

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI

**LESIONES NO NEOPLÁSICAS DE LA CAVIDAD NASAL Y SENOS PARANASALES.
EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SIGLO XXI EN EL PERÍODO
COMPRENDIDO DE LOS AÑOS 2007 A 2012.**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

PRESENTA

DR. OCTAVIO ARELLANO ESCUDERO

ASESORA : DRA. ROCÍO RAMÍREZ ACEVES

MÉXICO, D.F.

FEBRERO, 2013



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.



DOCTORA
DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTORA
MARIA DE LOURDES CABRERA MUÑOZ
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTORA
ROCÍO RAMÍREZ ACEVES
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3601
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO
XXI, D.F. SUR

FECHA 02/07/2012

DRA. ROCÍO GUADALUPE RAMÍREZ ACEVES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales. Experiencia del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI en el período comprendido de los años 2007 a 2012.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3601-104

ATENTAMENTE

DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiar siempre mi camino, por darme la oportunidad de renacer y por darme una esperanza cuando todo parecía perdido.

A mis Padres, por todo su amor y apoyo en los momentos más difíciles de mi vida, ustedes han sido el ejemplo mas perfecto que he tenido y les debo absolutamente todo lo que soy.

A mi hermana Bere, por su cariño y ayuda incondicional en todo momento.

A la Dra. Rocío Ramírez, por sus enseñanzas y orientación para realizar este trabajo.

A la Dra. Alejandra Moreno, por su guía y estímulo para que desarrolle todo el potencial que tengo.

A todas aquellas personas que tanto quiero, que inspiraron el tema de este trabajo, que han estado conmigo en las buenas y en las malas durante estos tres años y que han llenado mi corazón de alegría.

INDICE

	Página
Resumen.....	1
Introducción.....	3
Planteamiento del Problema e Hipótesis.....	9
Objetivos.....	10
Materiales, Pacientes y Métodos.....	11
Resultados y Análisis	12
Conclusiones.....	19
Referencias Bibliográficas.....	21

Resumen

LESIONES NO NEOPLÁSICAS DE LA CAVIDAD NASAL Y SENOS PARANASALES. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SIGLO XXI EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE LOS AÑOS 2007 A 2012.

Arellano-Escudero O, Ramírez-Aceves R.

INTRODUCCIÓN. Las lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales son las más frecuentes en dicho sitio anatómico y su diagnóstico histopatológico preciso es fundamental para ofrecer un tratamiento adecuado a los pacientes. Estas lesiones son en esencia inflamatorias y tienen una etiología diversa, incluyendo diversos microorganismos y casos idiopáticos.

OBJETIVO. El objetivo de este estudio es identificar el número total de lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales diagnosticadas durante el período de 2007 a 2012 en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIALES, PACIENTES Y MÉTODOS. Casos registrado en los archivos de este servicio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Se reportaron 313 lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales, de las cuales la lesión más frecuente fueron los pólipos inflamatorios (55.5%), seguidos por los casos de rinosinusitis crónica (41.2%), rinoescleroma (1.2%), granulomatosis de Wegener (1.2%) y amiloidosis (0.31%). La edad media al momento del diagnóstico fue de 48 años y predominaron en varones. Las características macroscópicas y microscópicas de estas lesiones son concordantes a las encontradas en la literatura. **CONCLUSIONES.** Las lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales son las que más frecuentemente se diagnostican en nuestro servicio, algunas de ellas requiriendo de tinciones especiales para su correcta identificación. Su diagnóstico preciso es crucial para el buen manejo de los pacientes y es por ello que siempre deben estar en la mente del patólogo quirúrgico.

1.DATOS DEL ALUMNO

ARELLANO

ESCUDERO

OCTAVIO

55-46-46-15-50

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

510214162

2. DATOS DEL ASESOR

RAMÍREZ

ACEVES

ROCÍO

3. DATOS DE LA TESIS

LESIONES NO NEOPLÁSICAS DE LA CAVIDAD NASAL Y SENOS PARANASALES.

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SIGLO XXI EN EL PERÍODO

COMPRENDIDO DE LOS AÑOS 2007 A 2012

21 p

2013

Introducción

La cavidad nasal y los senos paranasales representan un sitio anatómico en el que se desarrollan lesiones de diversos tipos, tanto neoplásicas como inflamatorias. Ambos tipos de lesiones determinan la aparición de signos y síntomas clínicos muy parecidos así como una apariencia macroscópica muy similar, por lo que el estudio histopatológico es esencial para determinar la naturaleza de la lesión estudiada. De igual manera, es sumamente importante distinguir la patología inflamatoria de la neoplásica en cavidad nasal y senos paranasales ya que el diagnóstico emitido tendrá un impacto enorme en el manejo subsecuente del paciente. En 2008, Zafar ¹ llevó a cabo un estudio clínico-patológico de las lesiones no-neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales en un período de 7 años. Estas lesiones correspondieron a 60% de los casos estudiados con una incidencia de 20.7 casos por año. Las lesiones en orden decreciente de frecuencia fueron : Pólipo nasal, rinoscleroma, tuberculosis e infecciones micóticas. Haremos un breve análisis de los diferentes tipos de patología no neoplásica que podemos encontrar en la cavidad nasal y senos paranasales.

Pólipos Sinonasales

La poliposis nasal es una enfermedad inflamatoria crónica, no neoplásica que se observa comúnmente en la Otorrinolaringología clínica. Su incidencia estimada en la población general es de 0.5 a 4%. Las manifestaciones clínicas incluyen obstrucción nasal, rinorrea anterior y posterior, anosmia y/o hiposmia, dolor de cabeza y mal estado general. La mayoría de los pólipos se originan en la mucosa nasal del meato medio aunque otros sitios etmoidales pueden estar involucrados. La etiología y patogénesis de la poliposis nasal ha sido estudiada desde hace mucho tiempo, sin embargo, a pesar el entendimiento actual de esta condición (particularmente el rol de la inflamación), los mecanismos que producen la poliposis nasal siguen siendo desconocidos.

Tos y Morgensen describieron histológicamente a los pólipos sinonasales, compuestos por un estroma mixoide, edematoso, infiltrado predominantemente por eosinófilos y cubierto por epitelio respiratorio el cual frecuentemente presenta hiperplasia o metaplasia escamosa.

Sin embargo, en la literatura existen pocos estudios referentes a las diferencias histológicas entre los pólipos nasales y las posibles implicaciones clínicas de dichas diferencias. En 2008, Ferreira propuso una clasificación histológica de los pólipos nasales, la cual se presenta a continuación ² :

- Pólipos eosinofílicos o edematosos : Presencia de estroma edematoso el cual contiene numerosos eosinófilos y mastocitos, hiperplasia de células caliciformes en el epitelio respiratorio y engrosamiento de la membrana basal que separa al epitelio del estroma edematoso.
- Pólipos fibroinflamatorios : Presentan un marcado infiltrado inflamatorio que contiene predominantemente linfocitos. Otras características incluyen ausencia de edema estromal e hiperplasia de células caliciformes.
- Pólipos con hiperplasia de glándulas seromucinosas : Muestran numerosas glándulas seromucinosas y estructuras ductales en un estroma edematoso.
- Pólipos con atipia estromal : Su característica distintiva es la presencia de células estromales atípicas y bizarras. Las células pueden ser irregulares e hiper cromáticas.

Es sumamente importante que el patólogo haga un diagnóstico preciso de los pólipos nasales y de sus subtipos para auxiliar al clínico en el manejo subsecuente del paciente.

Rinoescleroma

El rinoescleroma es una infección crónica, granulomatosa y progresiva del tracto aerodigestivo superior, causada por *Klebsiella rhinoscleromatis*, un cocobacilo gram-negativo de baja infectividad. Se considera que el hacinamiento, la mala higiene y la desnutrición son factores necesarios para la transmisión del agente infeccioso aunque la patogénesis real de la infección sigue siendo desconocida. Las mujeres se afectan más frecuentemente que los hombres y la enfermedad normalmente se presenta entre la segunda y tercera décadas de la vida.

Los pacientes presentan : obstrucción nasal, rinorrea fétida y costrar, epistaxis, disfagia, deformidad nasal, anestesia del paladar blando, dificultad al respirar que progresa a estridor, disfonía y anosmia.

La enfermedad normalmente afecta la cavidad nasal (95-100% de pacientes), pero también puede afectar la nasofaringe (18-43%), laringe (15-40%), tráquea (12%) y bronquios (2-7%). Pueden afectarse la cavidad oral, senos paranasales y los tejidos suaves de los labios y nariz. En casos raros, el rinoescleroma se extiende a la órbita.

Macroscópicamente, el rinoescleroma produce lesiones polipoides inflamatorias y friables durante la fase granulomatosa. En las fases tardías, los tejidos involucrados muestran una extensa cicatrización. A nivel microscópico, la histología varía con el estadio de la enfermedad, la cual es más frecuentemente biopsiada y diagnosticada durante la fase proliferativa. El tejido conectivo está ricamente vascularizado y contiene un denso

infiltrado linfoplasmocitario así como cuerpos de Russell. Estos últimos corresponden a agregados de componentes de inmunoglobulinas que no han sido liberados como resultado de un bloqueo en la vía de liberación normal de las inmunoglobulinas. Se acumulan en el retículo endoplásmico rugoso de las células plasmáticas y pueden llenar completamente el citoplasma y comprimir el núcleo³. Los grupos de histiocitos vacuolados (células de Mikulicz) que contienen al agente causal son los más llamativos⁴. Aunque los organismos son visibles ocasionalmente en hematoxilina y

eosina, son demostrados más fácilmente usando tinciones de plata (Warthin-Starry). Los estadios exudativos terminan en una fibrosis densa no específica. En los estadios exudativos y cicatrizal, las células de Mikulicz pueden ser difíciles de descubrir. La enfermedad clásicamente presenta cuatro estadios⁵, los cuales usualmente se sobreponen, pero inexorablemente se sucede el uno al otro a menos que se instaure la terapia apropiada, dejando marcada incapacidad estético-funcional. A continuación se describen dichos estadios :

- Estadio catarral : Demarcado por rinorrea purulenta fétida prolongada.
- Estadio atrófico : Cambios mucosos difusos con costrificación excesiva y obstructiva.
- Estadio granulomatoso : Caracterizado por formación de nódulos granulomatosos no caseificantes en nariz, con o sin compromiso de otras partes del tracto aerodigestivo superior.
- Estadio esclerótico : Con densa fibrosis cicatrizal de los tejidos comprometidos y reemplazo del epitelio y lámina propia con grados variables de profundidad por tejido colágeno irregular.

Otras lesiones inflamatorias

Sinusitis crónica

Ha sido dividida tradicionalmente en purulenta y no purulenta. El seno maxilar es por mucho el sitio más frecuentemente afectado. La enfermedad está causada por varios microorganismos. Las características microscópicas más comunes son edema, infiltrado inflamatorio, hiperplasia glandular, engrosamiento de la membrana basal y metaplasia escamosa. Puede haber eosinófilos y ocasionalmente son numerosos. El hueso subyacente puede mostrar engrosamiento y remodelación con un ribete osteoblástico prominente y fibrosis de los espacios medulares del hueso.

Infecciones micóticas

Las infecciones micóticas del tracto respiratorio superior habitualmente se localizan en los senos paranasales. La mucormicosis es una de las más frecuentes⁶. Habitualmente ocurre en asociación con diabetes mellitus mal controlada, especialmente cuando se complica con cetoacidosis; también se observa en la población inmunocomprometida. La infección puede resultar en la formación de micetomas o conglomerados de hongos o bien diseminarse rápidamente a la órbita o al cerebro (sinusitis fúngica invasiva). En la mucormicosis, los microorganismos invaden característicamente los vasos sanguíneos y provocan trombosis, hemorragias e infartos. Los hongos pueden ser demostrados mediante las tinciones de PAS y Grocott.

Tuberculosis

Puede involucrar la cavidad nasal, nasofaringe o senos paranasales. Varios de los casos se asocian a linfadenopatía cervical y la mayoría representan una infección aislada del tracto respiratorio superior más que una diseminación secundaria a partir de una infección pulmonar. La tinción de Ziehl-Neelsen ayuda a la identificación del microorganismo bajo el microscopio de luz.

Enfermedad de Rosai-Dorfman

Es una proliferación histiocítica idiopática, rara, también conocida como histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva. Esta última afecta más frecuentemente a los ganglios linfáticos cervicales. Casi la mitad de los pacientes afectados tiene involucro extranodal ocurriendo en un 75% en sitios como cavidad nasal, senos paranasales, anexos oculares y ojos. Típicamente los pacientes se presentan con obstrucción nasal, proptosis, fiebre, leucocitosis y elevación de la velocidad de sedimentación globular. El involucro del tracto sinonasal resulta en la formación de masas polipoides que pueden ser fibróticas, con una superficie de corte que va de gris a amarilla. Microscópicamente se observa una dilatación pronunciada de los sinusoides linfoides con un abundante infiltrado linfoplasmocitario en el fondo. Estos sinusoides están llenos de abundantes células pálidas, histiocíticas, las cuales demuestran linfocitosis patognomónica o

emperipolesis. Los histiocitos son positivos para proteína S-100 y antígenos de macrófagos como CD68 y Leu M3.

Granulomatosis de Wegener

En su forma clásica, es una condición rápidamente progresiva en la cual el involucro nasal se acompaña de enfermedad pulmonar y renal. Microscópicamente, se observa una vasculitis leucocitoclástica con necrosis geográfica, rodeada por histiocitos que forman una empalizada; también se observa una reacción granulomatosa pobre en linfocitos y ulceración epitelial.

En una serie de casos se observaron juntos vasculitis, necrosis e inflamación granulomatosa en 16% de los especímenes de biopsia⁷. En otra serie, la biopsia nasal fue diagnóstica de granulomatosis de Wegener en 53% de los pacientes⁸. Las muestras mayores de 5 mm en su diámetro mayor era más probable que demostraran características diagnósticas en relación a muestras más pequeñas. La tinción de fibras elásticas es útil para identificar remanentes de vasos sanguíneos dañados. La granulomatosis de Wegener debe ser distinguida de la tuberculosis, el linfoma maligno, la fibrosis angiocéntrica eosinofílica, lesiones inducidas por cocaína y otras enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico⁹.

De esta manera hemos presentado brevemente el estado actual de las lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales poniendo énfasis en su frecuencia, características morfológicas y en la importancia de hacer un diagnóstico preciso para el manejo adecuado del paciente.

Planteamiento del Problema

- ¿Cuántos casos de lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales se han registrado en 5 años, de 2007 a 2012, en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social?
- ¿Cuáles son los tipos más frecuentes y en qué porcentaje?

Hipótesis

Las lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales son las más frecuentes en dichos sitios anatómicos y existen diversos tipos de ellas, siendo la más frecuente la poliposis sinonasal.

Justificación del Estudio

En el servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del Centro Médico nacional Siglo XXI se reciben diariamente para su estudio histopatológico biopsias y especímenes quirúrgicos procedentes de cavidad nasal y senos paranasales por lo que se pretende realizar un estudio de distribución de frecuencia de las lesiones no neoplásicas de estos sitios anatómicos ya que esto aporta información valiosa para el diagnóstico diferencial con lesiones de otras estirpes que macroscópicamente tienen un aspecto similar. De igual manera, el reconocimiento morfológico preciso de estas lesiones tendrá un impacto enorme en el tratamiento subsecuente de los pacientes.

Objetivos

Objetivo General

Identificar el número total de lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales diagnosticadas durante el período de 2007 a 2012 en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos específicos

- Determinar el porcentaje de cada tipo de lesión no neoplásica de la cavidad nasal y senos paranasales encontrada.
- Evaluar los datos morfológicos de cada caso.
- Determinar las características epidemiológicas (género, edad) de las lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales, y compararlas con la literatura actual.

Materiales, Pacientes y Métodos

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo y observacional. Se revisaron los estudios registrados en los archivos del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el período del 01 de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2012.

Se buscaron los estudios de lesiones de cavidad nasal y senos paranasales en las libretas designadas como Biopsias por el residente a cargo de este estudio. Se recolectaron los datos de año del estudio, folio, iniciales del paciente, edad, género, tipo de quirúrgico (biopsia, pieza o revisión de laminillas), diagnóstico principal y diagnóstico secundario (otros hallazgos histopatológicos).

No se incluyeron aquellos estudios con datos incompletos, sin diagnóstico registrado en la libreta, con diagnósticos descriptivos, diagnósticos compatibles, sugestivos o incompletos.

Posteriormente se formó una base de datos en una hoja de Excel. Se solicitaron las laminillas al archivo y se revisaron los casos. Se realizó un análisis descriptivo con medias y porcentajes.

Para este estudio no se requirió consentimiento informado ya que forma parte de la estadística del Servicio de Anatomía Patológica y se realiza de manera anónima. No representa un beneficio o riesgo para los pacientes.

Resultados y análisis

Se revisaron las libretas de biopsias del Servicio de Anatomía Patológica de los años 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011. El número total de biopsias y piezas quirúrgicas en estos 5 años fue de 30,295. De éstos, 498 casos (1.64%) correspondieron a lesiones de cavidad nasal y senos paranasales de cualquier tipo.

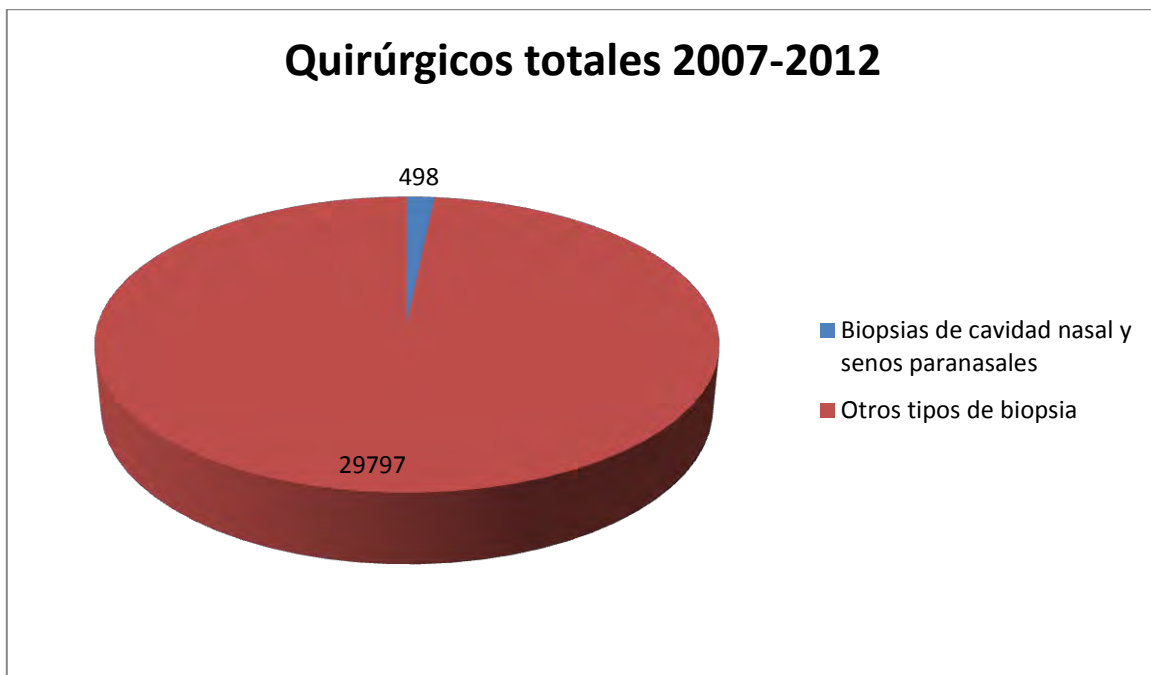


Figura 1. Número de biopsias de cavidad nasal y senos paranasales en el período comprendido de 2007 a 2012.

El total de lesiones de cavidad nasal y senos paranasales fue de 498. De todas ellas 313 casos (62.8%) correspondieron a lesiones no neoplásicas, mientras que 185 casos (37.1%) correspondieron a lesiones de tipo neoplásico.



Figura 2. Distribución de las lesiones de cavidad nasal y senos paranasales.

Las lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales que se encontraron fueron muy diversas, e incluyeron las siguientes :

- Pólipos inflamatorios
- Rinosinusitis crónica
- Rinoescleroma
- Granulomatosis de Wegener
- Amiloidosis
- Mucocele

La frecuencia de estas lesiones se muestra en la siguiente tabla :

Tipo de Lesión	Número de casos	Porcentaje
Pólipo inflamatorio	174	55.5
Rinosinusitis crónica	129	41.2
Rinoscleroma	4	1.2
Granulomatosis de Wegener	4	1.2
Amiloidosis	1	0.31
Mucocele	1	0.31

Tabla 1. Distribución de frecuencia de las lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales.

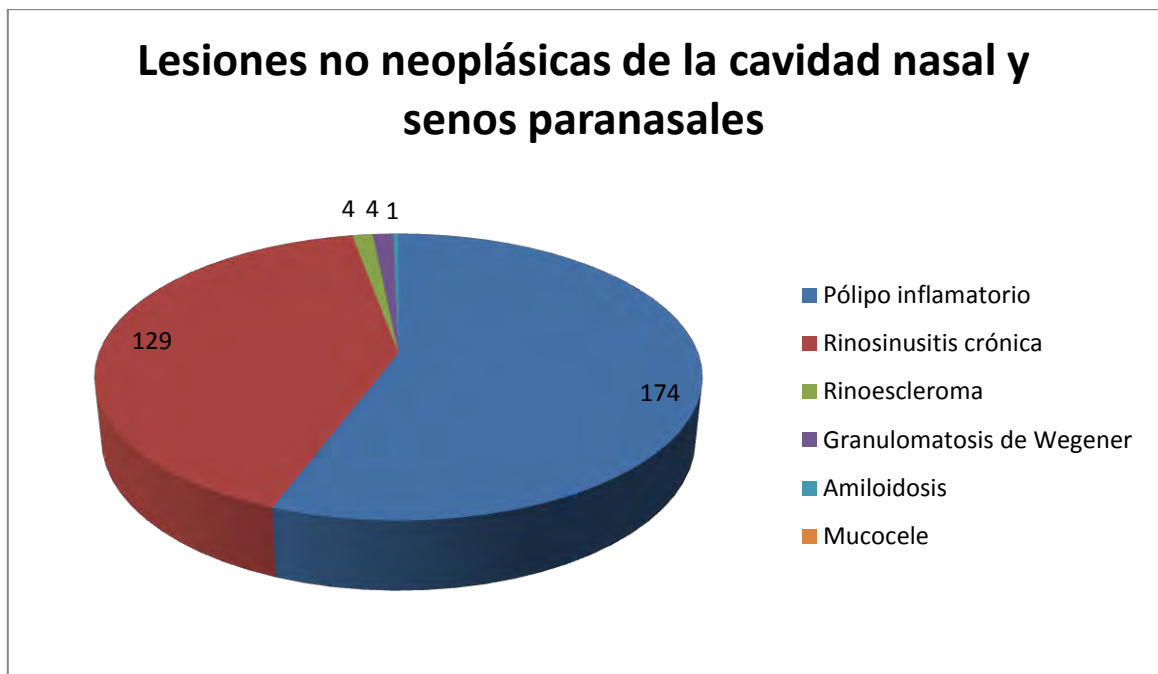


Figura 3. Distribución de frecuencia de las lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales.

La lesión no neoplásica más frecuentemente diagnosticada fue el pólipo inflamatorio con 174 casos que corresponden al 55.5% de todas las lesiones no neoplásicas encontradas, dato que concuerda con la literatura. De ellos se identificaron varios subtipos cuya frecuencia se muestra en la siguiente tabla :

Tipo de pólipo inflamatorio	Numero de casos	Porcentaje
Pólipo inflamatorio (inespecífico)	124	71.2
Pólipo alérgico	49	28.16
Pólipo angiomatoso	1	0.57

Tabla 2. Distribución de frecuencia de los distintos tipos de pólipos inflamatorios.

El rango de edad en el que aparecen estas lesiones es de los 20 a los 60 años, obteniendo como media 45 años. El criterio histológico que distingue a los pólipos inflamatorios es la presencia de abundantes eosinófilos en un estroma edematoso. Por su parte, los vasos sanguíneos ectásicos en el estroma son la marca histológica del pólipo angiomatoso.

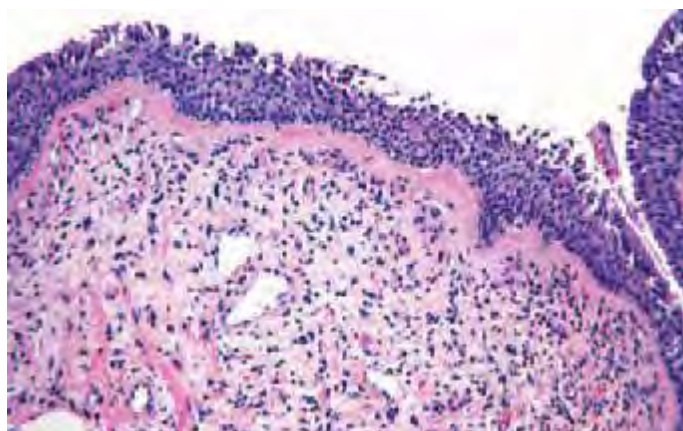


Figura 4. Pólipo inflamatorio de tipo alérgico, con presencia de abundantes eosinófilos en un estroma edematoso.

La rinosinusitis crónica fue la segunda lesión no neoplásica más frecuente en nuestro estudio (129 casos, 41.2%). Histológicamente está caracterizada por la presencia de una membrana basal engrosada así como abundantes células inflamatorias crónicas en la submucosa.

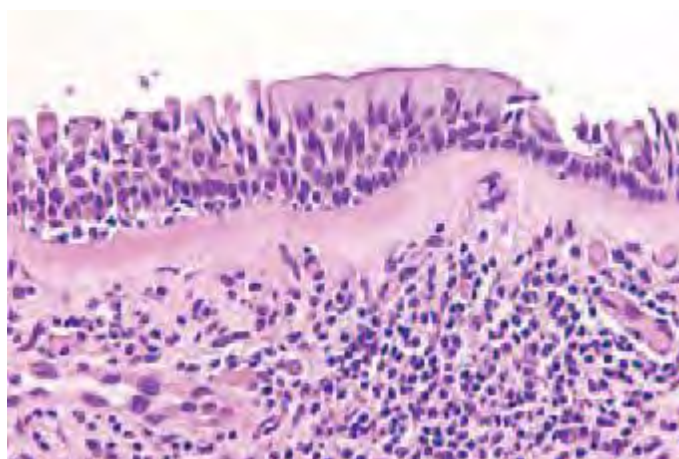


Figura 5. Rinosinusitis crónica, marcada por una membrana basal engrosada y abundantes linfocitos en la submucosa.

En general, la rinosinusitis crónica se diagnostica como inespecífica cuando no se identifica un agente etiológico específico. En nuestro estudio esta entidad fue la más frecuentemente diagnosticada. Sin embargo, existieron casos en los que se identificó el agente causal específico mediante tinciones especiales como Gram para bacterias así como PAS y Grocott para hongos. La distribución de frecuencia de los casos de rinosinusitis crónica se muestra en la siguiente tabla.

Tipo de lesión	Número de casos	Porcentaje
Rinosinusitis crónica inespecífica	92	71.3
Rinosinusitis por bacterias	12	9.3
Rinosinusitis por hongos	25	19.37

En el caso de la lesión anterior, la rinosinusitis crónica bacteriana por cocos gram + se observó en 8 casos (66.6%) mientras que fue causada por *Actinomyces* en 4 casos (33.3%). Por su parte, la rinosinusitis crónica por hongos tuvo mayor variedad en cuanto a su etiología la cual se desglosa en la siguiente gráfica, teniendo en cuenta que el número total de casos por estos microorganismos fue de 25 :

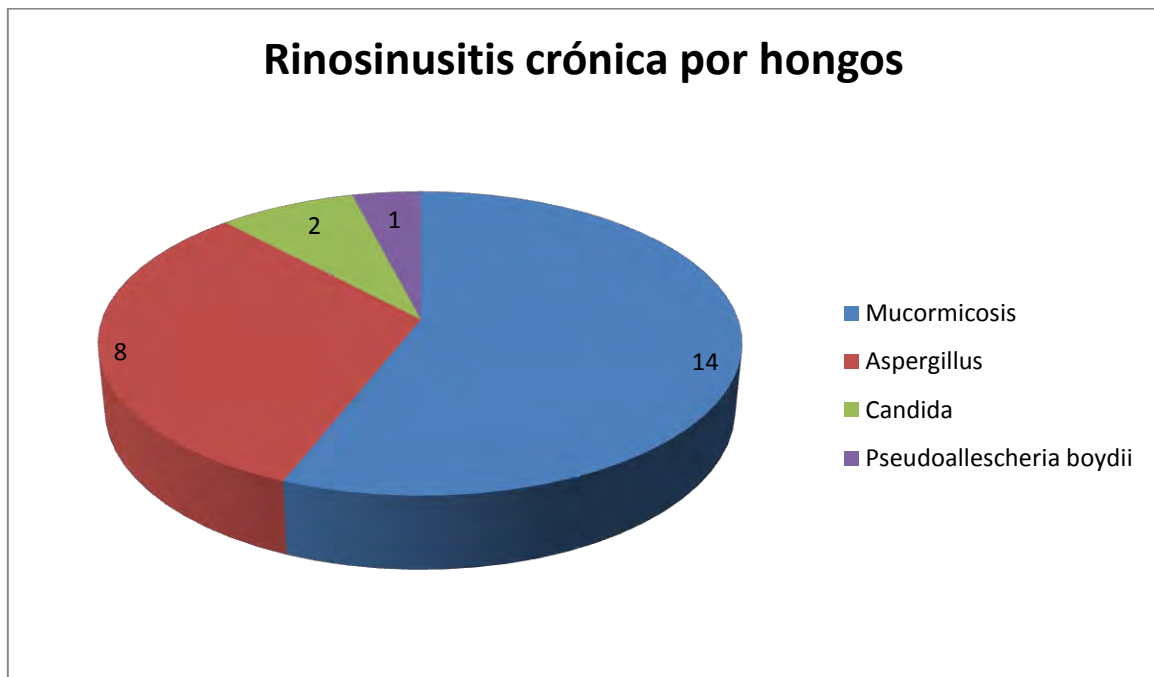


Figura 6. Distribución de frecuencia de rinosinusitis crónica causada por hongos.

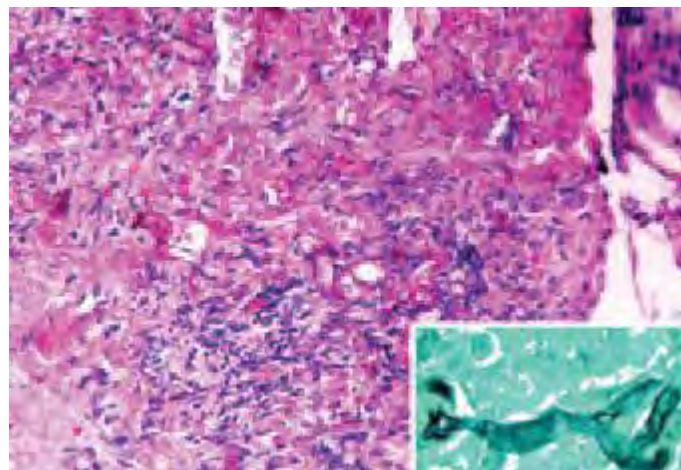


Figura 7. Rinosinusitis crónica por hongos. Se observa marcada necrosis tisular así como abundantes hifas. En el recuadro la tinción de Grocott destaca la pared del hongo.

Se diagnosticaron 4 casos de rinoscleroma (1.2%) los cuales se presentaron en hombres con una media de edad de 50 años. Cabe destacar que todas estas lesiones fueron confirmadas mediante la tinción de Warthin-Starry.

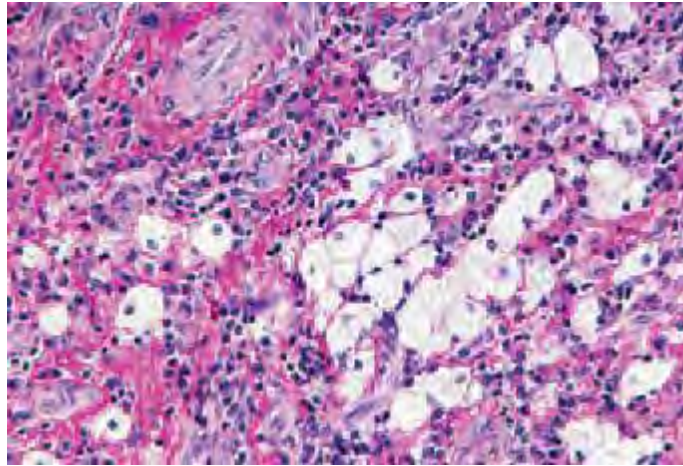


Figura 8. Histiocitos vacuolados llenos de microorganismos (células de Mikulicz) observados en un caso de Rinoscleroma.

La granulomatosis de Wegener se diagnosticó en 4 casos (1.2%), en los cuales la lesión histológica características fuer la vasculitis granulomatosa, la cual fue resaltada mediante una tinción de PAS. En el caso de esta lesión se presentó más frecuentemente en mujeres (3 casos) con una media de edad de 58 años, teniendo en cuenta que el diagnóstico histológico de vasculitis granulomatosa se correlación con aspectos clínicos como la afección renal, así como la existencia de evidencia serológica de la enfermedad.

Finalmente, las lesiones que se diagnosticaron con menos frecuencia fueron un solo caso de amiloidosis (0.31%) en un hombre de 60 años con antecedente de una enfermedad crónica así como un caso de mucocoele (0.31%), una frecuencia muy baja en relación a lo reportado en la literatura.

Conclusiones

Las lesiones de la cavidad nasal y senos paranasales tienen un aspecto macroscópico muy similar entre ellas y es por eso que su diagnóstico preciso es crucial para ofrecer el mejor manejo a los pacientes. Por frecuencia, debemos pensar primero en lesiones no neoplásicas ya que estas son las más comunes y su identificación apropiada evitará la realización de cirugías o tratamientos cruentos para los pacientes.

De estas lesiones, la más frecuente es el pólipos nasal inflamatorio. En la literatura existen diversas clasificaciones de esta lesión, sin embargo, llama la atención que en la práctica cotidiana el diagnóstico se establece como el de una lesión de tipo inespecífico. El único subtipo que se menciona en los reportes es el pólipo alérgico por la abundante presencia de eosinófilos en el estroma así como un solo caso de pólipo angiomatoso. Estas clasificaciones deberán tener un impacto mayor en los patólogos ya que varios de los casos clasificados como inespecíficos cabrían perfectamente en otras categorías morfológicas propuestas aunque hay que mencionar que esta subclasificación no tendría un efecto directo sobre el tratamiento ofrecido.

La segunda lesión más frecuente es la rinosinusitis crónica, siendo la de tipo inespecífico la más frecuente. Cuando se identifica al agente etiológico preciso, el tipo de rinosinusitis crónica más común es el micótico, causado por Mucormicosis y posteriormente por *Aspergillus*. Hay que destacar que en la totalidad de estos casos se trató de pacientes mayores de 60 años con antecedente de diabetes mellitus, dato que coincide con los datos encontrados en la literatura.

En los 5 años revisados se encontraron 4 casos de rinoescleroma y 4 casos de granulomatosis de Wegener, una frecuencia que resulta más alta de la esperada en relación a los datos reportados en la literatura. En el caso de esta última lesión cabe destacar que el diagnóstico histopatológico se limita al de una vasculitis granulomatosa y es vital la comunicación con el clínico para correlacionar la morfología con las manifestaciones clínicas del paciente y la serología.

Se detectó un solo caso de amiloidosis en 5 años en un paciente con antecedente de una enfermedad crónica. La misma frecuencia se reportó para el mucocele, un dato que no concuerda con la literatura ya que en la literatura mundial esta lesión resulta ser mucho más frecuente. Es importante hacer notar que todas estas lesiones no necesariamente ocurren de manera aislada sino que pueden coexistir en un mismo paciente, siendo la asociación más frecuente la de pólipos inflamatorios con rinosinusitis crónica inespecífica.

El patólogo siempre debe tener en mente a las lesiones no neoplásicas de la cavidad nasal y senos paranasales y no dejarse engañar por el aspecto tumoral macroscópico de las lesiones de esta región anatómica. Su diagnóstico correcto permitirá ofrecer un manejo óptimo a nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Zafar U, Khan N, Afroz N. Clinicopathological study of non-neoplastic lesions of nasal cavities and paranasal sinuses. Indian J Pathol Microbiol, 2008; Jan,Mar 51(1):26-9.
- 2.- Ferreira LG, Fernandes AM, Cardoso F. Histological aspects of rhinosinusal polyps. Rev Bras Otorrinolaringol, 2008; 74(2):207-12.
- 3.- Verheij J, Jaspars E. Russell bodies in a skin biopsy : a case report. J Med Case Reports, 2009;3:108.
- 4.- Thompson L, Head and Neck Pathology, Foundations in Diagnostic Pathology, Second edition, September 2012.
- 5.- Agredo F, Cuello G, Burkart W. Rinoescleroma, experiencia de 10 años en el Hospital Universitario del Valle. Acta de Otorrinolaringología CCC. 2009; 37(4):209-13.
- 6.-Rosai J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. Tenth edition, 2011. Pages 291-293.
- 7.- Devaney KO, Travis WD, Hoffman G. Interpretation of head and neck biopsies in Wegener's granulomatosis. Hum Pathol 1991, 22: 107-110.
- 8.- Del Buono EA, Flint A. Diagnostic usefulness of nasal biopsy in Wegener's granulomatosis. Hum Pathol 1991, 22: 107-110.
- 9.- Robson AK, Burge SM, Millard PR. Nasal mucosal involvement in lupus erythematosus. Clin Otolaryngol 1992, 17:341-43.
- 10.- DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos
http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_

