concluyen-

tes, se le considera como neoplasia epitelial verdadera (6). Hellman en 1897, reporta el primer caso de papiloma invertido asociado con carcinoma. La incidencia es baja, pero se menciona que varía desde el 5% (Osborn, 1970) al 13% (Hyams, 1971). La malignización es siempre de la variedad de carcinoma epidermoide, y se presenta generalmente después de los 50 años (2,6)

Macrscopicamente, los papilomas invertidos tienen configuración lobular, de color rosa a gris, de aspecto aterciopelado, menos trasluciente que un pólipo nasal alérgico. El sitio exacto de origen es difícil de determinar en estadíos avanzados de la enfermedad, en términos generales se acepta que es en la pared nasal lateral. A menudo la cavidad nasal está completamente ocupada por tumor y puede extenderse a nasofaringe y vestibulo.

Desde el punto de vista microscópico es un engrosamiento hipercelular de la superficie epitelial, con invaginaciones cripticas hacia el estroma. La membrana basal aparece intacta y de espesor normal. El epitelio neoplásico es usualmente de tipo escamoso, algunas veces queratinizado. Una porción del tumor puede estar cubierto por epitelio columnar respiratorio a menudo con inclusiones o células vacuoladas y microquistes. En la mayoría de las veces la maduración epitelial aparece uniforme con mínimo pleomorfismo nuclear o actividad mitótica atípica. El estroma ocasionalmente está inflamado, evidenciando una migración de células inflamatorias crónicas, pero con ausencia de edema y de eosinófilos (3).

A pesar de que esta patología se conoce desde el siglo pasado hay controversias en cual es el método quirúrgico-

óptimo para el manejo de la misma. Algunos autores recomiendan el uso de técnicas conservadoras, tales como resección intranasal, Caldwell-luc, etmoidectomías y turbinectomías. Las recurrencias con estas técnicas varían del 4% (Oberman, 1964) al 78% (Calcaterra, 1980).

Esto a dado lugar a usar técnicas quirúrgicas más radicales que permitan una exposición amplia de la patología para que su resección sea completa y así minimizar las recurrencias, que proporcionen una visión adecuada para control-post-operatorio, pero que no causen deformidad facial ni alteraciones funcionales.

Desde 1969, Hyams ha utilizado la técnica de Maxilectomía Media con vía de acceso de Rinotomía Lateral para el tratamiento de ésta entidad nosológica, ya que cumple los postulados anteriores. El procedimiento fué publicado por Moure en 1902 y modificado por Montgomery (9). La técnica es la siguiente: El paciente es colocado en posición supina con la cabeza y cara paralela al piso y apoyada en un cojín procurando que quede por arriba del nivel del tórax, para reducir la presión venosa. Se infiltra un anestésico local con epinefrina en el sitio de la insición. La insición en piel se inicia a la mitad entre el canto interno del ojo y el nacimiento, con una hoja de bisturí #15. La piel es cuidadosamente cortada hasta el tejido subcutáneo. La arteria y vena angular son identificadas, pinzadas, cortadas y ligadas. La insición es prolongada hacia abajo a lo largo de la nariz por delante del surco nasogeniano hasta alcanzar el proceso superior del ala nasal; se continúa por el surco alar hasta la narina a -

través de todas las capas hasta alcanzar la cresta piriforme. Se coloca una sutura subcutánea con catgut crómico 2-0 y se tracciona con una pinza hemostática para una mejor exposición. Se eleva el periostio del proceso ascendente del maxilar superior y del hueso propio con un elevador de Mc-Kenty. Se -- procede a efectuar osteotomía lateral y transverse del hueso propio. Usando una sierra de Stryker se remueve el proceso -- ascendente del maxilar superior. Se corta en bloque la pared nasal lateral, dando como resultado una exposición amplia de la cavidad nasal, seno maxilar y con posibilidad de acceso a -- senos etmoidales y esfenoidal.

### III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Papiloma Invertido de Nariz y Senos Paranasales representa un problema clínico, ya que habitualmente se confunde con pólipos alérgicos y casi siempre se practican "polipectomías endonasales" ó exploración de senos maxilares. Estos procedimientos dan lugar a un alto porcentaje de recurrencias, por lo que se recomienda usar técnicas más radicales.

Consideramos pertinente evaluar la efectividad de la Maxilectomía Media con vía de acceso de Rinotomía Lateral para evitar recurrencias de papiloma invertido de nariz y senos paranasales en pacientes operados en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico "La Reza".

**IV.- OBJETIVOS.**

- 1.- Evaluar los resultados de pacientes operados con técnica de Maxilectomía Media con vía de acceso de Rintomía Lateral y compararlos con los de pacientes operados con técnicas conservadoras**
- 2.- Comparar los resultados del Servicio con los internacionales.**

**V.- HIPOTESIS**

**La Maxilectomía Media con vía de acceso de Rinotomía Lateral es la técnica quirúrgica ideal para evitar recurrencia de Papiloma Invertido de Nariz y Senos Paranasales.**

## VI.- MATERIAL Y METODOS.

Es una investigación retrospectiva. Se estudiaron 11 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Papiloma Invertido de nariz y senos paranasales vistos en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico " La Raza " del Instituto Mexicano del Seguro Social, del periodo comprendido del 15 de septiembre de 1977 al 15 de noviembre de 1983.

Se utilizó una libreta diseñada especialmente para la recolección de los datos.

Diez pacientes tuvieron papiloma invertido solamente y un paciente tuvo papiloma invertido asociado a carcinoma epidermoide bien diferenciado de baja malignidad. El rango de edad varió de los 13 a los 70 años, con un promedio de 46.36 años. No se encontró predominio de sexo. (Cuadro y gráfica 1).

En el 100 % de los casos se encontró obstrucción nasal unilateral. La rínorrea anterior y posterior se encontró en 63 % de los pacientes. Dos pacientes refirieron disminución en el olfato, estando en relación con tumoración que ocupaba la totalidad de la fosa nasal. En dos pacientes se presentó cefalea frontal, en esta se comprobó extensión de la tumoración hasta celdillas etmoidales anteriores y posteriores. En un paciente se encontró aumento de volumen de fosa nasal. En el 100 % de los casos, característicamente la sintomatología fué unilateral. El tiempo de evolución de los síntomas fué muy variado desde 8 meses hasta 18 años con un promedio de 4.4 años (Cuadro y gráfica 2, cuadro 3).

En el 100% de los casos se encontró tumoración de aspecto polipóideo de color rosa a violáceo, con implantación en pared lateral nasal en 6 casos (54.5%), en un caso (9%) - en el techo nasal y en 4 pacientes (36%) la tumoración ocluyó completamente la cavidad nasal y no fué posible determinar - el sitio exacto de origen (Cuadro 4).

El 63% de los pacientes fué enviado a nuestro Servicio con diagnóstico de póliposis nasal, el 27% de los casos con el de tumoración y el 9% con el de sinusitis. (Cuadro 5).

A cinco de los once pacientes se les practicó técnicas quirúrgicas consideradas como conservadoras, siendo en total 8 polipectomías endonasaes, 5 Caldwell-Luc y 2 septoplastias. Posterior a estos procedimientos, se encontró recurrencia en el 100% de los casos en períodos tan tempranos como una semana hasta doce meses. Esto se catalogó como resección incompleta. A estos 5 pacientes se les programó para Maxilectomía Media con vía de acceso de Rinotomía Lateral, sin embargo, - sólo se les practicó a 3 pacientes, ya que uno de ellos presentaba riesgo quirúrgico elevado y una paciente cursa con - embarazo de 7 semanas y está en espera de tratamiento radical.

En total se operaron 9 pacientes con técnica de Maxilectomía Media con vía de acceso de Rinotomía Lateral, de -- los cuales 6 (66.6%) fueron de primera intención, ya que se les practicó biopsia previo a intentar cualquier intervención quirúrgica y a 3 (33.3%) por presentar recurrencias posterior a resección quirúrgica conservadora. En 4 pacientes se encontró tumoración en fosa nasal, seno maxilar y complejo etmoidal; en 2 pacientes, en fosa nasal y seno maxilar; en 2 casos en fosa nasal y complejo etmoidal y en un caso se encontró -

sólo en fosa nasal. Un paciente presentó recurrencia a los 3 meses. Se le efectuó revisión de la maxilectomía con resección del tejido encontrado y en la actualidad no hay evidencia de tumoración. No se encontró deformidad facial y la función nasal retornó a la normalidad después de 3 a 4 meses de la operación.

## VII.- RESULTADOS.

Se encontró que:

La recurrencia de Papiloma Invertido de Nariz y Senos Paranasales en pacientes operados con Maxilectomía-Media con vía de acceso de Rinotomía Latreal, comparada con la de técnicas conservadoras es de  $p > 0.005$  que es -- significativamente baja.

### VIII.- DISCUSION.

Encontramos que el papiloma invertido de nariz y senos paranasales es una patología relativamente rara, ya que sólo se vieron 11 casos en el período comprendido del 15 de Septiembre al 15 de Noviembre de 1983. La edad en que predomina es en la 4a. década de la vida. No encontramos predominio de sexo contrariamente a lo que se menciona en la literatura mundial, en que se reporta mayor incidencia en el hombre en proporción de 3:1. No podemos dar explicación a esto. La recurrencia de la enfermedad fué del 100% cuando se trató por métodos conservadores, que comparada con otros autores es muy alta. Se reporta de 41% al 78% en la literatura. A 9 pacientes se les practicó Maxilectomía Media con vía de acceso de Rinotomía Lateral y se presentó recidiva en un paciente, el cuál fué re-operado y hasta el momento no hay evidencia de recidiva.

**IX.- CONCLUSION.**

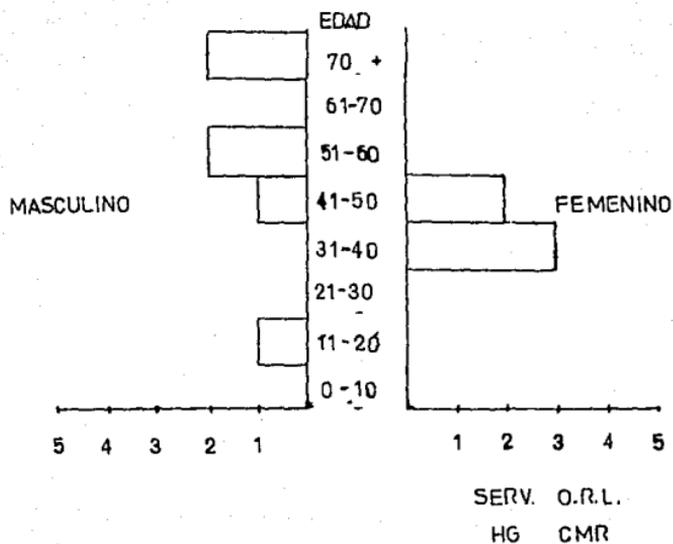
La recurrencia de Papiloma Invertido de Nariz y Senos Paranasales se disminuye cuando los pacientes son operados con técnica de Maxilectomía Media con vía de acceso - de Rinotomía Lateral, por lo que consideramos que es el método quirúrgico ideal para el tratamiento de la enfermedad.

CUADRO 1  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

EDAD	MASC.	o/o	FEM.	o/o
0 -10	0	0	0	0
11-20	1	16	0	0
21-30	0	0	0	0
31-40	0	0	3	60
41-50	1	16	2	40
51-60	2	33	0	0
61-70	0	0	0	0
71 y +	2	33	0	0
TOTAL	6	100	5	100

SERV. O R L  
HG. CMR.

GRAFICA 1

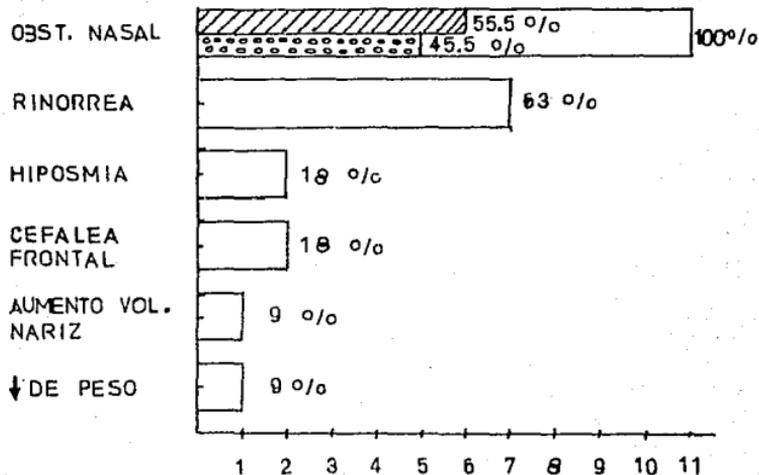


CUADRO 2  
SINTOMAS INICIALES

SINTOMA	No. PAC.	%
OSTRUCCION NASAL UNILATERAL	11	100
RINORREA MUCOPURULENTE	7	63
HIPOSMIA	2	18
CEFALEA FRONTAL	2	18
AUMENTO DE VOLUMEN DE NARIZ	1	9
DISMINUCION DE PESO	1	9

SERV. O R L  
HG CMR

GRAFICA 2  
SINTOMAS INICIALES



DERECHA



IZQUIERDA

SERV. O RL

HG CMR

CUADRO 3  
SINTOMAS:  
Tiempo de evolución

TIEMPO	No. PAC.	%
1 Año	2	18
1-5 Años	5	45
6-10 Años	2	18
11-15 A	1	9
16-20 A	1	9
21 y +	0	0
TOTAL	11	100

SERV. ORL  
HG CMR

CUADRO 4

LOCALIZACION DE LA LESION	
PARED NASAL LATERAL	54.5 %
TECHO NASAL	9.0 %
NO DETERMINADO	36.0 %

SERV. ORL  
H G CMR

CUADRO 5  
DIAGNOSTICOS PREVIOS

POLIPOSIS NASAL	63 o/o
TUMORACION	27 o/o
SINUSITIS	9 o/o

CUADRO 6  
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PREVIOS

Paciente Num	Operación
1	SEPTOPLASTIA CALDWELL-LUC POLIPECTOMIA
2	2 CALDWELL-LUC+POLIPECTOMIA SEPTOPLASTIA
3	POLIPECTOMIA+CALDWELL-LUC
4	POLIPECTOMIA
5	3 POLIPECTOMIAS CALDWELL-LUC

SERV ORL  
HG CMR

CUADRO 7

HALLAZGOS QUIRURGICOS	
Estructura Afectada	Num. de Pac.
FOSA NASAL, SENO MAXILAR Y ETMOIDES	4
FOSA NASAL Y SENO MAXILAR	2
FOSA NASAL Y ETMOIDES	2
FOSA NASAL	1

SERV. ORL  
HG      CMR

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Vrabec PD. The Inverted Schneiderian Papilloma: A Clinical And Pathological Study. Laryngoscope 1975 90 186-220
- 2.- Hyams VJ. Papillomas of the Nasal Cavity and Paranasal - Sinuses. Annals Otolgy and Laryngology 1971 80 192-206
- 3.- Calcaterra TC, Thompson JW, Paglia DE. Inverting Papillomas of the Nose and Paranasal Sinuses. Laryngoscope 1980-90 53-60
- 4.- Myers EN, Schramm VL, Barbes EL. Management of Inverted-Papilloma of the Nose and Paranasal Sinuses. Laryngoscope 1981 91 2071-2084
- 5.- Batsakis JG. Nasal (Schneiderian) Papillomas. Annals Otolgy and Laryngology 1981 90 190-191
- 6.- Chaterji P, Friedman I, Soni NK, Solanki I, Ramdeo IN. Bilateral Transitional-type Inverted Papilloma of the Nose and Paranasal Sinuses. The Journal of Laryngology - and Otolgy 1982 96 281-287.
- 7.- Sellars SL, The Inverted Nasal Papilloma. The Journal -- of Laryngology and Otolgy 1982 96 1109-1112
- 8.- Lawson W, Biller HG, Jacobson A, Som P. The Role of Conservative Surgery in the Management of Inverted Papilloma 1983 93 148-155
- 9.- Montgomery WW. Surgery of the Upper Respiratory System - Lea & Febiger Philadelphia 1979 \*