

11236

38
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

**TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIZACION EN:
OTORRINOLARINGOLOGIA**

A U T O R :

DR. EUGENIO CIPRIANO SALINAS ARANDA

Director: Dr. Bernardino Ricardo Sánchez Sánchez



MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI




TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DE EL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI


PRESENTA:

DR. EUGENIO CIPRIANO SALINAS ARANDA

Vo. Bo.


DR. NIELS WACHER RODARTE
JEFE DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION
H. E. C. M. N. SIGLO XXI

Vo. Bo.


OR. MANUEL LEE KIM
JEFE DEL SERVICIO DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
H. C. M. N. SIGLO XXI

MEXICO, D. F. 1993

A ROSARIO

MI ESPOSA

Por su apoyo y confianza que
ha depositado en mí

A EUGENIA DEL ROSARIO

MI HIJA

Quién por su nacimiento
revitalizó mi vida

A JULIO Y ELVIRA

MIS PADRES

Por los principios y deseos de
superación que me inculcaron

A JULIO, HUGO, ERNESTO, REFUGIO,

GUADALUPE Y AGUSTIN

MIS HERMANOS

Por su estímulo para continuar
preparándome

AL DR MANUEL LEE KIM

Quien supo estimular mi deseo
de superación

AL DR. BERNARDINO RICARDO SANCHEZ SANCHEZ

Por sus ideas, coordinación
y apoyo para la realización
de este trabajo

AL DR. CARLOS ORTIZ HIDALGO

Por su disposición y desinteresada
colaboración para la realización
de este trabajo

CON AGRADECIMIENTO A MIS MAESTROS

LOS DOCTORES

HECTOR AGUIRRE MARISCAL

MARGARITA DELGADO SOLIS

MIGUEL ALFONSO KAGEYAMA ESCOBAR

GUILLERMO LOPES RIOS

JOSE MARIN

JUAN PEÑA GARCIA

RAFAEL RIVERA CAMACHO

ALEJANDRO VARGAS AGUAYO

GUADALUPE VEGA GUERRERO

BENJAMIN VAZQUEZ SUVERZA

INDICE

Introducción	Pág.	1
Carcinoma epidermoide		6
Linfoma		20
Planteamiento del problema		25
Objetivos		25
Material y métodos		26
Tipo de estudio		26
Recursos		26
Cronograma		27
Universo del trabajo		28
Resultados		29
Conclusiones		36
Bibliografía		37

I N T R O D U C C I O N

Los tumores de la cavidad nasal y de los senos paranasales fueron reportados hace cientos de años. La mayoría de las descripciones incluyendo las hechas por Hipócrates y Galeno, expresaban la opinión de que el tratamiento solo diseminaba el tumor y acortaba la vida del paciente. Desde 1888 hasta la aparición de la radioterapia se utilizó el electrocauterio.

Los tumores malignos primarios que se originan en la cavidad nasal y senos paranasales son estudiados en conjunto, ya que estas lesiones están frecuentemente en estadios avanzados cuando se realiza el diagnóstico y no siempre es posible determinar el sitio primario con certeza.⁽¹⁾

Las neoplasias malignas de la cavidad nasal y los senos paranasales comprenden entre el 0.2% y 0.8% de todas las neoplasias malignas y el 3% de los cánceres del tracto respiratorio superior y la porción superior del tracto digestivo.⁽²⁾

Los sitios más comunes de origen de estos tumores, suelen ser: senos maxilares (58%), fosas nasales (31%), y senos etmoidales (10%). Siendo más raros los que se originan en los senos frontales (0.6%) y senos esfenoidales (0.4%).⁽³⁾

Los síntomas que se presentan al principio en pacientes con cáncer suelen ser edema de mejilla, obstrucción nasal, epistaxis, descarga nasal y dolor. Sin embargo los síntomas ex-

cepto por el edema son similares a aquellos que presentan los pacientes con sinusitis crónica.⁽⁴⁾

Entre los pacientes con tumores localizados en otros sitios la epistaxis y la obstrucción nasal son los síntomas más comunes.⁽⁵⁾

Ha sido reportado el desarrollo de cáncer de la cavidad nasal y senos paranasales más frecuentemente en las personas que trabajan en la industria de los muebles, carpintería, en personas con sinusitis crónica, personas que laboran en refinamiento del níquel, en la industria del calzado y textil.^(6,7,8)

La tomografía computada es usada extensamente en el diagnóstico del cáncer de la nariz y senos paranasales; este estudio define claramente la erosión ósea cuando ésta se presenta. Teniendo como limitante que no se puede diferenciar entre las cavidades sinusales ocluidas o inflamadas y el tumor adyacente.^(9,10) La resonancia magnética proporciona la mejor imagen técnica para diferenciar entre la opacidad obstructiva y la invasión sospechosa en la tomografía. Es ahora generalmente aceptado que la resonancia magnética combinada con el medio de contraste paramagnético Gadolinio DTPA es el método más óptimo de demostrar la extensión completa de las neoplasias malignas nasosinusales en forma preoperatoria con la sustracción digital de la resonancia magnética, la señal es removida dejando una

imagen, en la cual los valores de densidad, solamente dependen de la vascularidad de los tejidos interesados, produciendo un efecto de vasculograma. (11,12)

El diagnóstico final sin embargo todavía depende del examen patológico del espécimen obtenido por cirugía. (13)

Los tumores primarios malignos de la nariz y senos paranasales comprenden: carcinoma de células escamosas, tumores linforreticulares, etesionerblastomas, tumores de glándulas salivales, melanomas y sarcomas. (14)

Muchos sistemas de clasificación de los tumores de senos paranasales han sido sugeridos, como los de Liu⁽¹⁵⁾ y Zamora⁽¹⁶⁾ La American Joint Committee on Cancer (AJCC) ofrece un sistema de estadios estrictamente para los tumores del antro maxilar. Este sistema hace uso de la línea imaginaria que inicialmente fué definida por L.G. Ohngren como un plano teórico que une el canto medial del ojo con el ángulo de la mandíbula. De acuerdo a Ohngren este plano de malignidad separa los tumores resecables anteriores e inferiores resecables y no resecables los tumores posteriores y superiores.

El carcinoma de las células escamosas o alguna de sus variantes es la neoplasia más común de la nariz y senos paranasales, como lo demuestra Jackson en un estudio retrospectivo en

el cual evaluó 115 pacientes con cáncer de la cavidad nasal y senos paranasales en los cuales el diagnóstico se efectuó con examen histopatológico del tejido obtenido por biopsia. Se encontró 16 tipos diferentes de tumores, siendo el carcinoma epidermoide el más común (53%), seguidos por no diferenciados -- (10%), adenoideoquístico (7%), adenocarcinoma (6%), otro tipo de tumores fué menos frecuente. (17)

Sisson en un estudio de 60 casos, también en forma retrospectiva, de cáncer de senos paranasales con diagnóstico confirmado histopatológicamente. El tipo más frecuente fué carcinoma de células escamosas en 32 pacientes (53%), carcinoma adenoideoquístico en 10 pacientes (17%), otros tipos en 18 pacientes (30%), que incluyeron adenocarcinoma (9%), estesi-neuroblastoma (9%), plasmocitoma (3%), condrosarcoma (3%), y mucoepidermoide (3%). (18)

En el diagnóstico histopatológico de 38 pacientes con carcinoma, 26 tuvieron diagnóstico de carcinoma de células escamosas, mientras que 9 tuvieron neoplasia no diferenciada y 3 carcinomas de células transicionales. (19)

El carcinoma de células escamosas suele encontrarse con mayor frecuencia en el seno maxilar (64.4%), en la cavidad nasal (26%), seno etmoidal (9%), seno esfenoidal (0.3%) y seno frontal (0.3%). (20)

Las neoplasias malignas de células no escamosas representan aproximadamente la mitad de los cánceres de senos paranasales. De 49 pacientes con este tipo de neoplasias 12 (20%) correspondieron a sarcoma, carcinoma adenoideo quístico 10 (20%), linfoma 9 casos (18%). La mayoría de estas neoplasias proceden de glándulas seromucosas en el epitelio, sólo un pequeño número - procede del resto del contenido histológico de los senos. (21)

CARCINOMA EPIDERMOIDE

Carcinoma de la cavidad nasal

Los tumores malignos primarios de la cavidad nasal son tumores muy raros. Esta región puede ser sitio de una variedad de tipos histológicos de neoplasias tanto benignas como malignas.

El carcinoma de la cavidad nasal es principalmente una enfermedad de hombres. Tres cuartas partes de los pacientes se encuentran por encima de los cincuenta años de edad y la edad promedio al momento del diagnóstico es a los mediados de los cincuentas. Obstrucción nasal unilateral con o sin epistaxis es el síntoma presente más común. La sinusitis crónica o pólipos nasales preceden o están asociados con los carcinomas en aproximadamente 15% de los casos. El fumar desde temprana edad es un hábito notable entre estos pacientes. Hay una modesta tendencia a estar en lado derecho de la cavidad nasal; aproximadamente el 5% es bilateral.

Las paredes laterales de las cavidades nasales son los sitios más frecuentemente envueltos; aproximadamente el 50% se origina en los cornetes. Otros sitios en orden de frecuencia decreciente son: septum, vestíbulo y piso de la cavidad nasal. Cerca del 85% de los carcinomas son del tipo de células escamosas variando en su diferenciación histológica de bien diferenciado a anaplásico.

La invasión al hueso adyacente ocurre en un tercio de los carcinomas. Las metástasis a los linfáticos regionales no es frecuente. En las series de Bosch y colaboradores sólo el 12% de los pacientes presenta nódulos a su admisión y otro 5% desarrolla nódulos metastásicos durante su seguimiento. (22)

Carcinomas del septum

El carcinoma de células escamosas primario del septum se origina en el septum anterior o cerca de la unión mucocutánea. Los carcinomas que se originan de la unión mucocutánea tienden a infiltrar el pliegue nasolabial y profundamente en la nariz (22,23)

Los signos y síntomas del carcinoma del septum son mayormente inocuos y una neoplasia maligna puede pasar desapercibida en etapas tempranas. Una lesión frecuentemente origina una zona inflamada. A la exploración se encuentra una lesión nodular del tipo verrucoso o una pequeña área ulcerada. La persistencia de costras dentro de la cavidad nasal puede estar presente durante meses antes de que el diagnóstico sea hecho y sólo después que el septum se ha perforado. (23)

El pronóstico de un paciente con carcinoma del septum nasal se relaciona con el tamaño del tumor y la presencia de metástasis. Las metástasis pueden presentarse tempranamente o en forma tardía durante el curso de la enfermedad. Ello ocurre en

aproximadamente el 10% de los casos. A causa de la posición en la línea media del tumor. Las metástasis pueden ocurrir en cualquier lado del cuello. La disección profiláctica del cuello no es garantía de mejor pronóstico. A pesar del modo de tratamiento o combinación de técnicas la enfermedad metastásica des carta un resultado exitoso.

Carcinoma del seno esfenoidal y frontal

La mayoría de las neoplasias que involucran estos senos son secundarios a carcinomas del seno etmoidal o nasofaringe.

Los síntomas de presentación del carcinoma del seno frontal son los de una sinusitis frontal aguda con dolor y edema sobre el seno afectado. La erosión del hueso ocurre rápidamente y unos pocos pacientes sobreviven más de 2 años. Los carcinomas del seno esfenoidal son más difíciles de diagnosticar, ya que ellos se presentan como un tumor nasofaríngeo o un tumor etmoidesfenoidal. Además los signos y síntomas son frecuentemente referidos a las estructuras neurovasculares, más que a los senos mismos.

Carcinomas de los senos maxilares y etmoidales

La mayoría de los carcinomas de los senos paranasales se originan en la mucosa del antro maxilar y el laberinto etmoidal aproximadamente el 80% de los cánceres de los senos paranasales se originan en el antro. Una importante asociación etiología-

gica parece ser la sinusitis crónica, la larga evolución de la sinusitis crónica permite que el epitelio respiratorio normal del seno maxilar sufra metaplasia que es probablemente el origen de la mayoría de los carcinomas antrales. También se han documentado casos en los cuáles el cáncer se ha desarrollado en fistulas oroantrales de larga evolución. (22,24)

El carcinoma de células escamosas es el tipo histológico más frecuente de carcinoma que ocurre en antro maxilar y usualmente constituye el 80% de las neoplasias de los senos paranasales. El carcinoma del antro se presenta aproximadamente dos veces más en los hombres y es una enfermedad relativa de la edad avanzada. Aproximadamente el 95% de los pacientes se encuentran por encima de los 40 años de edad. Los signos y síntomas del carcinoma del antro maxilar se dividen en cinco grupos principales.

Grupo I. Incluye signos y síntomas orales aparecen cuando la neoplasia se origina en piso del antro y es seguido por extensión inferior una localización inesperada o dolor referido en los premolares superiores o muelas puede ser la primera evidencia. Esto puede ser debido a presión o compromiso del nervio dentario superior por la neoplasia. La pérdida de un diente o una alteración en su alineación es el siguiente signo oral más común. Otros síntomas referidos a la cavidad oral pueden ser

edema del paladar, siguiendo la extracción o pérdida dental puede haber una falla en la cicatrización del orificio y desarrollarse una fístula oroantral. El trismus puede resultar de la extensión neoplásica dentro de la fosa pterigoidea a través de la superficie infratemporal del antro.

Grupo II. Está compuesto de síntomas nasales y es debido a la extensión medial de la neoplasia. En orden a su frecuencia los síntomas son: obstrucción nasal unilateral, descarga nasal (variando de clara a purulenta y sanguinolenta) y epistaxis crónica. La protusión de la tumoración dentro de la cavidad nasal puede frecuentemente ser vista.

Grupo III. Está compuesto por signos y síntomas oculares y éstos se originan por la extensión superior a través del piso de la órbita. La dislocación del ojo y diplopia pueden ocurrir. En algunas ocasiones la neoplasia se extiende anteriormente a través del margen orbital inferior y puede ser visto o palpado a través del párpado inferior.

Grupo IV. Incluye síntomas faciales y se ocasiona por extensión de la tumoración hacia la pared anterior del antro. La extensión a través de la pared anterolateral ocasiona un aumento de volúmen de la mejilla, frecuentemente primero se observa como un abultamiento del surco gingivolabial. Posteriormente se presenta asimetría y desfiguramiento facial y en casos avanza-

dos la piel puede llegar a ser infiltrada o ulcerada. Debido a la invasión del nervio infraorbitario el entumecimiento o parestesias de la piel de la mejilla no son síntomas poco frecuentes.

Grupo V. Incluye todas las formas de síntomas neurológicos excepto aquellos presentados en los otros grupos anteriores. La mayoría de los síntomas son debidos a la afección tumoral de los nervios séptimo y octavo y las meninges. A consecuencia de esta extensión, puede haber sordera unilateral, parálisis facial unilateral y aún hemiplejía, otros incluyen cefalea generalizada y dolor referido en este grupo. Las radiografías simples deben complementarse con la tomografía. La única manera de hacer un diagnóstico temprano seguro parece ser la exploración quirúrgica. La técnica más ampliamente aceptada, es la biopsia incisional a través de un abordaje de Caldwell-Luc o a través de la cavidad nasal.

Los síntomas del cáncer etmoidal suelen ser: obstrucción nasal, descarga sanguinolenta y son más comunes que en el carcinoma antral. Los casos avanzados pueden presentarse con expansión ósea, produciendo un ensanchamiento característico de la región nasal. Anosmia unilateral puede seguir a la extensión neoplásica a través de la lámina cribiforme. (22,24)

La destrucción de las paredes óseas, opacificación y un pa--

trón trabecular de las celdillas aéreas es visto en el examen radiográfico. El diagnóstico es hecho examinando las muestras obtenidas con los procedimientos descritos previamente.

La versión de 1992 de la American Joint Committee on Cancer divide los tumores del antro maxilar de acuerdo a la clasificación TNM, y que ya se mencionó el carcinoma de células escamosas es el cáncer que predomina en el antro maxilar y otros tumores no epiteliales (como tejido linfóide) no son incluidos en esta clasificación (tablas I-V)⁽²⁵⁾

TABLA I

DEFINICION DE TNM

- TX El tumor primario no puede ser determinado
- T0 Sin evidencia de tumor primario
- Tis Carcinoma in situ
- T1 Tumor limitado a la mucosa antral sin erosión ni destrucción del hueso
- T2 Tumor con erosión o destrucción de la infraestructura incluyendo el paladar duro y /o el meato nasal medio
- T3 Tumor que invade cualquiera de las siguientes estructuras: piel de la mejilla, pared posterior del seno maxilar, piso o pared medial de la órbita, seno etmoidal anterior
- T4 Tumor que invade el contenido orbitario y/o cualquiera de las siguientes estructuras: lámina cribiforme, seno etmoidal posterior o seno esfenoidal, nasofaringe, paladar blando, fosa pterigomaxilar o fosa temporal o base del cráneo
-

Fuente: A.J.C.C. , Manual for Staging of Cancer, fourth edition , 1992. J. B. Lippincott Company.

TABLA II

GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES

- NX Los ganglios linfáticos no pueden ser valorados
- NO Sin metástasis linfáticas regionales
- NI Metástasis en un sólo ganglio ipsilateral de tres cm o menos en su diámetro máximo
- N2 Metástasis en un sólo ganglio ipsilateral, mayor de 3 cm pero no mayor de 6 cm en su diámetro mayor o en múltiples ipsilaterales, pero ninguno mayor de 6 cm o en ganglios bilaterales o ganglios contralaterales, ninguno de más de 6 cm de diámetro máximo
- N2a Metástasis en un sólo ganglio ipsilateral mayor de 3 cm pero ninguno mayor de 6 cm en su diámetro máximo
- N2b Metástasis en múltiples ganglios ipsilaterales, ninguno mayor de 6 cm en su diámetro máximo.
- N2c Metástasis ganglionares bilaterales o contralaterales ninguno mayor de 6 cm en su diámetro máximo
- N3 Metástasis en un ganglio linfático mayor de 6 cm en su diámetro máximo
-

Fuente: A. J. C. C. , Manual for Staging of Cancer, fourth edition, 1992. J. B. Lippincott Co.

TABLA III

METASTASIS DISTANTES

- MX No puede valorarse la presencia de metástasis distantes
MO Sin metástasis distantes
M1 Presencia de metástasis distantes
-

Fuente: A. J. C.C., Manual for Staging of Cancer, Fourth edition, 1992. J. B. Lippincott Co.

TABLA IV

ESTADIOS			
Estadio 0	Tis	NO	MO
Estadio I	TI	NO	MO
Estadio 2	T2	NO	MO
Estadio 3	T3	NO	MO
	TI	NI	MO
	T2	NI	MO
	T3	NI	MO
Estadio IV	T4	NO	MO
	T4	NI	MO
	Cualquier T	N2	MO
	Cualquier T	N3	MO

Fuente: A.J.C.C., Manual for Staging of Cancer, fourth edition, 1992. J. B. Lippincott Co.

TABLA V

GRADO HISTOPATOLÓGICO
(CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS)

GX	El grado no puede ser determinado
G1	Bien diferenciado
G2	Moderadamente diferenciado
G3	Pobremente diferenciado
G4	Indiferenciado

Fuente: A.J.C.C., Manual for Staging of Cancer, fourth edition, 1992. J.B. Lippincott Co.

TABLA VI

GRADO HISTOLOGICO	
WORKING FORMULATION	
I	Linfoma de grado bajo de malignidad
	A. De linfocitos pequeños
	B. Folicular, predominantemente de células pequeñas hendidas
	C. Folicular mixto de células pequeñas y grandes
II	Linfoma de grado intermedio de malignidad
	D. Folicular, predominantemente de células grandes
	E. Difuso de células pequeñas hendidas
	F. Difuso mixto, de células pequeñas y grandes
	G. Difuso de células grandes hendidas o no hendidas
III	Linfoma de alto grado de malignidad
	H. Difuso de células grandes inoblásticas
	I. Linfoblástica
	J. Células pequeñas no hendidas (Burkitt o no Burkitt)
IV	Misceláneos
	Compuesto
	Micosis fungoide
	Otros

Fuente: A.J.C.C., Manual for Staging of Cancer, fourth edition, 1992. J. B. Lippincott Co.

TABLA VII

CLASIFICACION POR ETAPAS

Estadio I	Compromiso ganglionar en una sola región o compromiso localizado en un sólo órgano o sitio extralinfático.
Estadio II	Afección de dos o más regiones ganglionares en el mismo sitio del diafragma (II) o afección localizada de un sólo órgano o sitio extralinfático con sus ganglios regionales, con o sin otras regiones de ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma (II _E).
Estadio III	Afección de regiones de ganglios linfáticos en ambos lados del diafragma (III) que también pueden estar acompañadas por afección localizada de un órgano o sitio extralinfático (III _E), o ambos (III _{E+S}).
Estadio IV	Afección diseminada multifocal de uno o más órganos con o sin afección de ganglios linfáticos asociados o afección aislada de órgano con afección de ganglio distante (no regional)

Fuente: A.J.C.C., Manual for Staging of Cancer, fourth edition, 1992. J.B. Lippincott Co.

LINFOMA

La incidencia de linfomas en los senos paranasales es difícil de establecer. La incidencia de linfomas en los senos paranasales varía de acuerdo a los autores entre 8% y 6.6% de los tumores no epiteliales de la cavidad nasal y senos paranasales y nasofaringe. En general la presentación principal es en los senos paranasales.

El seno maxilar es con mucho el sitio principal de presentación. El cuadro clínico se encuentra caracterizado principalmente por un aumento de volumen difuso en el área maxilar en un paciente en la quinta o sexta década de la vida. Algunos pacientes también tendrán algún componente intranasal.

Los linfomas son del tipo no Hodgkin y usualmente es linfoma linfocítico difuso. La correlación entre el grado y tipo histológico y respuesta al tratamiento es usualmente un fracaso. El fracaso a la respuesta local a la irradiación, sin embargo en un indicador de un pronóstico pobre.

La sobrevida para 1, 3 y 5 años después del control local por radiación es relativamente favorable. Pero la mayoría de los pacientes sucumben por enfermedades interrecurrentes o diseminación (ganglios linfáticos regionales, órganos o tejidos blandos) (8) (26)

La clasificación histológica de los linfomas no Hodgkin ha sido un área de considerable controversia. Comúnmente varias clasificaciones están en uso incluido la de Rappaport, Lukes, Collins, OMS, Dorfamn, Kiel y el grupo de Investigación Nacional Británica del Linfoma. En un esfuerzo por traer alguna uniformidad de clasificación de éstos desórdenes, un panel internacional de expertos patólogos ha generado la Working Formulation, el proporcionar un significado de interpretación de éstos esquemas de clasificación divergentes. Esta fórmula proporciona útil formato en el cual se discute el estadio de éstos linfomas. (25,27)

El sistema de clasificación anatómica comúnmente usado fué desarrollado para la enfermedad de Hodgkin y ha sido utilizado para los linfomas no Hodgkin, aunque es más aplicable directamente a la enfermedad de Hodgkin.

Como resultado algunas dificultades surgen en circunstancias especiales cuando se intenta aplicar el sistema tradicional de estadios para linfomas no Hodgkin. Sin embargo en lo principal ha probado ser un sistema práctico y tiene la ventaja de ser similar al que se usa en la enfermedad de Hodgkin y por esto resulta conocido.

La clasificación TNM no es un sistema práctico para los linfomas malignos. En los linfomas no Hodgkin el patrón de daño

al ganglio (folicular Vs difuso) y el tamaño de la enfermedad en sitios es frecuentemente más importante que las consideraciones anatómicas.

Las estructuras linfáticas mayores incluyen grupos y cadenas de ganglios linfáticos, el bazo, timo, anillo de Waldeyer, apéndice y placas Peyer. Colecciones linfáticas menores están ampliamente dispersos en otros órganos y tejidos como la médula ósea, hígado, piel, hueso, pleuro y gónadas. La afección extraganglionar es visto más comúnmente en los linfomas no Hodgkin que en la enfermedad de Hodgkin.

Reglas para la clasificación

El diagnóstico de linfoma maligno requiere que la biopsia de ganglios linfáticos o de un tumor linfoide extraganglionar. Los cortes por congelación nunca son usados como un diagnóstico definitivo ya que éste estriba en la revisión de la muestra fijada.

Estadio Clínico. Los estadios generalmente involucran una combinación de procedimientos clínico radiológicos y quirúrgicos, avanzando de menos a más invasivos, son necesarios para definir el estadio final y proporcionar una base firme para planear y supervisar la terapéutica. Los estadios clínicos incluyen una minuciosa historia clínica, examen físico, análisis

de orina, radiografía de tórax, estudios de química sanguínea, biometría hemática completa y biopsias bilaterales de médula ósea. Además la mayoría de los investigadores utilizan la tomografía computada de abdomen para completar los requerimientos para la estadificación.

Los estudios con marcadores de superficie y estudios de reacomodación del gene de la inmunoglobulina se han incrementado con el tiempo, éstos se han utilizado para caracterizar dichos linfomas, aunque actualmente estas deben ser pensadas como estudios de investigación.

Estadio patológico. El diagnóstico inicial es casi siempre hecho por biopsia quirúrgica. Es deseable además la biopsia de tumores primarios extraganglionares. Los sitios extraganglionares de la enfermedad a su presentación son vistos en aproximadamente el 30% de los pacientes. Cerca del 25% de los pacientes con linfomas no Hodgkin presentan evidencia de enfermedad abdominal que requieren de laparotomía para el diagnóstico.

Síntomas Sistémicos.

Los síntomas sistémicos no están asociados con los linfomas no Hodgkin como en la enfermedad de Hodgkin. Los pacientes con linfoma no Hodgkin frecuentemente tienen pocos síntomas notables, aunque afecte muchas áreas ganglionares y/o sitios extra

nodales . Sin embargo cuando los síntomas sistémicos están presentes ellos tienen un significado pronóstico.

Cada estadio está subdividido en categorías "A" y "B". El "B" para aquellos con síntomas sistémicos definidos y "A" para aquellos que no los presentan. La designación "B" está dada para aquellos pacientes con (1) pérdida de peso inexplicable mayor del 10% de peso corporal en los seis meses previos al diagnóstico; (2) fiebre inexplicable con temperaturas por encima de 38°C y (3) sudoración nocturna. El prurito sólo no califica para la clasificación, pero cuando es recurrente, generalizado e inexplicable y cuando aumenta y disminuye en relación con la enfermedad, puede ser el equivalente a un síntoma "B".

Tipo Histopatológico

Aunque algunas Instituciones en forma individual y en particular algunos patólogos en particular pueden utilizar alguna de las muchas clasificaciones de los linfomas mencionados anteriormente, el equivalente correspondiente al del Working - Formulation, debe ser identificado para que las comparaciones interinstitucionales puedan ser hechas en forma exacta en las tablas VI y VII se describen el grado histológico y clasificación por etapas⁽²⁵⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No conocemos la frecuencia de las neoplasias malignas de nariz y senos paranasales en este hospital, motivo por el cual nos proponemos conocer la frecuencia, así como la extirpe histológica, que nos servirá de base para estudios de localización tumoral y medidas terapéuticas.

OBJETIVOS

1. Conocer la frecuencia de las neoplasias malignas de nariz y senos paranasales.
2. Conocer la frecuencia de la extirpe histológica de las neoplasias malignas de nariz y senos paranasales.
3. Conocer por sexo el tipo histológico de los tumores malignos de nariz y senos paranasales.

MATERIAL Y METODOS

Después de obtener la aprobación del Comité Local de Investigación de este hospital; se estudiaron los casos con diagnóstico de tumores primarios malignos de nariz y senos paranasales. Se recolectaron los siguientes datos del archivo de Anatomía Patológica: número de estudio de la biopsia, nombre del paciente, número de afiliación, edad, sexo y diagnóstico histopatológico de la lesión.

TIPO DE ESTUDIO

Retrolectivo, observacional y descriptivo (serie de casos)

RECURSOS

Humanos:

Un investigador coordinador del proyecto y un médico residente del servicio de Otorrinolaringología.

Materiales:

Expedientes del servicio de Anatomía Patológica

CRONOGRAMA

Planeación:

Abril-mayo de 1992

Período del estudio:

1986-1991

Recopilación de datos:

Junio a diciembre de 1992

Análisis y corrección de datos:

Enero de 1993

Publicación:

Febrero de 1993

UNIVERSO DEL TRABAJO

Tamaño de la muestra

Se incluyeron todos los reportes histopatológicos de malignidad de nariz y senos paranasales, en el período comprendido entre 1986 y 1991, encontrados en el Archivo de Anatomía Patológica de el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de tumor maligno de nariz y senos paranasales.
2. Cualquier edad y sexo

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de tumor metastásico de nariz y senos paranasales

RESULTADOS

En el Archivo de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se revisaron los reportes histopatológicos de las muestras procesadas de 1986 a 1991. En dónde se realizaron un total de 20,937 estudios de los cuáles 356 biopsias fueron de nariz y senos paranasales.

Siendo un 6.4% de las biopsias, neoplasias malignas de nariz y senos paranasales, revisándose las laminillas de las biopsias fijadas con hematoxilina. Siendo el carcinoma epidermoide el más frecuente con 12 casos (52%) y 11 linfomas (48%) cómo se muestra en la gráfica I.

En el total de las neoplasias malignas de nariz y senos paranasales hubo 12 hombres (52%) y 11 mujeres (48%).

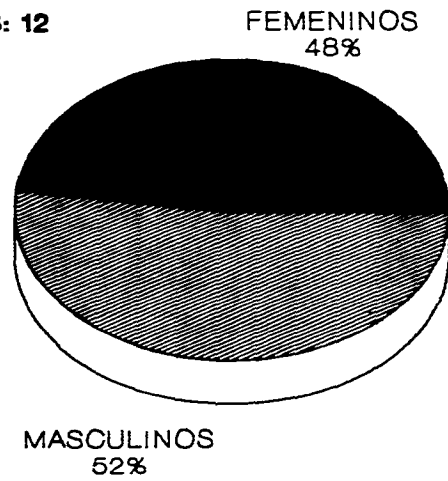
En los 12 casos de carcinoma epidermoide 7 fueron femeninos y 5 masculinos para un 58% y 42% respectivamente cómo se muestra en la gráfica II. De las mujeres la de menor edad tuvo 37 años y la mayor 79 años para una edad promedio de 61 años. De los masculinos el de menor edad fue de 46 años y el mayor de 76 años para una edad promedio de 64 años. El promedio en ambos sexos fue de 63 años cómo se muestra en la gráfica III.

En los 11 casos de linfomas 4 fueron femeninos y 7 masculinos para un 36% y 64% respectivamente. Gráfica IV. De las mujeres la de menor edad tuvo 24 años y la de mayor edad 52 años para un promedio de 34 años. De los masculinos el menor tuvo 20 años y el mayor 32 años para una edad promedio de 46 años y la edad promedio en ambos sexos fue de 42 años. Gráfica V.

GRAFICA I

NEOPLASIAS MALIGNAS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES

FEMENINOS: 11
MASCULINOS: 12
TOTAL: 23



GRAFICA II

NEOPLASIAS MALIGNAS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES

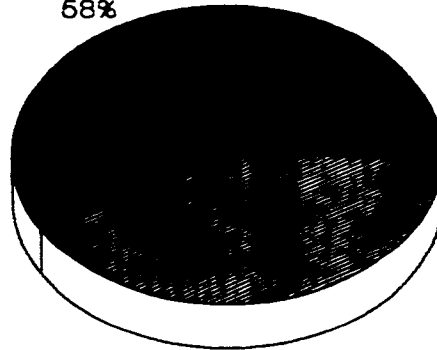
CARCINOMA EPIDERMOIDE

FEMENINOS: 7

MASCULINOS: 5

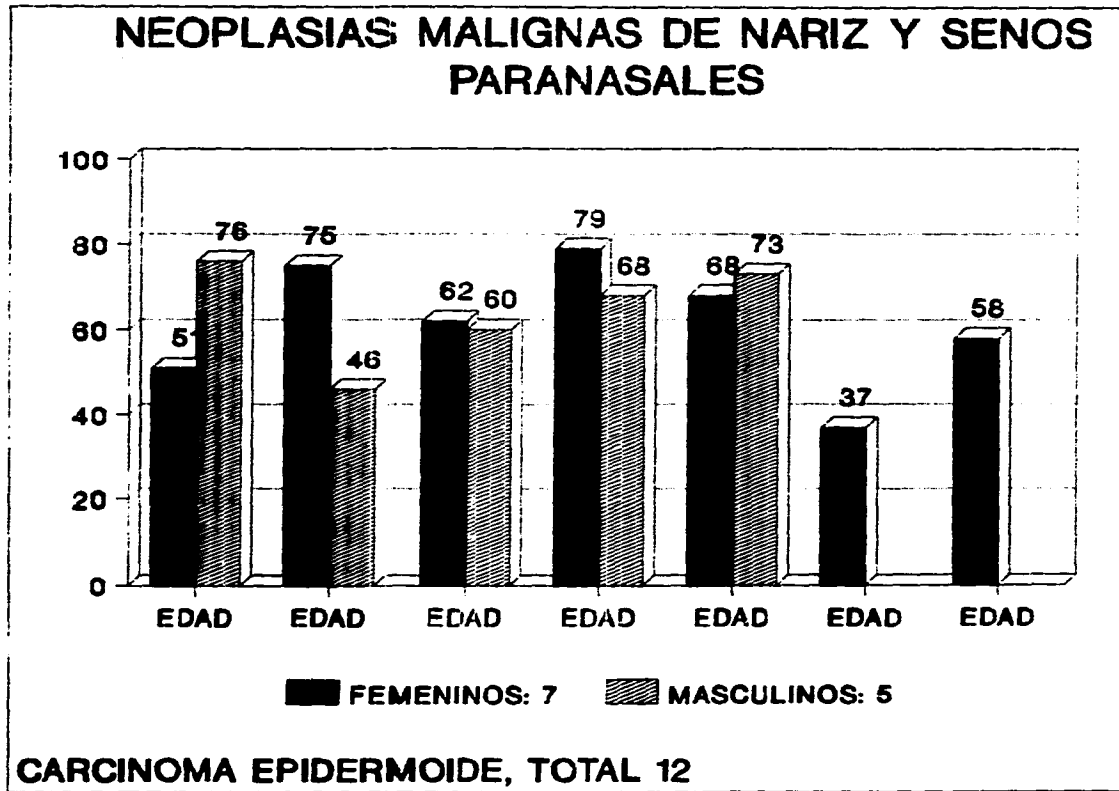
TOTAL: 12

FEMENINO
58%



MASCULINO
42%

GRAFICA III



Fuente: Archivo de Anatomía Patológica. H.E.C.M.N. SIGLO XXI 1992

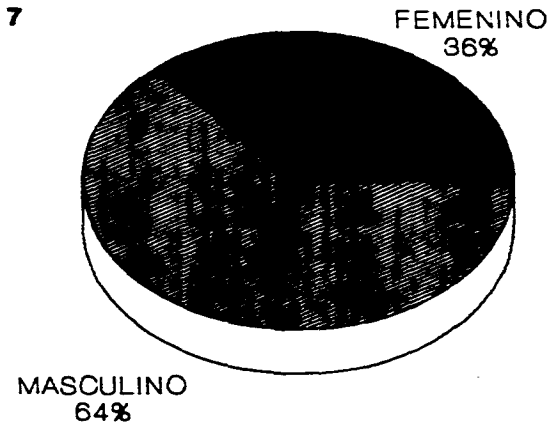
GRAFICA IV

**NEOPLASIAS MALIGNAS DE NARIZ Y SENOS
PARANASALES
LINFOMAS**

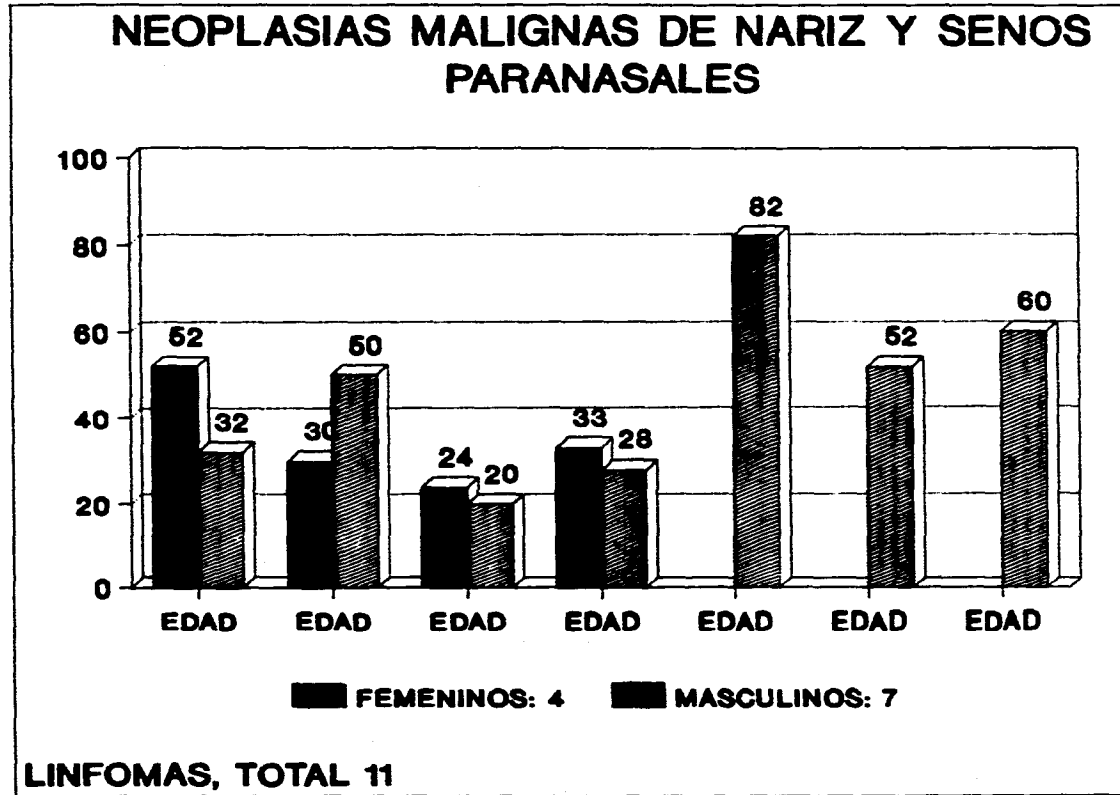
FEMENINOS: 4

MASCULINOS: 7

TOTAL: 11



GRAFICA V



Fuente: Archivo de Anatomía Patológica. H.E.C.M.N. SIGLO XXI 1992

C O N C L U S I O N E S

El carcinoma de células escamosas es el tipo histológico más frecuente de las neoplasias malignas de la nariz y senos paranasales (22,17), siendo en nuestro estudio también la neoplasia más frecuente (52%), aunque en nuestro estudio el mayor porcentaje correspondió al sexo femenino (58%), mientras que algunos autores reportan mayor frecuencia en el sexo masculino (17) y la edad promedio fué de 63 años similar a los datos revisados (17,22).

Los linfomas se presentaron en una proporción mayor en este estudio que en la literatura (48%), que se encuentra muy por encima de los datos reportados en la literatura Batsakis que reporta un 8% del total de las neoplasias malignas de nariz y senos paranasales que pudiera ser explicado por el hecho de que nuestro hospital no es de oncología. Este tipo de neoplasia se presentó en el sexo masculino con mayor frecuencia que en el femenino (64% a 36%), similares a los publicados por Liang y la edad promedio también es similar a los reportados por Liang (26).

Esperamos que éste trabajo sirva de base para estudios de localización tumoral y medidas terapéuticas.

BIBLIOGRAFIA

1. Devita VT Jr. Cancer, Principles and Practice of Oncology, -
1989, J. B. Lippincott Co.
2. Grant RN and Silverberg E. Cancer Statistics: 1970. American -
Cancer Society, Inc. New York, 1970.
3. Dempster JH, Mackensie K. Squamous carcinoma of the sphenoid
sinus in association with inverted papillomatosis. J. Larin--
gol Otol 1988;102:938-940.
4. Miyaguchi S, Sakai S, Mori N, Kitaoku S. Symptons in patientes
with maxillary sinus carcinoma. J Laringol Otol 1990;104:557-
559.
5. Spiro JD, Soo KC, Spiro RH. Squamous carcinoma of the nasal -
cavity and paransal sinuses. Am J Surg 1989;159:328-332.
6. Shimizu H, Hozawa J, Saito H, Murai K, Hirata H, Takasaka T,
et al. Chronic sinusitis and woodworking as risk factors for
cancer of the maxillary sinus in northeast Japan. Laringosco-
pe 1989;99:58-61.
7. Acheson ED, Cowdell RH, Hadfield E, Macbeth RG. Brit Med J. -
1968;2:587-596.
8. Blitzler A, Lawson W, Friedman W. Surgery of the Paranasal Si-

- nuses, 1991, W. B. Saunders Co.
9. Bettez M, Dolan Kd, Maves MD, Yuth WTC. Maxillary sinus neoplasm. *Ann Otol Rhinol Laringol* 1990;98:988-990.
 10. Kondo M, Horiuchi M, Shiga H, Inuyama Y, Dokiya T. Computed tomography of malignant tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Cancer* 1982;50:226-231.
 11. Lloyd GAS, Barker PB. Substraction magnetic resonance for tumours of the skull base and sinuses; a new imaging technique. *J Laringol Otol* 1991;105:628-631.
 12. Dillon WP. Magnetic resonance imaging of the head and neck tumors. *Card Int Rad* 1986;8:275-282.
 13. Nishioka K, Masuda Y, Yanagi E, Yuen K, Tanaka T, Ogura Y. Cytologic diagnosis of the maxillary sinus reevaluated. *Laryngoscope* 1989;99:842-845.
 14. Paparella MM, Shumrick DA. *Otolaryngology, Vol III*, 1991, W. B. Saunders Co.
 15. Liu FC, Strome m. staging in the treatment of maxillary carcinoma revisited. *J Laringol Otol* 1988;102:224-226.
 16. Zamora RL, Harvey JE, Session DG, Spector JG, Spintznagel EL Jr. Clinical classification and staging for primary malignancies of the maxillary antrum. *Laryngoscope* 1990;100:1106-1111.
 17. Jackson RT, Fitz-Hugh GS, Constable WC. Malignant neoplasms -

- of the nasal cavities and paranasal sinuses. (A retrospective study). Laryngoscope 1977;87:726-736.
18. Sisson GA Sr, Toriumi DM, Atiyah RA. Paranasal sinus malignancy: A comprehensive update. Laryngoscope 1989;99:143-150.
 19. Bush SE, Bagshaw MA. Carcinoma of the paranasal sinuses. Cancer 1982;50:154-158.
 20. Frazell EL, Lewis JS. Cancer of the nasal cavity and accessory sinuses. A report of the management of 416 patients. Cancer 1963;16:1293-1301.
 21. Roberts JK, Kraus DH, Medendorp SV, Levine HL, Wood BG, Tucker HM. Nonsquamous cell malignancies of the paranasal sinuses. Ann Otol Rhinol Laringol 1990;99:5-11
 22. Batsakis JG. Tumors of the head and neck, 2nd edition, 1980, The Williams and Wilkins Co.
 23. Echeverría-Zumárraga M, Kaiser C, Gavilán C. Nasal septal carcinoma: Initial symptom of nasal septal perforation. J Laringol Otol 1988;102:834-835.
 24. Bleehen N. Etmoid sinus cancer. JAMA 1972;3:346-347
 25. American Joint Committee on Cancer. Manual for staging of cancer. Fourth edition, 1992, J. B. Lippincott Co.
 26. Liang R, Todd D, Chan TK, Chiu E, Choy D. Nasal lymphoma. Cancer 1990;66:2205-2209

27. Ortíz C. Controversias sobre la clasificación de los linfomas no Hodgkin. Patología 1992;30:93-106.
28. Rodríguez Moguel. Estado actual de la clasificación histológica de los linfomas no Hodgkin. Patología;30:107-111.