

11236  
28

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

2 ejem.



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G"  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

TUMORES NASALES. EXPERIENCIA DE 5 ULTIMOS  
AÑOS EN UN HOSPITAL DE CONCENTRACION  
NO ONCOLOGICO.

**TESIS DE POSTGRADO**  
PARA OBTENER EL TITULO EN  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO  
P R E S E N T A  
DR. RUBEN JASSO URBINA

ASESOR: DR. ALEJANDRO M. VARGAS AGUAYO



**IMSS**

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

26/10/17



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

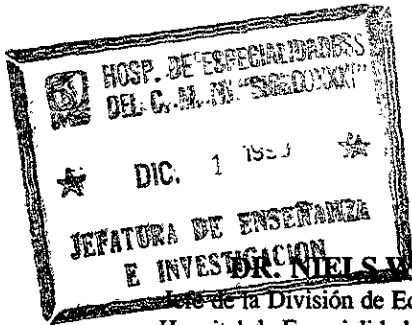


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Niels Wachter Rgdarte".

**DR. NIELS WACHER RGDARTE**  
Jefe de la División de Educación e Investigación Médica  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Alejandro M. Vargas Aguayo".

**DR. ALEJANDRO M. VARGAS AGUAYO**  
Jefe de Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Alejandro M. Vargas Aguayo".

**DR. ALEJANDRO M. VARGAS AGUAYO**  
Jefe de Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**AUTORES:**

**RUBÉN JASSO URBINA.**

RESIDENTE DE CUARTO GRADO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.  
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "BERNARDO SEPÚLVEDA G."  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

**DR ALEJANDRO M. VARGAS AGUAYO.**

JEFE DE SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "BERNARDO SEPÚLVEDA G."  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

**SERVICIO:**

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "BERNARDO SEPÚLVEDA G."  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

**TUMORES NASALES, EXPERIENCIA DE 5 ÚLTIMOS AÑOS EN UN HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN NO ONCOLÓGICO.**

El presente estudio fue aprobado por el Comité local de Investigación con el número de Folio 172/98, con fecha de 7 de Octubre de 1998.

**A DIOS**  
QUE ME PERMITE LA OPORTUNIDAD DE VIVIR

**A MIS PADRES**  
POR SU AMOR, CONFIANZA, DEDICACION  
Y LOS VALORES QUE ME BRINDARON  
PARA LA VIDA.

**A MIS HERMANOS**  
POR SER MAS QUE HERMANOS,  
AMIGOS INCONDICIONALES

**A SILVIA**  
POR HACER DE LOS MOMENTOS DIFICILES  
MOMENTOS EXCEPCIONALES  
Y COMPLEMENTAR MI VIDA.

**A RICARDO**  
POR EL APOYO CONTINUO Y EL EJEMPLO  
DE "AMISTAD".

**A MI ASESOR**  
POR SU ENSEÑANZA, AYUDA Y PROFESIONALISMO.

**A MIS MAESTROS**  
A SU PACIENCIA, DEDICACIÓN, FILOSOFÍA, Y  
POR PERMITIR MI CRECIMIENTO EN TODAS  
LAS ESFERAS.

**A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS**  
QUE HACEN POSIBLE ESTA IMPORTANTE PARTE  
DE MI VIDA.

## INDICE

	PÁGINAS
<b>CAPITULO I</b>	
ANTECEDENTES.....	1
<b>CAPITULO II</b>	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
HIPÓTESIS.....	8
OBJETIVOS.....	8
<b>CAPITULO III</b>	
MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS.....	9
PROCEDIMIENTO.....	9
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	9
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	9
RECURSOS.....	10
<b>CAPITULO IV</b>	
RESULTADOS.....	11
<b>CAPITULO V</b>	
DISCUSION.....	16
<b>CAPITULO VI</b>	
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	20

## **ANTECEDENTES:**

Los tumores de nariz y senos paranasales son entidades que requieren de un amplio conocimiento de anatomía, embriología e histología, para poder realizar una correcta correlación entre los diferentes tipos de tumores basándose en su localización y epidemiología. 1,2,3.

Quizá el aspecto más importante para resaltar en el diagnóstico de tumores nasales, es hacer su diagnóstico diferencial, existen una diversidad de patologías rinosinuales que comparten sintomatología (obstrucción nasal, rinorrea, etc.), y que contribuyen al retraso de su diagnóstico definitivo. Patología infecciosa, alérgica, degenerativa, etc. debe de ser descartada adecuadamente en apoyo con su exploración física completa y de ser necesario en apoyarse en estudios complementarios; no es raro la identificación de tumores nasales como un hallazgo fortuito en un estudio rutinario de gabinete; aunque cabe mencionar que el 80% de los tumores nasales puede ser identificado a la exploración física. 1, 3,5.

Esta patología no es de aparición reciente, se encuentran datos acerca de tumores nasales desde hace siglos, se han encontrado en momias egipcias. Hipócrates y Galeno ya mencionaban tratamientos poco efectivos para tumores nasales; con el advenimiento del microscopio se lograron identificar tipos celulares que permitieron sus primeras clasificaciones. 4. Con la llegada del siglo XIX aparecieron diversas técnicas de extirpación de tumores nasales en forma completa, y en el siglo XX se introdujo la aplicación de radioterapia, quimioterapia o terapias combinadas como se emplean hasta la actualidad.

Las neoplasias de nariz y senos paranasales representan un 3% de todas las tumoraciones de vías aéreo digestivas altas y menos del 1% de todo el cuerpo; su frecuencia de presentación en la primera década de la vida es de 0.1 a 0.3 por cada 100,000 personas y se incrementa hasta presentarse en la octava década de la vida a 7 por cada 100,000 personas. Su distribución por sexo es de predominio masculino en una relación 2:1. Esta relación y frecuencia variará de acuerdo a cada tipo histológico. 3,6.

Dato importante es la relación directa de ciertos antecedentes con tumores nasales, como se reporta con una asociación de 40% entre tumores malignos y exposición a solventes.

La presentación clínica de los tumores nasales, se verá influida por varios factores, localización, sitio de origen, tamaño, extensión, comportamiento y tipo histológico; siendo sus principales manifestaciones: -obstrucción nasal, -dolor, -epistaxis, -rinorrea anterior y posterior, situación que presenta un verdadero problema en el diagnóstico, debido a que cerca del 20 al 40% de la consulta general de un médico Otorrinolaringólogo presenta esta sintomatología. Puede presentarse otra sintomatología relacionada con estructuras adyacentes (órbita, boca, base de cráneo, cavidad intracraneal, etc.) pero es más raro, además, existen estudios que reportan de un 9 al 12% de presentación asintomática. 2, 3.

Se emplean estudios auxiliares con la finalidad de que aporten mayor número de datos que orienten hacia el diagnóstico definitivo, así como para su grado de extensión que brinde criterios para su tratamiento. Dentro de los estudios útiles se encuentran la Tomografía computada y la Resonancia magnética, pero quizá la que nos brinda la pauta de tratamiento y el pronóstico será el estudio histopatológico realizado a una muestra tomada por biopsia preoperatoria, transoperatoria, o a la pieza quirúrgica completa. 1, 2,7,8,9.

Esta biopsia puede realizarse en consultorio o en quirófano, solo tomando en cuenta los riesgos en aquellos tumores de origen vascular ó aquellos paciente que se encuentran tomando medicamento anticoagulante.

Existen diversas clasificaciones de tumores en los cuales sus criterios varían, siendo las más utilizadas aquellas que las clasifican en benignos, malignos, epiteliales, no epiteliales, y otros; siendo la más útil la clasificación de acuerdo a su sitio de origen. 2,17



<b>EPITELIALES</b>	
<b>BENIGNOS</b> Papiloma queratósico Papiloma fungiforme Papiloma invertido Adenoma	<b>MALIGNOS</b> Carcinoma de células escamosas Carcinoma de células transicionales Adenocarcinoma Carcinoma adenoquístico Melanoma Neuroblastoma olfatorio Carcinoma indiferenciado
<b>NO EPITELIALES</b>	
<b>BENIGNOS</b> Fibroma Condroma Osteoma Neurilemoma Neurofibroma Hemangioma	<b>MALIGNOS</b> Sarcoma de tejidos blandos Rabdomiosarcoma Leiomiomasarcoma Fibrosarcoma Liposarcoma Angiosarcoma Mixosarcoma Hemangiopericitoma Sarcoma de tejido conectivo Condrosarcoma Osteosarcoma Tumores linforreticulares Linfoma Plasmocitoma Tumor de células gigantes
<b>CARCINOMAS METASTÁSICOS</b>	
<b>OTROS</b>	

De acuerdo con su sitio de origen:

<b>MALIGNOS</b> Carcinoma de células pavimentosas Tumores linforetulares Estesioneuroblastoma Tumores m de glándulas salivales Melanoma Sarcomas Enfermedad metastásica	<b>BENIGNOS</b> Papilomas Meningiomas Neurinomas Hemangiomas Nasoangiofibroma Cordoma Tumores óseos
--	--

Otra clasificación empleada es de acuerdo a su extensión es la siguiente:

<b>ETAPA I</b> Tumor limitado al sitio de origen.	<b>ETAPA II</b> Tumor con extensión a senos adyacentes, piel, nasofaringe, fosa pterigomaxilar, órbita.	<b>ETAPA III</b> Tumor con extensión a base de cráneo, alas de esfenoides e intracraneal.
--	--	--

En la actualidad existe una gran variedad de técnicas quirúrgicas para abordaje y resección de tumores nasales, conservadoras y radicales, cobrando importancia últimamente el empleo de cirugía endoscópica, sobre todo en aquellas tumoraciones posteriores en las cuales su acceso es más difícil. Los objetivos que se persiguen son tener acceso adecuado a todo el tumor, con menor defecto funcional y estético. Dentro de los procedimientos más usados se cuenta con Rinotomía lateral (con todas sus variables y extensiones), antrostomías, despegamiento mediofacial, abordaje transpalatino, transmaxilar, para permitir procedimientos más radicales como maxilectomía media, total, exenteración de órbita y en algunos casos craniotomías. Del tipo de tumor dependerá el procedimiento a realizar por ejemplo en el papiloma nasal invertido que es un tumor benigno pero requiere de maxilectomía amplia pero no total, o sea, se realizará maxilectomía medial. Los tumores malignos por lo general requerirán de procedimientos más radicales pero el tratamiento final dependerá del criterio médico apoyándose del tipo histológico, extensión, malignidad, etc.13, 14.

Avances presentes y futuros de la radioterapia y quimioterapia, así como las ya mencionadas técnicas quirúrgicas pueden mejorar las tasas de supervivencia, sin embargo, sigue siendo la pieza angular en el pronóstico de cualquier tumor nasal el diagnóstico oportuno. 15.

Es importante mencionar que en caso de tumoraciones metastásicas lo importante es tratar la neoplasia primaria.

Algunos autores han clasificado ciertos indicadores que nos ayudan en el tratamiento a seguir en tumores de tracto sinonasal: 8.

<b>MODALIDAD</b>	<b>INDICACIONES</b>
CIRUGÍA	TRATAMIENTO PRINCIPAL
RADIOTERAPIA	IRRESECCABLES O TUMORES LINFORRETICULARES
TERAPIA COMBINADA	MARGENES POSITIVOS, INVASIÓN PERIVASCULAR Y PERINEURAL, NUDULOS LINFOIDES POSITIVOS, TUMOR RECURRENTE.
QUIMIOTERAPIA	PALIATIVO, TUMORES SENSIBLES A MEDICAMENTOS CITOTOXICOS (CISPLATINO, ADRIAMICINA, ETC.).

Por no tratarse de un hospital oncológico, los porcentajes de presentación de tumores variará en cuanto a la relación malignos: benignos; Sin embargo, es de importancia analizar la morbilidad de las tumoraciones nasales de la población que acude a un hospital de concentración no oncológico así como el manejo de los mismos.

Debido a la importancia del manejo quirúrgico actual, resaltamos algunas de las técnicas quirúrgicas más empleadas:

## **DESPEGAMIENTO MEDIO FACIAL: TÉCNICA.**

Se realiza bajo anestesia general, con el paciente en posición decúbito dorsal, con cánula endotraqueal a través de la boca y fija al mentón en la línea media o al lado opuesto de la patología. Se realiza tarsorrafia temporal, para evitar desgaste corneal. Se aplica solución de fenilefrina 0.25% por medio de tiras de algodón en fosas nasales. Se infiltra por medio de lidocaína 1% con epinefrina 1:200 000 en el surco gingivobucal, fosa canina, la nariz en septum caudal, vestibular y dorso nasal, se permite pasar por lo menos 5 minutos para favorecer la vasoconstricción y se realizan 4 incisiones:

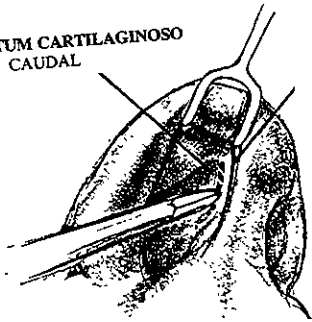
1) Intercartilaginosa bilateral, 2) Trasficción septumcolumelar completa, 3) Sublabiales bilaterales de una tuberosidad maxilar a la otra, 4) En la apertura piriforme bilateral que se extiende hasta el vestíbulo nasal. Se despega dorso nasal y se eleva periostio de ambos maxilares, identificando y preservando nervios infraorbitarios. Cualquier conexión de tejido blando nasal con el esqueleto mediofacial se libera de manera cortante.

Se expone el área afectada. Se entra al antro maxilar por medio de cincel de 4 mm y luego se amplía por medio de pinza de Kerrison, se extirpa la pared anterior del seno maxilar. Si el área del conducto nasofrontal o la lámina cribosa está afectada, se realizan osteotomías medial, lateral y superior para permitir retraer el hueso nasal o las apófisis frontales del maxilar. El piso de la órbita puede explorarse al retraer la periórbita en dirección superior. La extensión lateral de la elevación perióstica también permite buena exposición del cigoma. Se puede tener así mismo abordaje a la fosa pterigomaxilar e infratemporal. Puede combinarse su uso con osteoplástica de seno frontal o craneotomías para abordaje de procesos frontales, fosa craneal anterior o de lámina cribosa de etmoides.

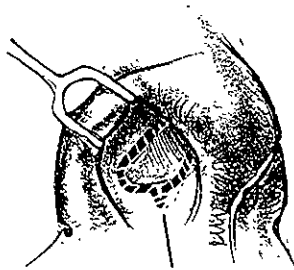
Después de retirada la lesión, se logra hemostasia con cauterio bipolar y taponamiento. Si la resección es grande se puede utilizar sondas de epistat (doble balón) para controlar hemorragias de sitios posteriores. Se recolocan los tejidos de la nariz, suturando las incisiones realizadas con sutura reabsorbible 3-0. (catgut crómico).

Por último se coloca férula nasal para inmovilización y reducción del edema, así como evitar la formación de hematoma postoperatorio. No se mueven los tapones al menos 3 ó 4 días. Se utiliza en el perioperatorio esteroides y antibióticos.

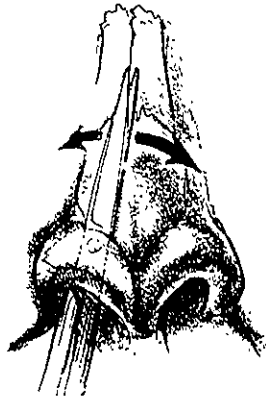
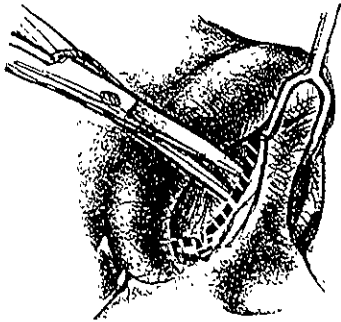
SEPTUM CARTILAGINOSO  
CAUDAL



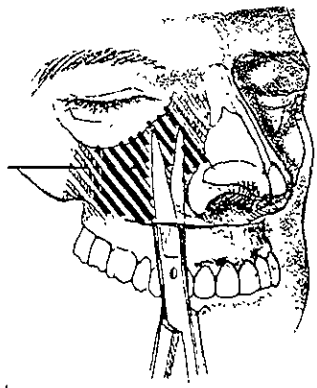
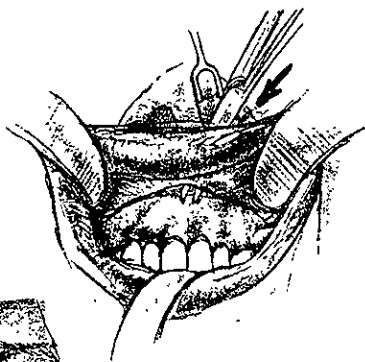
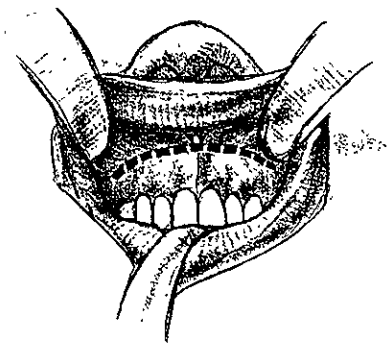
SEPTUM MEMBRANOSO



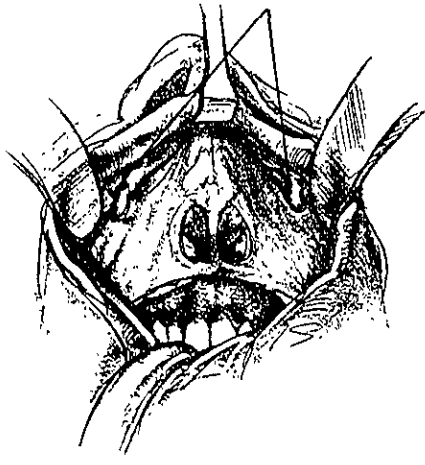
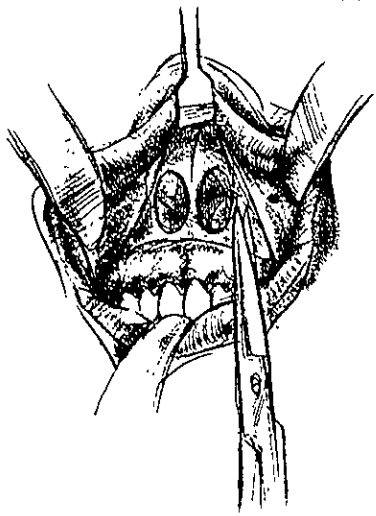
INCISION EN VESTIBULO  
NASAL



INCISION SUBLABIAL



NERVIOS INFRAORBITARIOS



## **RINOTOMIA LATERAL: TÉCNICA.**

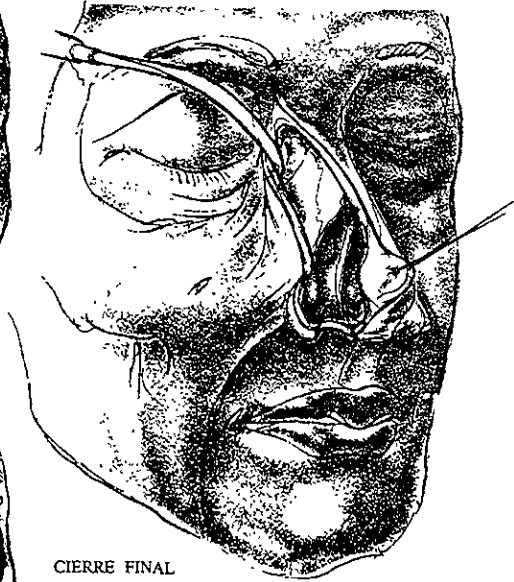
Se realiza bajo anestesia general, con intubación orotraqueal, el paciente en colocación supina; se colocan campos estériles, se realiza tarsorrafia y se infiltra usando lidocaína al 1% con epinefrina 1:200 000 en el sitio de incisión, se deja 5 minutos para mejor hemostasia y se inicia la incisión, a la mitad entre el canto interno y el dorso nasal; se identifican y cauterizan las arterias angulares y se continúa la incisión hacia abajo sobre la porción lateral externa de la nariz, para seguir con el borde externo del ala nasal, y terminar en el tercio externo de la fosa nasal. La incisión alar se extiende a través de todas sus capas, para exponer la cresta piriforme.

Se eleva periostio de hueso nasal y porción ascendente de maxilar y se realiza osteotomía lateral y transversa exponiendo cavidad nasal. Se han hecho modificaciones o agregados a la incisión lateral para obtener mejor exposición. Una vez terminada se requiere suturar por planos con afrontación adecuada de piel para disimular en lo más posible la cicatriz.

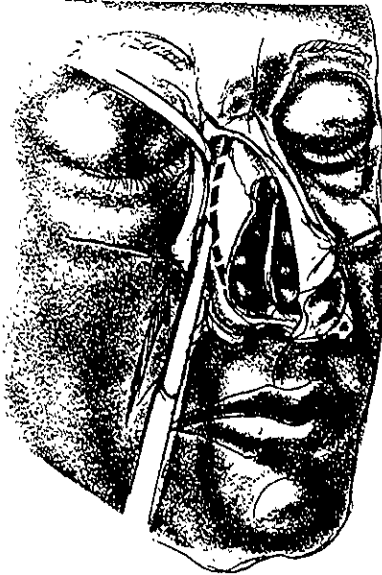
LINEAS DE INCISION



ELEVACION DE TEJIDOS BLANDOS



OSTEOTOMIA LATERAL



CIERRE FINAL



## **CALDWELL LUC: TÉCNICA.**

El procedimiento se puede practicar bajo anestesia local o general, preferible esta última, siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan.

Se coloca el paciente en posición decúbito dorsal, se colocan campos estériles y taponamientos nasales de algodón humedecidos con solución vasoconstrictora. Se infiltra posteriormente con solución de lidocaína al 1% más epinefrina 1:200 000 a lo largo del surco gingivobucal en el área de la fosa canina, tratando de incluir arriba del nervio infraorbitario (si es con anestesia local).

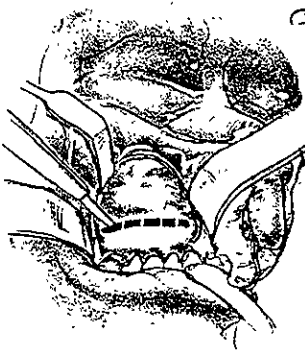
Se realiza incisión en el surco gingivobucal desde el incisivo lateral hasta el segundo molar.

Se eleva el periostio sobre la fosa canina, se hace una antrotomía sobre la pared anterior del antro maxilar con ayuda de un cincel de 2 o 4 mm o fresa quirúrgica. Cuidando no prolongar fractura hacia el nervio infraorbitario o los dientes; se amplía la apertura permitiendo el acceso al antro maxilar para retiro de patología.

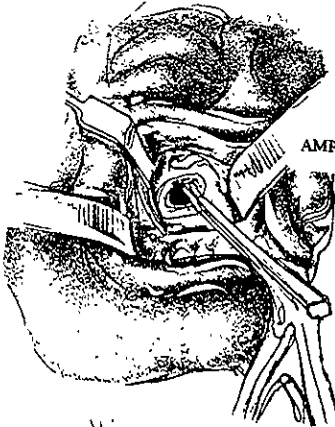
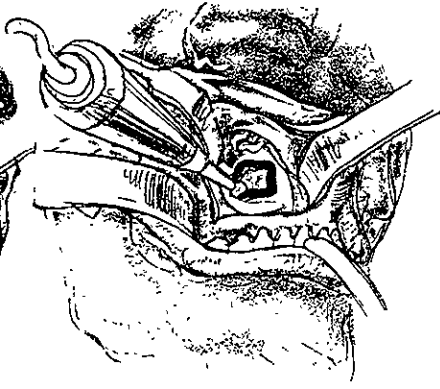
Se puede realizar una ventana nasooantral en meato inferior o fontanela posterior. Dependiendo de la patología se puede usar taponamiento en antro maxilar hacia la cavidad nasal. Se sutura las incisiones gingivobucal con sutura reabsorbible.



INCISION SUBLABIAL



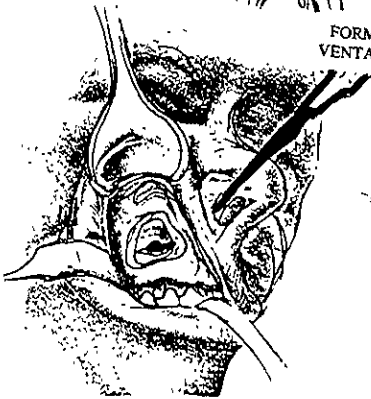
APERTURA DE PARED ANTERIOR DE SENO



AMPLIACION DE ANTROSTOMIA



FORMACION DE VENTANA INTRANASAL

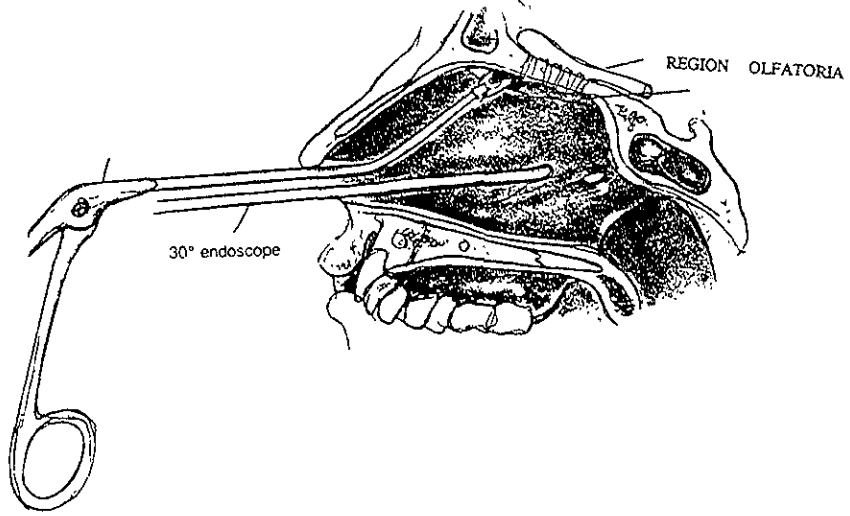
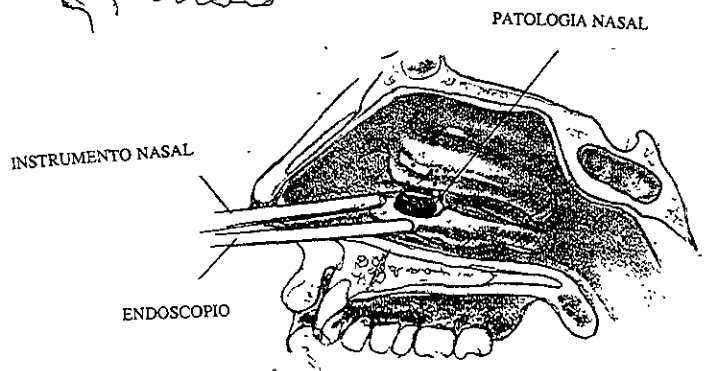
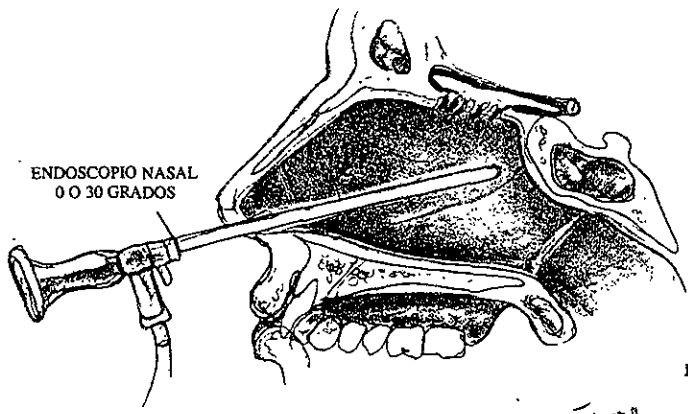


## **TOMA DE BIOPSIA VIA ENDOSCÓPICA: TÉCNICA.**

Se puede realizar en consultorio o en quirófano, con anestesia general ó local.

Se coloca paciente en decúbito dorsal (aunque se puede colocar sentado en caso de anestesia local), se colocan campos estériles, y algodones con vasoconstrictor. Se utiliza endoscopio rígido de 2.7 o 4mm y se identifican estructuras nasales de importancia, ubicando piso nasal, meato medio y techo nasal; una vez ubicada la patología se utiliza el instrumental común de endoscopia y se retira el tejido a estudiarse, ya sea con incisión previa con cuchillo de hoz, o directamente con cucharillas o pinza de fórceps. Se corrobora hemostasia y se coloca taponamiento nasal.

Es de gran utilidad para aquellos tumores de localización posterior de difícil acceso.



### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia de los diversos tumores nasales en un hospital no oncológico de concentración, y el manejo final de los mismos?

### **HIPÓTESIS**

La frecuencia de tumoraciones nasales benignas debe de ser superior a las reportadas en la literatura, debido a que se cuenta dentro de la misma Institución con un hospital oncológico de referencia.

### **OBJETIVOS**

Conocer la frecuencia de los diversos tipos de tumoraciones nasales y su abordaje terapéutico final

## MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS

### DISEÑO DEL ESTUDIO.

El estudio es -longitudinal -descriptivo  
-retrospectivo -observacional.

### UNIVERSO DE TRABAJO.

Pacientes que son referidos al Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, con diagnóstico de tumoración nasal corroborado por biopsia, atendidos de julio de 1993 a julio de 1998.

### DESCRIPCION DE VARIABLES.

INDEPENDIENTES: Edad, sexo y ocupación.

DEPENDIENTES: Tipo histológico de tumoración y tratamiento.

DESCRIPCION OPERATIVA DE LAS VARIABLES: Se dará con los resultados de las mismas.

### SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

#### TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Pacientes comprendidos en la fecha de julio de 1993 a julio de 1998 con comprobación del diagnóstico de tumoración nasal con biopsia.

#### CRITERIOS DE SELECCIÓN:

*Criterios de inclusión.* Expedientes de pacientes con el diagnóstico de tumor nasal que se realizó estudio histopatológico.

*Criterios de exclusión.* Expedientes de pacientes con diagnóstico de recidiva tumoral o aquellos con estudios histopatológicos con diferente diagnóstico.

*Criterios de no inclusión.* Expedientes de pacientes que no se tomó estudio histopatológico.

### PROCEDIMIENTOS.

Se realizará una revisión de los expedientes del número total de pacientes que cuentan con el diagnóstico de tumoración nasal, corroborado con estudio histopatológico, comprendido en el lapso de julio de 1993 a julio de 1998, corroborando las extirpes histológicas referidas en el expediente con los reportes de archivo del departamento de Patología, todos ellos del Hospital de especialidades "Bernardo Sepúlveda G." del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS: Llevada a cabo por los autores. Clasificándose los resultados de acuerdo al tipo histológico de las tumoraciones.

Se valorará los datos de frecuencia, sintomatología, tratamientos realizados y edad, todos estos datos presentes en el expediente clínico.

### ANALISIS ESTADISTICO.

Se emplea ESTADISTICA DESCRIPTIVA cuyos valores se observa en la sección de resultados.

### CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Por tratarse de un estudio retrospectivo y además de realizarse procedimientos que normalmente se realizan a los pacientes con la patología en estudio, no es necesario solicitar consentimiento para la realización de este estudio, ya que no ponen en riesgo sus derechos y beneficios.

### **RECURSOS PARA EL ESTUDIO.**

**RECURSOS HUMANOS:** Se realizará revisión de expedientes y libretas de resultados histopatológicos por parte de los autores del proyecto.

Toma de biopsia y cirugías realizadas por médicos del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Departamento de Patología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI que procesan el material Histopatológico.

**RECURSOS MATERIALES:** Material empleado de instrumental y material de curación empleado regularmente en el servicio de quirófano y de laboratorio de Patología.

### **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

Se revisarán datos de resultados histopatológicos de biopsias y piezas quirúrgicas en las libretas de registro del Departamento de Patología, corroborándolo con la revisión de expedientes recabando los siguientes datos:

**NOMBRE:**

**FILIACION:**

**EDAD:**

**OCUPACION:**

**DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO:**

**SINTOMATOLOGÍA:** OBSTRUCCION NASAL

**DOLOR**

**EPISTAXIS**

**RINORREA ANTERIOR**

**RINORREA POSTERIOR**

**ATAQUE AL ESTADO GENERAL**

**OTROS.**

**ESTUDIOS DE GABINETE REALIZADOS:**

**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS:**

**RADIOTERAPIA:**

**QUIMIOTERAPIA:**

**ESTADO ACTUAL:**

## RESULTADOS

Se revisaron un total de 234 expedientes, los cuáles reunían los criterios de inclusión, de los cuales se eliminaron 61, quedando un total de 173 expedientes; arrojando los siguientes datos: 51 tumores benignos, 39 malignos y 83 pseudotumores, distribuidos en 25 diferentes tipos celulares desglosados en la tabla No 1.

**TABLA No 1**

TIPO	NÚMERO	SUBTOTAL
<b>BENIGNOS</b>		
PAPILOMA N. INVERTIDO	23	
NASOANGIOFIBROMA	9	
HEMANGIOMAS	4	
PAPILOMA EXOFITICO	3	
CORDOMA	2	
DISPLASIA FIBROSA	2	
NEVO SUBMUCOSO	2	
OSTEOMA	2	
T. NEUROENDOCRINO	2	
T. FIBROSO	1	
T. PARDO	1	<b>51</b>
<b>MALIGNOS</b>		
LINFOMA	16	
C. EPIDERMOIDE	8	
C. BASOCELULAR	5	
C. ADENOIDEO	3	
NEURILEMOMA MALIGNO	2	
C INDIF CELS PEQUEÑAS	1	
C CELS TRANSICIONALES	1	
HEMANGIOENDOTELIOMA	1	
HEMANGIOPERICITOMA	1	
PLASMOCITOMA	1	<b>39</b>
<b>PSEUDOTUMORES</b>		
POLIPOS	71	
POLIPO ANTROCOANAL	5	
MUCOCELE	4	
GRANULOMA PIOGENO	3	<b>83</b>

Del total de la población su distribución por sexo fue: Total 102 masculinos, 71 femenino, con distribución en los diversos tipos celulares como se muestra en la tabla No 2

**TABLA No 2**

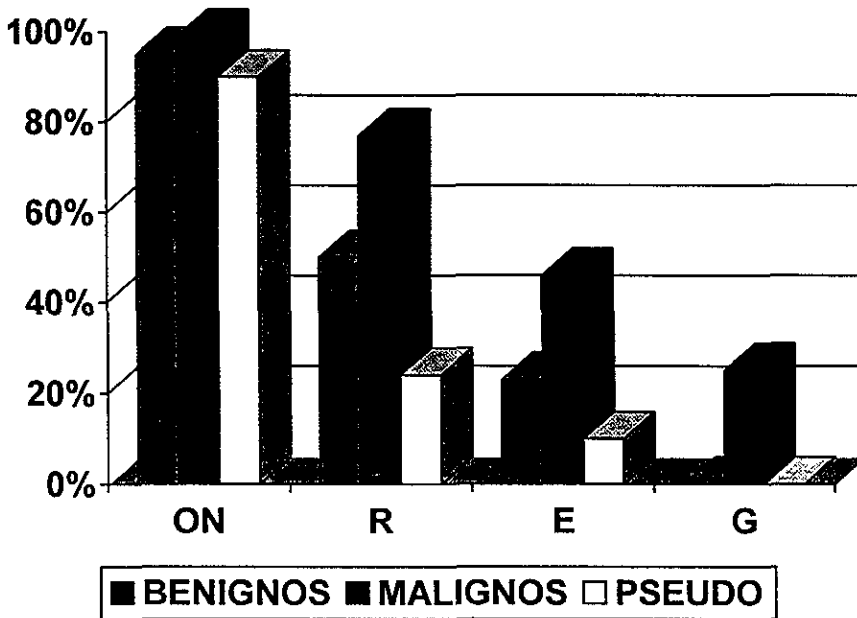
TIPO	MASCULINO	FEMENINO
<b>BENIGNOS</b>		
PAPILOMA N INVERTIDO	12	11
NASOANGIOFIBROMA	9	0
HEMANGIOMA	4	0
PAPILOMA EXOFITICO	1	2
CORDOMA	2	0
DISPLASIA FIBROSA	1	1
NEVO SUBMUCOSO	1	1
OSTEOMA	1	1
T. NEUROENDÓCRINO	1	1
T. FIBROSO	0	1
T. PARDO	0	1
<b>MALIGNOS</b>		
LINFOMA	5	11
C. EPIDERMÓIDE	6	2
C. BASOCELULAR	1	4
C. ADENOIDEO	2	1
NEURILEMOMA MALIGNO	0	2
C INDIF CELS PEQUEÑAS	1	0
C CELS TRANSICIONALES	1	0
HEMANGIOENDOTELIOMA	0	1
HEMANGIOPERICITOMA	0	1
PLASMOCITOMA	1	0
<b>PSEUDOTUMORES</b>		
POLIPOS	46	25
POLIPO ANTROCOANAL	3	2
MUCOCELE	2	2
GRANULOMA PIÓGENO	2	1
<b>TOTALES</b>	<b>102</b>	<b>71</b>

Los rangos de edad encontrados fueron: Tumores benignos promedio de edad 47.64 años con desviación estándar de  $\pm 17.334$  años, malignos: 51.53 años con desviación estándar de  $\pm 13.546$  años, pseudotumores: 44.506 años con desviación estándar de  $\pm 14.82$ . El rango de edad correspondió: Benignos De 18 a 74 años. Malignos de 22 a 74 años. Pseudotumores de 17 a 73 años.

En cuanto a la sintomatología encontrada de acuerdo al tipo de tumores los resultados se muestran en la gráfica No 1.



**GRAFICA No 1**



SINTOMAS	BENIGNOS	MALIGNOS	PSEUDO
OBSTRUCCION N	95%	99%	90%
RINORREA	50%	77%	24%
EPISTAXIS	23%	46%	10%
SINT. GRALES.	0%	25%	0%

Otro aspecto analizado durante el presente estudio, fue la realización de estudios de gabinete complementario; la más frecuentemente realizada fue Tomografía computada de nariz y senos paranasales la cual fue realizada en un 100%. Otro de los estudios que se presentaron fué la Resonancia magnética nuclear, realizada en tumores benignos 35.2 % (18 casos), malignos 66.6% (26 casos) y pseudotumores 14.45% (12 casos).

Los sitios de localización los resultados obtenidos fueron: Más frecuente Fosa nasal izquierda 40%; fosa nasal derecha 28%; seno maxilar derecho 12%; seno maxilar izquierdo 10%; nasofaringe 7%; esfenoides 2% y vestibulo nasal 1%; cabe señalar que se encontró un 5.7% con extensión extrasinusal (intracraneal, fosa pterigomaxilar ó fosa temporal).

Un dato analizado durante el estudio, fue los procedimientos quirúrgicos realizados; aclarando que el 100% de los tumores malignos fueron enviados al Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI de los cuales 15.38% fueron intervenidos en el Hospital de Especialidades en forma conjunta con ORL-Neurocirugía-Oncología.

Los resultados fueron los siguientes:

### BENIGNOS:

TIPO	CIRUGIA
PAPILOMA NASAL INVERTIDO	DESPEGAMIENTO MEDIOFACIAL+MAXILECTOMIA MEDIAL=13 RINOTOMIA MEDIAL +MAXILECTOMIA MEDIAL= 6 RESECCION ENDOSCOPICA= 3 CALDWELL LUC= 1
NASOANGIOFIBROMA	DESPEGAMIENTO MEDIOFACIAL+MAXILECTOMIA MEDIAL= 5 RINOTOMIA LATERAL+MAXILECTOMIA MEDIAL= 3 RESECCION TRANSPALATAL= 1
HEMANGIOMA	RESECCION TRASNASAL ENDOSCOPICA= 3 DESPEGAMIENTO MEDIOFACIAL+MAXILECTOMIA MEDIAL= 1
PAPILOMA EXOFITICO	DESPEGAMIENTO MEDIOFACIAL + MAXILECTOMIA MEDIAL= 3
CORDOMA	RESECCION DE TUMOR CON ABORDAJE TRASFACIAL= 1 ABORDAJE SUBLABIAL TRASMAXILAR= 1
DISPLASIA FIBROSA	DESPEGAMIENTO MEDIOFACIAL+MAXILECTOMIA MEDIAL= 1 CALDWELL LUC= 1
NEVO SUBMUCOSO	BIOPSIA EXCISIONAL= 2
OSTEOMA	OSTEOPLASTICA FRONTAL= 1 CALDWELL LUC= 1
TUMOR NEUROENDOCRINO	CRANIOTOMIA+RINOTOMIA LATERAL+MAXILECTOMIA MEDIAL= 2
TUMOR PARDO	DESPEGAMIENTO MEDIO FACIAL 1
TUMOR FIBROSO	BIOPSIA EXCISIONAL= 1

**MALIGNOS:**

TIPO	CIRUGIA	
LINFOMA	BIOPSIA	15
	RESECCION DE TUMOR TRANSPALATAL	1
C. EPIDERMOIDE	*TOMA DE BIOPSIA	8
C BASOCELULAR	TOMA DE BIOPSIA	5
C. ADENOIDEO	TOMA DE BIOPSIA	3
NEURILEMOMA MALIGNO	MAXILECTOMIA TOTAL +EXENTERACION DE ORBITA	2
C INDIF CELS PEQUEÑAS	TOMA DE BIOPSIA	1
C CELS TRANSICIONALES	TOMA DE BIOPSIA	1
HEMANGIOENDOTELIOMA	TOMA DE BIOPSIA	1
HEMANGIOPERICITOMA	BIOPSIA EXCISIONAL	1
PLASMOCITOMA	TOMA DE BIOPSIA	1

\*La toma de biopsia se realizó en un 80% por medio de endoscopia.

Un total de 50% de carcinoma epidermoide, 30% de carcinoma adenoideo, y 100% de carcinoma de células transicionales se realizaron tratamiento quirúrgico conjunto con el servicio de Oncología y neurocirugía.

El 100% de los linfomas recibieron diversas sesiones con tratamiento a base de radioterapia; Y fue complementario en el 87.1% de los tumores malignos.

**PSEUDOTUMORES:**

TIPO	CIRUGIA	
POLIPOS	RESECCION VIA ENDOSCOPICA	70
	CALDWELL LUC	1
POLIPO ANTROCOANAL	RESECCION VIA ENDOSCOPICA	4
	RESECCION TRASNASAL	1
MUCOCELE	MARSUPIALIZACION ENDOSCOPICA	4
GRANULOMA PIOGENO	RESECCION TRASNASAL	2
	RESECCION VIA ENDOSCOPICA	1

## DISCUSION

Existen varios puntos importantes a resaltar, el primero es la frecuencia de tumores benignos y malignos encontrados en nuestro estudio, los benignos, en un porcentaje de 52.04% y malignos en un porcentaje de 47.96%, son valores que no se esperaban en nuestro hospital, por ser de concentración no oncológico, esperando mayor porcentaje de patología benigna, sin embargo, estos valores se acercan a lo reportado en la literatura mundial, donde se menciona patología tumoral benigna en un 50%.

Dentro de los tumores benignos la patología más frecuente encontrada fue el papiloma nasal invertido en un 45.09%, concordante con lo reportado en estudios previos, solo difiriendo en cuanto a la presentación por sexo, la cual se reportan relaciones desde 3:1 a 9:1 masculino: femenino, mientras que la relación encontrada por nosotros fue de 1.1:1. La edad de presentación promedio de 58.52 años (literatura mundial en la cuarta a 7ª década de la vida). Así mismo fue la única tumoración en la cual se encontró un antecedente de correlación importante, como lo fue la asociación de cirugía nasal o de senos paranasales previa en un 52.17%, siendo éste uno de los antecedentes importantes mencionados en la literatura mundial.

La segunda tumoración benigna más frecuente encontrada fue para nuestra sorpresa el nasofibrofibroma, tumoración que esperábamos un porcentaje menor debido a su existencia en gente más joven o adolescentes, incluso con una frecuencia superior a la mencionada universalmente; se encontró en un 17.64% y el grupo de edad promedio fue de 23 años. Corroborando ampliamente su existencia en pacientes masculinos presentándose en el 100% de nuestro estudio. Resalta en este tipo de tumoraciones el tratamiento el cual es quirúrgico en el 100% de los casos, con cirugías de amplios abordajes para la resección completa de la tumoración.

Destaca entre otras tumoraciones benignas el cordoma y tumor neuroendócrino, los cuales requieren de cirugías de gran extensión por encontrarse en sitios de difícil acceso y que su tratamiento definitivo consiste en resección completa.

En cuanto a los tumores malignos encontrados en nuestra serie, la tumoración maligna más frecuente fue el Linfoma en un 41.02%, dato que rebasa a lo reportado en la literatura, con un predominio del sexo femenino en un 2:1. La presentación sigue siendo al igual que en la literatura en la cuarta y quinta década de la vida. Nosotros postulamos que la frecuencia aumentada de este tipo de tumores en nuestro hospital se debe a la localización del tumor que se encuentra principalmente en nasofaringe, presentando pocas manifestaciones, el cual hace su diagnóstico difícil, ya que no hace pensar en tumoración maligna.

La segunda tumoración maligna encontrada en nuestra experiencia, fue el carcinoma epidermoide en un 20.51%, contrapolándose con lo reportado, que lo expresa como la tumoración maligna más frecuente encontrada en nariz y senos paranasales. Así mismo como lo reportado en la literatura su rango promedio de presentación es en pacientes mayores (56.25 años en nuestro estudio). Su tratamiento fue quirúrgico en los casos que la extensión lo permita, con cirugía conjunta de Oncología y Neurocirugía con abordajes amplios y cirugías radicales, en el 100% requirieron de radioterapia coadyuvante.

Algo similar a los carcinomas epidermoides se encontró en el Neurilemoma maligno en los cuales se requirió de cirugías amplias y radicales incluso con exenteración de órbita.

En cuanto a la presentación de los Pseudotumores, siguen siendo en nuestro medio la patología de masa nasal más frecuente y dentro de éstos los Pólipos, los cuales se debe hacer un diagnóstico diferencial importante con cualquier tumoración ya descritas; de nuestra experiencia son casos avanzados que el 100% requirieron de tratamiento de resección quirúrgica pero cabe resaltar que en estadios tempranos pueden responder adecuadamente a manejo con medicamentos específicos, limitando su evolución y evitando o retardando el manejo quirúrgico.

De la sintomatología mostrada por las diversas tumoraciones, resalta la inespecificidad de los síntomas que se pueden presentar en múltiples patologías rinosinuales, sobresaliendo, sin embargo, que en los casos de tumoraciones benignas y malignas de origen vascular se presentó en el 100% de los casos epistaxis de diferente grado.

Un síntoma de resaltar fue la presentación de ataque al estado general el cual únicamente se presentó en nuestro estudio en los casos de tumoración maligna en un 25%.

El estudio de diagnóstico más importante, incluso determinante en el manejo de los mismos fue el estudio histopatológico, y complementaría los estudios de imagen (tomografía y resonancia magnética) en la determinación de factores de riesgo previo a tratamiento o toma de biopsia (para descartar tumores de origen vascular), así como estadificación por grado de extensión de los tumores, realizándose en el 100% de los pacientes la tomografía computada y la resonancia magnética en solo 26%, útil en casos de extensión extrasinusal.

Un dato a mencionarse fue que en un 2.89% hubo rectificación del diagnóstico histopatológico, con cambio por consiguiente en el manejo del tumor.

En cuanto al tratamiento es importante señalar que el más frecuente es el quirúrgico, con los mejores resultados, y existe patología benigna que su comportamiento, localización o evolución requieren de tratamientos radicales para obtener adecuados rangos de curación, así como para evitar recidivas o complicaciones. Es así el motivo por el cual el tratamiento de papiloma nasal invertido, cordomas, nasofibroma requieren de abordajes amplios.

Vale la pena mencionar que el número de procedimientos endoscópicos ha aumentado, desde la revisión, toma de biopsia, hasta resección de tumoraciones, evolucionando a la par con los constantes adelantos tecnológicos encontrados mundialmente; razón por la cual es importante el manejo de la misma basada en conocimientos anatómicos, funcionales y patológicos de nariz y senos paranasales.

## **CONCLUSIONES**

- Los Pseudotumores son la patología más frecuente en nuestro Hospital de referencia con presencia de masa nasal o sinusal.
- La relación entre tumores benignos y malignos que acuden a nuestro hospital es una proporción similar, pese a no tratarse de un Hospital Oncológico.
- La frecuencia de tipos de tumoración benigna es igual que en otros países.
- El tumor maligno más frecuente en nuestro hospital es el Linfoma.
- El síntoma más frecuente es la obstrucción nasal.
- El 100% de las tumoraciones vasculares presentan epistaxis.
- La presencia de ataque al estado general y tumor de nariz y senos paranasales debe hacernos sospechar en origen maligno.
- El estudio importante para el diagnóstico es el estudio histopatológico.
- Los estudios de gabinete radiológico son útiles para determinar el compromiso vascular y extensión para su etapificación.
- Los procedimientos endoscópicos son de una utilidad importante tanto en el diagnóstico, como tratamiento.
- El abordaje quirúrgico más frecuente es el despegamiento centrofacial con adecuado resultado en nuestro Hospital.
- Todos los tumores malignos son tratados en un Hospital de manejo Oncológico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Donald Paul J. Sinuses Tumors of Nose and Paranasal Sinuses, Ranver Press LTD 1995, Chapter 28, Pág. 423-444.
2. Bailey, Bayron L. Neoplasm of the Nose and Paranasal sinuses Head and Neck Surgery Otolaryngology Lippincott Company. Capitulo 86, tomo II Págs 1091-1109. 1993
3. Osguthorpe J. David, Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica. Volumen 6, págs 1083-1249, 1995.
4. Bross Soriano, Chi Chan . Tumores nasales experiencia de 10 años; Anales de ORL Mexicana. Vol. 41 No 4, páginas 208-214. 1996.
5. Osguthorpe JD. Sinus neoplasia. Arch Otolaryngol-Head-Neck-Surgery. Vol. 120 (1). Págs. 19-25. 1994.
6. Chow JM. Leonetti. Epitelial tumors of the paranasal sinuses and nasal cavity. Radiol-Clin-North-Am, Vol. 31 (1), Págs. 61-73, 1993.
7. Som PM. Shapiro MD . Sinonasal tumors and Inflammatory Tissues: Differentiation with MR imaging. Radiology Vol. 163. Págs. 803-808. 1988.
8. Yousem DM, Imaging of sinonasal inflammatory disease. Radiology Vol. 188. Págs. 303-314. 1993.
9. Som PM. Dillon WP. Benign and malignant sinonasal lesions with intracranial extensión. Radiology. Vol. 172. Págs. 763-766. 1989.
10. Raboso E. Rosell A. Haemangioma of the maxillary sinus. The Journal of Laryngology and Otology Vol. 111. Págs. 638-640. Jul 1997.
11. McCary S. W. Gross C W. Preliminary Report: Endoscopic versus external surgery in management of inverting papilloma. Laryngoscope. Vol. 104. Págs. 415-419. April 1994.
12. Novelo Guerra E. Vivar Acevedo E. La cirugía endoscópica nasal en el Papiloma nasal invertido. Ann ORL Mex Vol. 42 No. 2 Págs. 88-92. 1997
13. Osguthorpe JD. Sinus neoplasia Arch Otolaryngol-Head-Neck-Surg Vol. 120 (1). Págs. 19-25 Jan. 1994.
14. Henar NS. Fronto-ethmoid osteoma: the place of surgery. The Journal of Laryngology and Otology. Vol. 111. Págs. 372-375. April 1997.
15. Sisson G. A. Toriumi DM. Paranasal sinus malignancy: A comprehensive update. Laryngoscope 99. Págs. 143-149. February 1989.
16. Mochimatsu I. Tsukuda M. Tumors metastasizing to the head and neck a report of seven cases. The journal of Laryngology and Otology. Vol. 107. Págs. 1171-1173. Dec. 1993.



17.Paparella, Shumrick. Tumores de la nariz y de los senos paranasales. Otorrinolaringología . Edit Panamericana. Tomo III, capítulo 10. Págs. 2264-2292. 1994.