

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

**TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS
PARANASALES: REVISION DE CINCO AÑOS DE
MATERIAL DE PATOLOGIA QUIRURGICA EN EL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN:

ESPECIALIDAD EN ANATOMIA PATOLOGICA

PRESENTA:

DRA. LORENA FLORES HERNANDEZ

ASESORA: DRA. MINERVA LAZOS OCHOA



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 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.

**TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES:
REVISIÓN DE CINCO AÑOS DE MATERIAL DE
PATOLOGÍA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL GENERAL
DE MÉXICO.**

**Asesora de Tesis
Dra. Minerva Lazos Ochoa**

**Profesor del Curso
Dr. Avisai Alcántara Vázquez**

Agradecimientos:

A Dios, a mis padres y a Jorge.

**En especial: A la Dra. Minerva Lazos Ochoa
Por su valiosa e incondicional asesoría para
la realización de esta tesis.**

**Al H. Sínodo.
Con todo respeto**

INDICE

Marco Teórico.....	4
Justificación.....	17
Planteamiento del problema.....	18
Objetivos.....	18
Criterios de inclusión y exclusión.....	19
Material y métodos.....	20
Resultados.....	21
Discusión.....	28
Conclusiones.....	30
Bibliografía.....	31

TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES: REVISIÓN DE CINCO AÑOS DE MATERIAL DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

MARCO TEORICO:

En el año 2000 se diagnosticaron en México, 180 casos de cáncer sinusal entre 91,913 tumores malignos, lo que significó 0.2 % de la totalidad de las neoplasias malignas.

En el mismo año se informaron 100 defunciones por carcinoma sinonasal, lo que representa una mortalidad general de 55% y una tasa de mortalidad de 0.1 por cada 100,000 habitantes. (1)

Los signos y síntomas clínicos comúnmente asociados con enfermedades del tracto sinonasal son grandemente influenciados por la localización anatómica e interconexión de la cavidad nasal con los senos paranasales, de la misma manera esta relación anatómica es una ventaja y desventaja particularmente en lo referente a las neoplasias ya que las estructuras óseas que rodean las vías aéreas actúan como una barrera relativamente fuerte para la diseminación tumoral, sin embargo muchos de los tumores son diagnosticados en estadios relativamente avanzados debido a la disponibilidad del espacio interno aéreo para el crecimiento. La barrera ósea es efectiva solo cuando se trata de tumores de naturaleza biológica benigna, pero no es así en casos de neoplasias malignas agresivas.

Los tejidos de soporte de nariz y senos paranasales están predominantemente constituidos por cartílago hialino y escasos huesos representados por los huesos nasales, la porción nasal del hueso frontal y los procesos frontales del maxilar. Hay escaso músculo esquelético y tejido conectivo de revestimiento. La mucosa nasal tiene epitelio escamoso, epitelio cúbico ciliado y pseudoestratificado ciliado en las porciones más internas, con una lámina propia delgada que se continúa con el pericondrio y periostio del cartílago y hueso; en la lámina propia hay numerosas glándulas seromucosas, linfocitos y células plasmáticas. La cavidad nasal y senos paranasales se encuentran extensamente vascularizados. La cavidad nasal se encuentra revestida por epitelio llamado membrana Schneideriana, en honor a Victor Conrad Schneider, anatomista del siglo XVII, de ahí el término “Papiloma Schneideriano” nombre dado a las lesiones benignas papilomatosas originadas en esos sitios; su importancia radica en el alto porcentaje de recurrencia posterior a la escisión quirúrgica y asociación con carcinoma coincidente o subsecuente en el mismo sitio anatómico. **(2)**

La gran variedad de elementos estructurales y variabilidad histológica de la región sinonasal es clave para el desarrollo de múltiples neoplasias, entre las que sobresalen las originadas en el epitelio plano, tanto benignas como malignas. Mención aparte merecen las lesiones de tipo inflamatorio e infeccioso que sin duda constituyen la mayoría de casos de patología de la región sinonasal y por ende un gran porcentaje del volumen total de consulta en medicina de primer nivel, sin embargo por tratarse médicamente, el volumen de muestras o biopsias recibidas en los servicios de patología es bajo.

De igual manera merecen mención los tumores mesenquimatosos, tanto benignos como malignos, que si bien, el porcentaje que ocupan en la totalidad de tumores de nariz y senos paranasales es bajo, es necesario tomarlos en consideración.

El grupo de los tumores de estirpe epitelial, específicamente el carcinoma epidermoide y sus subtipos histológicos constituyen cerca del 3 % de los tumores malignos de cabeza y cuello, la mayoría, (70 %) se localizan en los senos maxilares, 12 % en la cavidad nasal, 10 % en otros senos y 7 % en el vestíbulo nasal. **(3)**

Se han encontrado asociaciones etiológicas diversas dependiendo del sitio como son tabaquismo para cáncer en el vestíbulo nasal, cigarro y exposición industrial a níquel para cáncer en la cavidad nasal y exposición industrial a cromo, gas mostaza, alcohol isopropilico, radio y thorotrast en carcinoma epidermoide de senos maxilares. Otros posibles factores predisponentes son condiciones inflamatorias crónicas, metaplasia escamosa, radiación, quimioterapia y desarrollo de carcinoma sincrónico o metacrónico en pacientes con papilomas Schneiderianos, en especial la variedad de células cilíndricas **(4)**.

Además de estos factores se ha incrementado la evidencia que implica a algunos virus como son el virus del papiloma humano (tipos 6 y 12) se ha identificado en 24% de los papilomas invertidos y en 4 % de los carcinomas epidermoides, virus de herpes simple (VHS) y virus de Epstein-Barr (VEB) asociados no sólo en los carcinomas nasofaríngeos indiferenciados o no queratinizantes sino también en los carcinomas epidermoides queratinizantes **(5, 6)**

Recientemente se ha presentado evidencia de que la predisposición genética juega un papel importante en el desarrollo del carcinoma epidermoide sobre todo cuando se asocia a factores ambientales de riesgo, la predisposición genética implica la presencia de varias alteraciones sin embargo la principal y mejor estudiada es la producida en el gen p53 (7)

Los hombres son los mas afectados, con una relación de 1.2:1 . Con respecto a la edad de presentación, ésta es por lo general en el sexto y séptimo decenio de la vida.

La distribución de carcinoma sinonasal, por sitio anatómico es según Muir C y Roush G.C. (8, 9) del 55 al 60 % localizado en senos maxilares, 19 al 35 % en cavidad nasal, 9 a 15 % en senos etmoidales, vestíbulo nasal 4 % y senos frontal y esfenoidal 1 %.

La mayoría de las neoplasias en estas zonas se diagnostican en estadios avanzados (T3 y T4), debido a que los síntomas y signos que se presentan son poco específicos por lo que el diagnóstico se retrasa entre 3 a 14 meses según algunos autores (10)

El sistema de estadificación clínica utilizado en la actualidad es el TNM que se describe a continuación (15):

TUMOR PRIMARIO (T):

Seno Maxilar

TX Tumor primario no puede ser evaluado

T0 Sin evidencia de tumor primario

Tis Carcinoma in situ

T1 Tumor Limitado a la mucosa del antro sin erosión o destrucción ósea

T2 Tumor con erosión o destrucción ósea, con extensión a paladar duro o extensión a pared posterior del seno maxilar y laminas pterigoideas.

T3 Tumor que incluye una de las siguientes estructuras: pared posterior del seno maxilar, tejido subcutáneo

piso o pared medial de la orbita, fosa pterigoidea o celdillas etmoidales.

T4 Tumor que compromete el contenido de la órbita mas allá del suelo de la órbita o de su pared medial, incluyendo cualquiera de las siguientes estructuras: ápice orbitario, lámina cribiforme, base de cráneo, nasofaringe, seno esfenoidal o seno frontal.

T4a El tumor invade el contenido orbitario anterior, piel de la mejilla, láminas pterigoideas, fosa infratemporal, lámina cribiforme, esfenoides o seno frontal.

T4b El tumor invade cualquiera de las siguientes estructuras: ápice orbitario, duramadre, cerebro, fosa craneal media, nervios craneales, nasofaringe o clivus.

Cavidad nasal y seno etmoidal:

T1 Tumor confinado a un sitio con o sin erosión ósea.

T2 Tumor que invade dos subsidios en una misma región o se extiende a una región adyacente dentro del complejo nasoetmoidal, con o sin erosión ósea.

T3 Tumor que se extiende a la pared medial o piso de la órbita, seno maxilar, paladar o lámina cribosa.

T4a Tumor que invade cualquiera de las siguientes estructuras: contenido orbitario anterior, piel de la nariz o mejilla, con invasión mínima a la fosa craneal anterior, láminas pterigoideas, esfenoides o seno frontal.

T4b Tumor que invade cualquiera de las siguientes estructuras: ápice orbitario, duramadre, cerebro, fosa craneal media, nervios craneales, nasofaringe o clivus.

GANGLIOS LINFATICOS (N):

Nx Los ganglios linfáticos no pueden ser evaluados

N0 No existe evidencia de ganglios metastásicos

N1 Metástasis en ganglio linfático único e ipsilateral menor o igual a 3 cm

N2 Metástasis en un ganglio linfático mayor de 3 cm, pero no mayor de 6 cm, o ganglios múltiples ipsilaterales ninguno mayor de 6 cm en su máxima dimensión, o ganglios bilaterales o contralaterales, ninguno mayor de 6 cm en su máxima dimensión.

N2a Metástasis en un ganglio solitario, ipsilateral mayor de 3 cm pero menor de 6 cm en su diámetro mayor.

N2b Metástasis en múltiples ganglios ipsilaterales, ninguno mayor de 6 cm en su diámetro mayor.

N2c Metástasis a ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno mayor de 6 cm en su diámetro mayor.

METASTASIS A DISTANCIA (M):

- Mx Las metástasis a distancia no pueden ser evaluadas.
M0 Sin metástasis a distancia
M1 Metástasis a distancia

ETAPAS CLINICAS:

- Etapa I T1, N0, M0
Etapa II T2, N0, M0
Etapa III T3, N0-1, M0
Etapa IVa T1-4a, N0-2, M0
Etapa IVb T4b, cualquier N, M0
Etapa IVc Cualquier T, cualquier N, M1

Las metástasis regionales de neoplasias sinonasales son poco frecuentes (entre 9 y 14 % para carcinomas epidermoides). Las metástasis implican casi siempre extensión directa a tejidos blandos. **(11)**

La clasificación histológica de los carcinomas en cavidad nasal y senos paranasales ha provocado confusión y controversia.

La mayoría de los carcinomas son de tipo epidermoide queratinizante pero la controversia se centra en lo referente a los carcinomas de células cilíndricas, carcinoma de células transicionales y carcinoma schneideriano. Los carcinomas epidermoides se subdividen en carcinoma queratinizante y no queratinizante y a su vez los no queratinizantes, en diferenciado y poco diferenciado.

En lo referente a los carcinoma de células cilíndricas, la descripción histológica hecha por Ringertz en 1938 (12), es la de un tumor epitelial no queratinizante que puede formar papilas y se invagina hacia el estroma. Una década antes James Swing introdujo el término “Carcinoma de Células Transicionales” para tumores que mostraban características de epitelio transicional con células cilíndricas o cúbicas sin queratinización. Ewing acuñó también el término “Carcinoma Schneideriano” para referirse a los carcinomas poco diferenciados originados de la membrana schneideriana, sin embargo nunca fue claramente definido como una entidad y el término es muy poco usado. (12)

Artículos recientes han encontrado que los tres términos son equivalentes: Carcinoma Transicional, Schneideriano y de células cilíndricas. (13)

En la literatura americana el uso de los términos carcinoma de células cilíndricas y de células transicionales es infrecuente.

Para dar fin a esa discusión de tipo semántico y nosológico se prefiere usar la clasificación propuesta por la OMS que reconoce al carcinoma de células cilíndricas como una variante del carcinoma epidermoide, eliminando definitivamente el término carcinoma de células transicionales.

La clasificación según la Organización Mundial de la Salud para los tumores de nariz y senos paranasales es la siguiente (14):

Tumores Epiteliales Benignos:

Papilomas sinonasales

-Papiloma invertido

(Papiloma Schneideriano, tipo invertido)

-Papiloma Oncocítico

(Papiloma Schneideriano, tipo oncocítico)

-Papiloma exófitico

(Papiloma Schneideriano, tipo exófitico)

Tumores epiteliales Malignos:

Carcinoma Epidermoide.

- Verrucoso
- Epidermoide papilar
- Epidermoide Basaloide
- Epidermoide de células fusiformes
- Adenoescamoso

Carcinoma linfoepitelial

Carcinoma sinonasal indiferenciado

Adenocarcinoma

- Tipo intestinal
- Tipo no-intestinal

Carcinomas de tipo glándula salival

- Adenoideoquístico
- Carcinoma de células acinares
- Mucoepidermoide
- Carcinoma Epitelial-mioepitelial
- Carcinoma de células claras
- Carcinoma mioepitelial
- Carcinoma ex-adenoma pleomorfo

Tumores Neuroendocrinos

- Carcinoide típico
- Carcinoide atípico
- Carcinoma de células pequeñas tipo neuroendocrino.

Tumores de partes blandas:

Benignos

- Mixoma
- Leiomioma
- Hemangioma
- Schwannoma
- Neurofibroma
- Meningioma

Limítrofes y de bajo potencial maligno

- Fibromatosis tipo desmoide
- Hemangiopericitoma sinusal
- Tumor fibroso solitario extrapleural

Malignos

- Fibrosarcoma
- Histiocitoma fibroso maligno
- Leiomioma
- Rabdomiosarcoma
- Angiosarcoma
- Tumor de nervio periférico maligno

Tumores de Hueso y cartilago

Benignos

- Tumor de células gigantes
- Condroma
- Osteoma
- Condrolastoma
- Fibroma condromixóide
- Osteocondroma
- Osteoma osteoide
- Osteolastoma
- Amelolastoma

Malignos

- Condrosarcoma
- Osteosarcoma
- Cordoma

Tumores Hematolinfoides

- Linfoma de células T extranodal
- Linfoma difuso de células grandes
- Plasmocitoma extramedular
- Sarcoma mielóide extramedular
- Sarcoma histiocítico
- Histiocitosis de células de Langerhans

Tumores Neuroectodérmicos

- Sarcoma de Ewing
- Tumor neuroectodérmico primitivo
- Neuroblastoma olfatorio
- Melanoma

Tumores de células germinales

- Teratoma inmaduro
- Tumor de senos endodermicos
- Teratocarcinosarcoma sinusal
- Teratoma maduro
- Quiste dermoide

Debido a que el tumor epitelial maligno mas común en la región sinonasal es el carcinoma epidermoide, que representa hasta 70 % de los casos se explica con mayor precisión sus patrones de diseminación; los tumores del seno maxilar se extienden en sentido medial hacia la fosa nasal; en sentido caudal hacia el paladar y el proceso alveolar; en sentido anterior , hacia los tejidos blandos de la mejilla; hacia atrás ocasionan daño a la fisura pterigopalatina y la fosa infratemporal y hacia arriba invaden el contenido orbitario. Los tumores que alcanzan la porción superior de la cavidad nasal y celdillas etmoidales se extienden con facilidad a través de la lámina cribosa y *fòvea etmoidalis* hasta la fosa craneal anterior. Los mismos tumores afectan en sentido lateral el canal óptico y el contenido orbitario.

Los carcinomas ubicados u originados en el seno esfenoidal pueden avanzar hacia el seno cavernoso, carótida interna e hipófisis y ocasionar alteraciones de los pares craneales III, IV, V y VI.

Las metástasis ganglionares están presentes clínicamente en 80 % de los casos al momento de la presentación, pero hasta 15 % de los pacientes las desarrollan durante el seguimiento.

Las metástasis a distancia aparecen hasta en 10 % de los casos, pero rara vez en ausencia de recaída local o regional; los sitios mas afectados son pulmón y hueso. Es poco común el desarrollo de segundos tumores primarios. **(15)**

En cuanto a la presentación clínica, los tumores tempranos suelen diagnosticarse de manera incidental durante el tratamiento de una sinusitis crónica o de un papiloma nasal invertido. Los tumores avanzados producen manifestaciones inespecíficas de tipo local, como obstrucción nasal, rinorrea (en ocasiones sanguinolenta), anosmia, epistaxis, dolor sinusal y descarga retronasal.

La extensión a tejidos blandos produce deformidad facial con o sin hipoestesia; la propagación a la fosa pterigoidea, pterigopalatina e infratemporal se traduce en trismo; la diseminación a la fisura pterigopalatina produce dolor o hipoestesia en el territorio del trigémino; si la extensión alcanza la órbita genera proptosis y diplopía y si alcanza el canal óptico produce amaurosis. La propagación a la nasofaringe da lugar a otitis media por obstrucción de la trompa de Eustaquio y la del seno cavernoso precipita oftalmoplejia y cefalea. Por último, la extensión en sentido caudal produce erosión y tumor en el paladar duro y encía. Como se mencionó antes son raras las adenopatías cervicales.

Ante cualquier cuadro sinusal de duración mayor a dos semanas se recomienda instituir tratamiento médico enérgico y solicitar tomografía axial computada de senos paranasales.

En la evaluación del tratamiento, el primer objetivo es definir si el tumor es susceptible de resección completa o es irresecable. Aunque los criterios de irresecabilidad podrían variar según el entrenamiento del cirujano y las técnicas reconstructivas disponibles, suele considerarse como irresecables a los pacientes con metástasis a distancia, invasión al parénquima cerebral, involucro de la fosa craneal media, nasofaringe, clivus, nervio distinto de la rama maxilar del trigémino, del seno cavernoso, del ápice de la órbita o del contenido de ambas órbitas. La diseminación hacia estas estructuras hace de la cirugía una medida inicial insostenible debido a que es poco probable obtener un margen de resección negativo con aceptable morbilidad.

En los pacientes con tumores irresecables la quimioterapia concomitante se ha convertido en el estándar de tratamiento porque produce mejor control local y supervivencia que la radioterapia sola. **(15)**

Si el paciente tiene un tumor resecable, se somete a una operación quirúrgica seguida de radioterapia. Los tumores tempranos, completamente resecados son muy raros y pueden ser tratados sólo con una intervención quirúrgica.

La supervivencia global a cinco años oscila entre 37 y 54 % en pacientes con tumores resecables, mientras que el control local varía entre 37.5 y 78 %.

Los factores favorables identificados son: paciente jóvenes, etapa clínicas I y II, ausencia de ganglios regionales metastásicos, tratamiento combinado con intervención quirúrgica y radioterapia.**(15)**

Justificación:

La patología de nariz y senos paranasales es frecuente, pero no se conocen casuísticas a nivel nacional, por lo que es necesario conocer estadísticas locales que permitan ubicar a la patología de nariz y senos paranasales en el lugar que por frecuencia merece, teniéndolas en consideración para así incrementar la cantidad de diagnósticos tempranos y conseguir mayores beneficios para los pacientes.

Planteamiento del problema:

Cuales son los tumores malignos de nariz y senos paranasales más frecuentes en material de patología quirúrgica del Hospital General de México.

Objetivos:

- Conocer el porcentaje que ocupan los tumores malignos de nariz y senos paranasales en relación a la patología quirúrgica general de cabeza y cuello.
- Encontrar la prevalencia de los tumores malignos de nariz y senos paranasales.
- Determinar cuales son los tumores epiteliales malignos más frecuentes y sus variantes histológicas.
- Determinar la frecuencia de las variedades histológicas de los carcinomas epidermoides.

Variables:

Edad, sexo, localización y tipo histológico de los casos con carcinoma epidermoide.

Criterios de inclusión:

Pacientes con lesiones en cavidad nasal y senos paranasales.

Criterios de exclusión:

Casos con patología neoplásica de piel de nariz.

Pacientes que no cuenten con datos completos.

Material y Métodos:

Se revisaron todos los reportes de patología quirúrgica de los años 1996 a 2000. Se seleccionaron los correspondientes a patología de cabeza y cuello y posteriormente los pertenecientes a lesiones de nariz y senos paranasales. De éstos se seleccionaron los tumores malignos, los que se dividieron en epiteliales y mesenquimatosos. De los epiteliales se excluyeron las lesiones de piel y los restantes se dividieron en benignos y malignos, estos últimos se clasificaron en epidermoides y no epidermoides. De los casos con carcinoma epidermoide se obtuvieron las siguientes variables: edad, sexo, localización, y tipo histológico. Cada uno de ellos se reclasificó según la clasificación de la OMS (14). De cada una de las variables se obtuvieron porcentajes.

Resultados:

Se revisaron 102,134 reportes de patología quirúrgica, encontrando un total de 6350 casos correspondientes a patología general de cabeza y cuello (6.21 %), del total; de los cuales 880 casos pertenecieron a patología general de nariz y senos paranasales (0.86 %); Se excluyeron 185 casos de piel, por lo que únicamente fueron 695 casos de fosas nasales y senos paranasales, correspondiendo al 0.68 % del total de la patología quirúrgica y al 10.9 % de la patología de cabeza y cuello.

De los 695 casos de nariz y senos paranasales, 286 (41.1 %) fueron lesiones inflamatorias e infecciosas y 409 (58.8 %) fueron neoplásicas.

De las neoplasias encontradas 284 (69.4 %) fueron benignas y 125 (30.5 %) malignas.

La distribución por estirpe de las neoplasias benignas fue de 198 casos (69.8 %) epiteliales y 86 casos (30.2 %) no epiteliales.

En lo referente a las neoplasias malignas, la distribución fue de 73 casos (58.4 %) no epiteliales y 52 casos (41 %) epiteliales.

La distribución en orden de frecuencia para las neoplasias benignas fue de la siguiente manera: pólipos 165 casos (58 %), angiofibromas 55 casos (19.3 %), papilomas 25 casos (8.8 %). El resto se distribuyó en neoplasias infrecuentes como mixomas, tumores de vaina de nervio periférico, condromas, etc.

La distribución en orden de frecuencia para las neoplasias malignas fue en primer lugar, el linfoma con 41 casos (32 %) ; carcinoma epidermoide 35 casos (25.6 %); melanoma 7 casos (5.6 %); sarcomas 5 casos (4 %); carcinoma adenoideo quístico 5 casos (4 %); hemangioendotelioma 4 casos (3.2 %) y el resto distribuidos en tumores poco frecuentes como son carcinomas indiferenciados..

De los tumores epiteliales malignos, el de relevancia para nuestro estudio fue el carcinoma epidermoide con 35 casos.

El subtipo histológico de carcinoma epidermoide más frecuente fue el moderadamente diferenciado queratinizante con 15 casos (45.4 %).

El género predominante fue el masculino con 19 casos (59.3 %) y 13 mujeres (40.7 %)

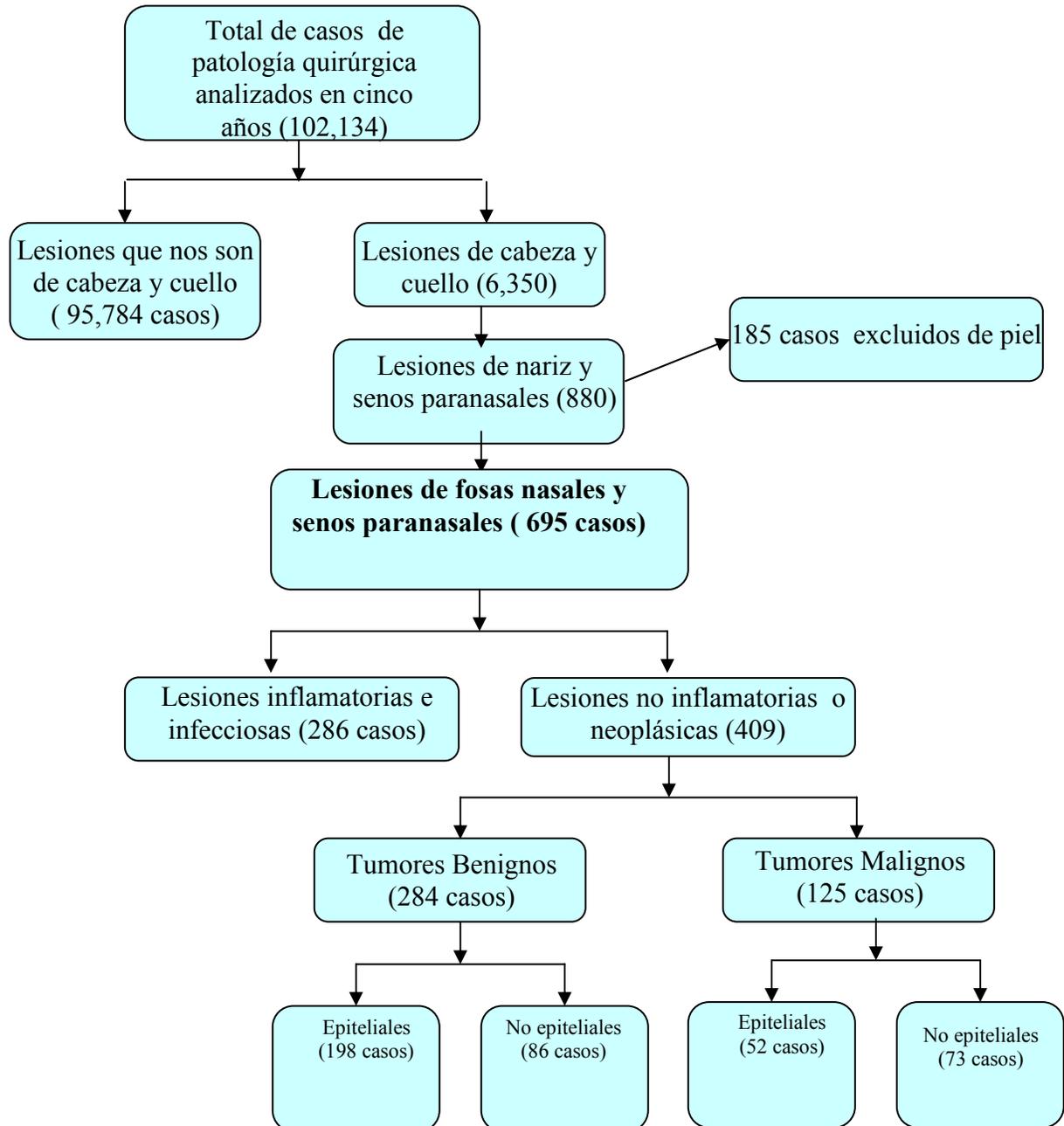
La edad mínima de presentación en pacientes con carcinoma epidermoide fue de 27 años y la máxima de 89 años.

La media de edad al momento del diagnóstico fue de 54.3 años.

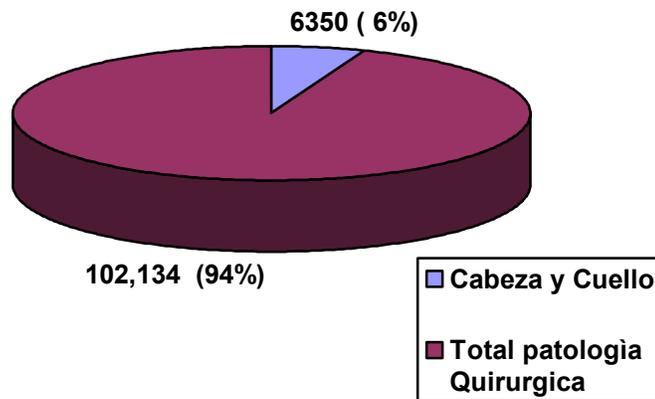
Las principales localizaciones fueron fosa nasal, con 21 casos; antro maxilar 10 casos y seno etmoidal un caso.

De las neoplasias malignas no epiteliales la más frecuente fue el linfoma con sus variantes difusa de células grandes con 37 casos (90.2 %) y linfoma no- Hodgkin de células pequeñas con 4 casos (9.75 %), todos de localización en fosa nasal, excepto uno situado en antro maxilar. La edad promedio de presentación de los linfomas fue de 41.8 años, con una edad mínima de 11 años y una máxima de 70 años. Veintiún casos correspondieron al sexo femenino y 20 al masculino.

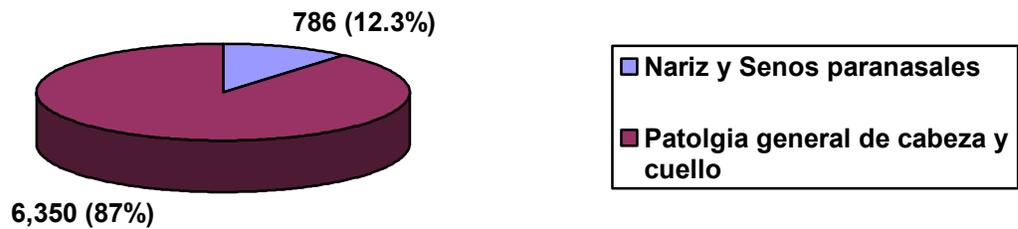
TUMORES DE NARIZ Y SENOS PARANASALES



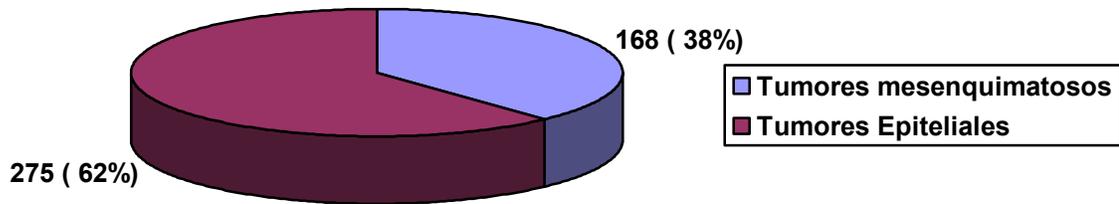
PATOLOGIA GENERAL DE CABEZA Y CUELLO



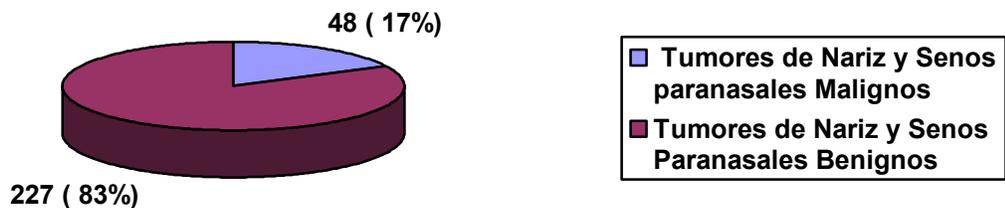
PATOLOGIA DE NARIZ Y SENOS PARANASALES



ESTIRPE HISTOLOGICA DE LAS NEOPLASIAS DE CABEZA Y CUELLO



DISTRIBUCION DE LOS TUMORES EPITELIALES DE NARIZ Y SENOS PARANASALES



Distribución de las neoplasias Benignas (284 casos)		
Tumor	Num. Casos	Porcentaje
Pólipos	165	58.0%
Angiofibromas	55	19.3%
Papilomas	25	8.8%
Hemangiomas	13	4.5%
Fibromas	7	2.4%
Mixomas	4	1.4%
TVNP	4	1.4%
Otros	11	3.8%
Total	284	100.0%

Distribución de las neoplasias malignas (125 casos)		
Tumor	Num. Casos	Porcentaje
Linfoma	41	32.8%
Carcinoma Epidermoide	35	28.0%
Melanoma	7	5.6%
Sarcoma	6	4.8%
Ca-Adenoideo quístico	5	4.0%
Hemangioendotelioma	4	3.2%
Ca-Indiferenciado	3	2.4%
Otros	24	19.2%
Total	125	100.0%

Carcinomas Epidermoides		
Variedad histológica	Num. de casos	Porcentaje
Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado o Queratinizante	15	46.8 %
Carcinoma Epidemoide Poco Diferenciado Queratinizante	2	6.25 %
Carcinoma Schneideriano o no Queratinizante o de Celulas Transicionales	13	40.6 %
Carcinoma Adenoescamoso	2	6.25 %
Total	32	100 %

Discusión:

Los linfomas fueron los tumores malignos más frecuentes con 41 casos (32.8 %) del total de neoplasias; sin embargo, el carcinoma epidermoide fue la neoplasia epitelial maligna con mayor prevalencia y la de interés en nuestro estudio. Se encontraron 32 casos (66.6 %) del total de 48 tumores epiteliales malignos de nariz y senos paranasales; este incluye los tipos queratinizante y no-queratinizante, con sus respectivas variantes, bien, moderada y poco diferenciadas, la prevalencia observada es muy semejante a lo encontrado en la literatura (8), en donde se refiere constituir 0.2 % a 0.8 % de todas las neoplasias malignas y aproximadamente 65 % de las neoplasias malignas de la región sinonasal.

La variante histológica más frecuente fue el carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante, el cual es idéntico a los carcinomas epidermoides de otros sitios mucosos de cabeza y cuello, en esta variedad hay evidencia histológica de la diferenciación escamosa, con la presencia de queratina intra y extracelular y puentes intercelulares. Las células neoplásicas se disponen formando nidos o pequeños grupos de células o células individuales; estos pueden ser bien, moderada o poco diferenciados.

En lo referente a la variante no queratinizante, en este estudio constituyó el 40.6 % del total de carcinomas epidermoides, esta variante inusual y de apariencia histológica diferente a los carcinomas del tracto sinusal, explica la gran variedad de nombres que se le han dado (Carcinoma Schneideriano, carcinoma de células cilíndricas, carcinoma de células transicionales, Carcinoma de Ringertz), este se caracteriza por presentar un patrón de crecimiento en bandas y festones con patrón de invasión plexiforme y bordes bien delimitados; hay una

típica ausencia de la maduración en los nidos epiteliales que lo forman como ocurre en el carcinoma de células transicionales del tracto urinario que es un tumor que se le semeja. Aunque este tumor se identifica como no-queratinizante, a menudo se observan pequeñas perlas córneas dispersas. Cuando la queratinización es significativa, se encuentra mezclado con carcinoma epidermoide queratinizante. El tumor puede ser moderada o poco diferenciado, cuando se trata del último tipo es difícil reconocerlo como carcinoma epidermoide y debe ser diferenciado del neuroblastoma olfatorio o carcinoma neuroendocrino.

El resto de carcinomas epidermoides se distribuyó de forma equitativa entre las variantes epidermoide poco diferenciado queratinizante y el adenoescamoso con 6.25 % en cada tipo, estas variantes fueron de tan escasa frecuencia en la región sinusal como se refiere en la literatura. Estas variantes mas otras igualmente raras como son la variante verrucosa, acantolítica, y de células fusiformes se encuentran mas frecuentemente en laringe y cavidad oral. **(14)**

En lo que se refiere a los neoplasias malignas no epidermoides, encontramos porcentajes de prevalencia distintos a lo que refiere la literatura, ya que el mayor porcentaje estuvo representado por el melanoma con 7 casos, que constituyó el 47 % del total de neoplasias malignas no epidermoides y solo el 1.5 % del total de neoplasias de nariz y senos paranasales a diferencia del 5 % del total de neoplasias de nariz y senos paranasales que se refiere en la literatura. **(16)**

Los siguientes dos tipos tumorales en orden de frecuencia después del melanoma fueron de tipo glándula salival; carcinoma adenoideo quístico (5 casos) y tumor mixto maligno (2 casos), juntos conforman el 1.5 % del total de neoplasias de nariz y senos paranasales, porcentaje considerablemente menor al referido por Manning et al, (17) que reporta entre 4 % al 8 %.

Conclusiones:

-El porcentaje que ocupan los tumores de nariz y senos paranasales en relación a la totalidad de patología quirúrgica en el Hospital General de México es del 0.86 %

- Los tumores malignos mas frecuentes fueron los linfomas con 32 % del total.

- De los tumores epiteliales malignos la variedad histológica más frecuente fue el carcinoma epidermoide.

-El subtipo histológico de carcinoma epidermoide más frecuente fue el moderadamente diferenciado queratinizante.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Dirección General de Epidemiología. Registro Histopatológico de las neoplasias en México, Compendio Mortalidad y Morbilidad. México. Secretaria de Salud. 2000.
- 2.- Williams PL, Bannister LH, Berry MM, et al. In: Bannister L, ed. Gray's anatomy: the anatomical basis of medicine and surgery, 38th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995:1631-1637.
- 3.- Robin PE, Powell DJ, Stansbie JM. Carcinoma of the nasal cavity and paranasal sinuses: incidence and presentation of different histological types. Clin Otolaryngol 1979; 4:432-456.
- 4.- Trizna Z, Shants SP: Hereditary and environmental factors associated with risk and progression of head and neck cancer. Otolaryngol Clin North Am 1992;25:1089-1103.
- 5.- Hording U, Nielsen HW, Albeck H, et al: Nasopharyngeal carcinoma: Histopathological types and association with Epstein-Barr virus. Eur J Cancer 1993; 29b:137-139.
- 6.- Pathmanathan R, Prasad U, Chnabdrika G, et al: Undifferentiated, nonkeratinizing and squamous cell carcinoma of the nasopharynx. Variants of Epstein Barr virus-infected neoplasia. Am J Pathol 1995; 146:1355-1367.
- 7.- Scully C: Oncogenes, tumour suppressor genes and viruses in oral squamous cell carcinoma. J Oral Pathol Med 1993; 22:337-347.
- 8.- Muir C, Weiland L: Upper aerodigestive tract cancers. Cancer 1995; 75:147-153.

9.-Roush GC: Epidemiology of cancer of the nose and paranasal sinuses: Current concepts. *Head and Neck Surg* 1979;2: 3-11.

10.- Mundy EA, Neiders ME, Sako K, et al; Maxillary sinus cancer: A study of 33 cases. *J Oral Pathol* 1985;14: 27-36.

11.- Osguthorpe JD: Sinus neoplasia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1994;120:19-25.

12.- Ringertz N: Pathology of malignant tumors arising in the nasal and paranasal cavities and maxilla. *Acta Otolaryngol Suppl* 1938; 27:95-157.

13.- Manivel C, Wick MR, Dehner LP: Transitional (cilindric) cell carcinoma with endodermal sinus tumor-like features of the nasopharynx and paranasal sinuses. *Arch PatholLab Med* 1986; 110:198-202.

14.- World Health Organization Classification of Tumors. Head and Neck Tumours; 2003.

15.-Herrera G, Granados G, González B, Manual de Oncología, procedimientos Medico-Quirúrgicos. 3ra. Ed. 2006.

16.- Thompson LD, Wieneke JA. Sinonasal tract and nasopharyngeal melanomas: a clinicopathologic study of 115 cases with a proposed staging system. *Am J surg Pathol* 27:594-611,2003.

17.- Manning JT, Batsakis JG: Salivary-type neoplasms of the sinonasal tract. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999;100:691-694.