

11236



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

24

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

ASOCIACIÓN ENTRE LOS DIAGNOSTICOS CLINICO E
HISTOPATOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON
NEOFORMACION DE VIAS AEREAS SUPERIORES EN EL
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL
GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA".

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA
P R E S E N T A :
DR. RODOLFO VALENCIA MARTINEZ

ASESOR: DR. MARIO ANTONIO BARRON SOTO

300127



MÉXICO D.F.

FEBRERO 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

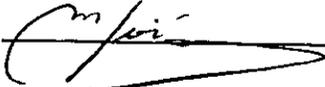
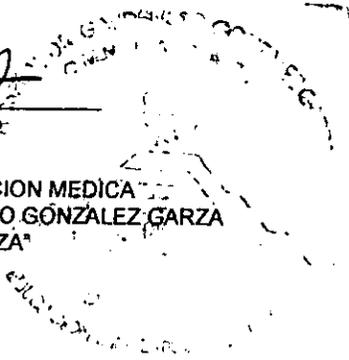
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

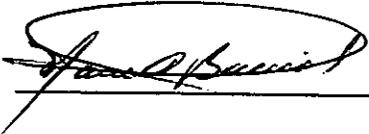
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



DR. JOSE LUIS MATAMOROS TAPIA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"



DR. MARIANO HERNANDEZ GORIBAR
JEFE DE SERVICIO Y PROFESOR TITULAR DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"



DR. MARIO ANTONIO BARRON SOTO
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

DR. SILVIO JURADO HERNANDEZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"



DIVISION DE ESPECIALIZACION
COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
C. N. S.

INDICE

I.	RESUMEN	4
II.	TITULO	5
III.	INTRODUCCIÓN	6
IV.	OBJETIVO	9
V.	MATERIAL Y METODOS	10
VI.	RESULTADOS	11
VII.	DISCUSIÓN	13
VIII.	CONCLUSIONES	16
IX.	TABLAS Y GRAFICOS	17
XI.	BIBLIOGRAFÍA	21

RESUMEN

Título:

Asociación entre los diagnósticos clínico e histopatológico, en pacientes con neoformaciones de vías aéreas superiores, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional "La Raza".

Objetivo:

Identificar la asociación entre los diagnósticos clínico e histopatológico de los pacientes con neoformaciones en vías aéreas superiores, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional "La Raza".

Diseño del estudio:

Observacional, retrospectivo, clínico, transversal, descriptivo.

Material y métodos:

Se identificaron los casos de pacientes sometidos a cirugía (diagnóstica o terapéutica) por neoformación de vías aéreas superiores, en el registro de cirugía del Servicio de Otorrinolaringología que reunieran los criterios de selección, siendo masculino o femenino, de cualquier edad, que cuenten con expedientes el cual cuenta con diagnóstico clínico presuncional establecido por médico Otorrinolaringólogo, y fuese sometido a procedimiento quirúrgico y se haya establecido un diagnóstico histopatológico, en reporte escrito y firmado por médico adscrito al Servicio de Anatomía Patológica; se recabaron los datos de 65 expedientes de éstos pacientes atendidos del 01 de Junio del 2000 al 31 de Mayo del 2001, y se analizaron con medidas de tendencia central y coeficiente de contingencia.

Resultados:

Se revisaron 65 expedientes, resultando 49 hombres y 16 mujeres, con una edad promedio de 49 años. La distribución del dx. clínico e histopatológico: pólipo nasal 11 y 10 casos, pólipo antrocoanal 4 casos para ambos, papiloma nasal invertido 6 casos para cada uno, nasoangiofibroma un caso y 3 para pólipo laríngeo en ambos diagnósticos, en cuanto linfoma no-Hodgkin 7 casos para cada diagnóstico y carcinoma 20 casos para dx clínico y 15 casos para dx. histopatológico. En cuanto al rubro de otros, 15 casos para clínico y 21 para histopatológico.

El dx clínico emitido por el otorrinolaringólogo se asocia al dx, patológico, los resultados fueron: una asociación total para pólipo antrocoanal, nasoangiofibroma, linfoma No-Hodgkin y pólipo laríngeo. El pólipo nasal se asoció en un 90.7%, solo un caso no concordó resultando papiloma nasal invertido. El papiloma nasal invertido, tuvo una asociación del 66.7%, dos casos, reportaron en su dx patológico otro diagnóstico (plasmocitoma nasal y schwannoma nasal). En cuanto al dx. clínico de carcinoma, solo se asoció en un 75%, siendo los no asociados con diagnósticos, TB laríngea, amiloidosis laríngea, metaplasia escamosa, un papiloma y un nódulo laríngeo. Y por último el rubro de otros, la asociación fue del 93.3 %, no asociándose en un caso de granulomatosis de Wegener resultando papiloma nasal invertido, con coeficiente de contingencia de .924 y una significancia de .0005.

Conclusiones:

Con lo anterior podemos concluir que lo médicos de ORL, cuentan con la capacidad y experiencia para poder hacer de la clínica y la interpretación de estudios paraclínicos un arma consistente para emitir diagnósticos clínicos certeros. Y en los casos donde no hubo asociación, se trató de diagnósticos de casos aislados y raros para la especialidad.

TITULO

Asociación entre los diagnósticos clínico e histopatológico en pacientes con neoformaciones de vías aéreas superiores, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional "La Raza".

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta los signos y síntomas que presentan los pacientes con neoformaciones de vías aéreas superiores, el médico otorinolaringólogo suele emitir un diagnóstico presuntivo, sin embargo se apoya en estudios paraclínicos principalmente de imagen (1).

NASOANGIOFIBROMA: tumor benigno, que afecta a hombres, en adolescencia, caracterizada por la triada, obstrucción nasal, masa nasofaríngea y epistaxis (2). El diagnóstico se basa en la clínica y en la tomografía computada con medio de contraste.(1) Actualmente el tratamiento es por resección quirúrgica, existiendo varias técnicas y en los casos inoperables se emplea la radioterapia (1-4).

POLIPO NASAL: son aumentos de volumen de la mucosa nasal, suaves y móviles (5). De etiología idiopática, se relaciona con rinitis alérgica y rinosinusitis crónica. La sintomatología principal se presenta cuando existe obstrucción nasal total. (5) En las imágenes tomográficas se identifican masas de tejido blando con atenuación mucosa, se utilizan para delimitar extensión y planear tx quirúrgico (1). En la actualidad la utilización de los esteroides tópicos se usan para disminuirlos de tamaño previo a la cirugía. (3-5).

POLIPO ANTROCOANAL: es una lesión única benigna de la pared posterior del antro maxilar, en la que la mucosa polipoide se prolapsa a manera de reloj de arena sobre el ostium, para crecer hacia la parte posterior de la nariz (3). Representan 4-5 % de pólipos nasales (1). Suele presentarse en pacientes jóvenes y se relacionan con asma (11). A la exploración, dependiendo del tamaño, si es grande existe un ensanchamiento de la región

infundibular y extrusión a la fosa nasal. Se necesita la tomografía para delimitar la lesión

(1). El tratamiento es quirúrgico (1,3,4)

POLIPO LARINGEO: lesiones benignas de la laringe, surgen en cuerdas vocales (6).

Incidencia mayor en masculinos de 25-30 años (3). Éstos interfieren en la flexibilidad, aproximación y elasticidad y además alteran la periodicidad y sincronía de las cuerdas. El

diagnóstico es clínico y se puede apoyar en una videoestroboscopia para documentación

(7). Histológicamente está formado por un gran eje de tejido conjuntivo o estroma, que

varía entre laxo y mixomatoso o denso. (6-9). El tratamiento es con resección quirúrgica

complementado con terapia de voz (3,7,10).

PAPILOMA NASAL INVERTIDO: lesiones benignas de la pared lateral nasal (12).

Proviene de la transición de la mucosa nasal y la olfatoria. Existen tres tipos a)

fungiformes, b) invertidos y c) células cilíndricas, y el invertido ocupa el 47% de incidencia

(2). La mayor incidencia es en varones de 40-70 años. La sintomatología es obstrucción

nasal epistaxis, anosmia, rinorrea y voz nasal. A la exploración nasal, se observa lesión

rosada a grisácea, firme, bordes regulares, no dolorosa y ocasionalmente sangrante. En

ocasiones se observan calcificaciones dentro de la neoformación. En las características

histopatológicas, la proliferación papilomatosa del epitelio escamoso, en lugar de producir

un crecimiento exófitico, crece hacia la mucosa, es decir en forma invertida (6). Debido a

ello, la cirugía que no elimine mucosa suficiente alrededor de la base de la lesión conduce

a una elevada tasa de recidivas 27-37%. El tratamiento es por resección quirúrgica (12-

13).

LINFOMA NO-HODGKIN: son las neoplasias no epiteliales más comunes de cabeza y

cuello con un 80%, y 2.2.-6.5% representan a cavidad sinonasal. En cuanto al anillo de

Waldeyer, el 51 % es para amígdalas. No existe predilección para sexo y se presenta entre la 5ta y 6ta décadas de la vida. (1,3,14). La sintomatología depende de la localización, en orofaringe se presenta disfagia, en nariz la obstrucción nasal, deformidad nasal y rinorrea es lo clásico. En 100% hay una masa con infiltración a tejidos blandos. Los exámenes de laboratorio demuestran, anemia 17% de los casos (15). La evaluación radiológica con TC, la cual evalúa la extensión del tumor y el diagnóstico definitivo se hace por biopsia (4). El tratamiento puede ser quirúrgico, con radioterapia o quimioterapia o más comúnmente mixto. (3-4,14-16).

CARCINOMA ESPINOCELULAR: es la neoplasia maligna más frecuente de cabeza y cuello (4). Cuando se analiza la distribución en nariz y SPN, el antro maxilar corresponde 25-28%, cavidad nasal 23-35%, etmoides 10% y frontal 1%. Su mayor incidencia es en varones de 6ta -7ma décadas de la vida (3). Son asintomático por largo tiempo, posteriormente presenta obstrucción nasal y a la exploración se presenta una masa irregular, de bordes sucios, frías, por lo cual es determinante su diagnóstico (1,3,17). El tratamiento es quirúrgico y radioterapia coadyuvante, dependiendo del estadio al momento del diagnóstico (3,4,19).

OBJETIVO

Identificar la asociación entre los diagnósticos clínico e histopatológico de los pacientes con neoformaciones en vías aéreas superiores, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional "La Raza".

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, clínico, transversal, observacional y descriptivo en casos de pacientes con diagnósticos de neoformaciones en vías aéreas superiores, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional "La Raza", durante Junio del 2000 a Mayo al 2001, en el cual se recolectaron datos de edad, sexo, tipo de diagnóstico clínico referido por el médico otorrinolaringólogo y diagnóstico histopatológico, anotado por escrito y firmado por el médico del Servicio de Anatomía Patológica.

Se captaron 65 expedientes, que debieron contar con los criterios de selección. Dentro de la distribución se estudiaron 49 masculinos y 16 femeninos, con un rango de edad de 4 a 82 años, con promedio de 49 años. Los datos se analizaron mediante el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión, identificando la asociación con coeficiente de correlación.

RESULTADOS

Se revisaron 65 expedientes de pacientes con neoformación de vías aéreas superiores, 49 (75.4%) masculinos y 16 (24.6%) femeninos. (Gráfica 1) En la distribución por edad: la edad promedio fue de 49 años, con una mediana de 51 y moda de 36. (con un rango de 6 a 82 años y desviación estándar 18.57) (Gráfica 2)

Dentro de la distribución de diagnósticos clínicos, encontramos: pólipos nasal 16.9% (11 casos), pólipo antrocoanal 6.2% (4 casos), papiloma nasal invertido 9.2% (6 casos), nasofibroangioma 1.5% (un caso), pólipo laríngeo 4.6% (3 casos), linfoma no-Hodgkin 7.7% (5 casos), carcinoma 30.8% (20 casos) y otros 23.1%, dentro de los cuales están: nódulo laríngeo (2 casos), papiloma laríngeo (7 casos), sarcoma, quiste nasopalatino, granuloma piógeno, nódulo laríngeo, hemangioma capilar, granuloma laríngeo con un caso cada uno. (Gráfica 3)

En cuanto a la distribución de los diagnósticos histopatológicos, observamos pólipo nasal 15.4% (10 casos), pólipo antrocoanal 6.2% (4 casos), papiloma nasal invertido 9.2% (6 casos), nasofibroangioma 1.5% (1 caso), pólipo laríngeo 4.6% (3 casos), linfoma no-Hodgkin 7.7% (5 casos), carcinoma 23.1% (15 casos) y otros 32.3% (21 casos) y dentro de este rubro encontramos, nódulo laríngeo (4 casos), papiloma laríngeo (7 casos), sarcoma, quiste nasopalatino, granuloma piógeno, nódulo laríngeo, amiloidosis laríngea, hemangioma capilar, schwannoma nasal, plasmocitoma nasal, metaplasia escamosa, tuberculosis laríngea y granuloma laríngeo con un caso. (Gráfica 4)

El diagnóstico clínico emitido por el médico otorrinolaringólogo, se asoció con el diagnóstico histopatológico en cada caso, considerado como estándar de oro, y se observó lo siguiente: Los diagnósticos de pólipo antrocoanal, nasoangiofibroma, linfoma no-Hodgkin, y pólipo laríngeo se asociaron en todos los casos.

El pólipo nasal, tuvo una asociación del 90.7%, sin embargo se dio un diagnóstico clínico de pólipo nasal, de cuyo resultado histopatológico fue papiloma nasal invertido.

En cuanto al papiloma nasal invertido, la asociación encontrada fue del 66.7%, dando en 2 casos este diagnóstico clínico, siendo otro los diagnósticos emitidos por patología..

El diagnóstico clínico de carcinoma tuvo una asociación de 75%, siendo el resto (5 casos), otro el diagnóstico otorgado por patología.

Dentro del rubro de otros diagnósticos clínicos, la asociación encontrada fue de 93.3%, sin embargo se dio el diagnóstico de otro (granulomatosis de Wegener) siendo el diagnóstico definitivo, un papiloma nasal invertido. (Gráfica 5 y Tabla 1)

DISCUSIÓN

La distribución por sexo en pacientes con neoformaciones de vías aéreas superiores en este estudio, fue 3:1 hombre:mujer, la cual corresponde a lo descrito en la literatura (Gráfica 1) En cuanto a la edad, encontramos una gráfica con curva bimodal, encontrando dos picos uno entre los 25-35 años que correspondieron a patología benigna y otro entre los 60-70 años, donde se distribuyeron la gran mayoría de la patología maligna (Gráfica 2)

En cuanto a las neoformaciones benignas, el angiofibroma con un caso, se presentó en masculino de 17 años que corresponde a lo referido en la literatura (2) Los pólipos nasales con 11 casos para dx. clínico y 10 casos para dx. histopatológico; pólipos antrocoanales tuvo 4 casos para cada uno de los diagnósticos y los pólipos laríngeos con 3 casos para cada tipo de diagnóstico; sin embargo no se presenta una incidencia definida, pero en nuestro estudio cabe referir sin ser nuestro propósito analizarlo, que hubo relación de estas patologías con rinitis alérgica y exposición a irritantes y en el caso de laringe, con trauma laríngeo. El papiloma nasal invertido, se presentó en 6 casos para dx clínico y un número igual para dx. patológico, el 100% en hombres entre la 5ta y 6ta décadas de la vida, similar a lo discutido en literatura (1).

Para las neoformaciones malignas, el linfoma no-Hodgkin tuvo una incidencia de 5 casos, siendo dos de ellos de amígdala y 3 de nariz, todos en entre la 4ta y 8va décadas de la vida, en comparación con la literatura, ésta solo reporta un 2% de esta neoformación para nariz y SPN (14), sin embargo tomando en cuenta, que el estudio se realizó en un centro de concentración, es de esperarse que esta cifra se eleve, ya que los hospitales a los cuales se apoya, en cuanto observan algo atípico en una lesión de vías

aéreas superiores, refieren al paciente a este hospital. En cuanto al diagnóstico de carcinoma, 20 casos fueron para el clínico y 15 para el histopatológico, La edad de todos los pacientes es a partir de la 6ta década de la vida; una vez más nuestra incidencia no corresponde a la descrita en la literatura, sin embargo se toman en cuenta los mismos puntos referidos para la patología anterior.

Dentro del rubro de otros diagnósticos, se encontró con 15 casos de impresión diagnóstica clínica y 21 para diagnóstico histopatológico. Aquí se agruparon padecimientos menos frecuentes y raros tanto para la literatura como para nuestro Servicio.(Gráfica 3)

La asociación que se obtuvo entre los diagnósticos, fue para dx. clínico de pólipo nasal de 90.9%, un solo caso resultó ser papiloma nasal invertido por reporte de patología, solo que tomando en cuenta que el diagnóstico de ambos se basa en la clínica y físicamente presentan gran semejanza a la exploración y por imagen, es uno de los diagnósticos diferenciales a considerar. El pólipo antrocoanal y el pólipo laríngeo tuvieron una asociación del 100%, ya que teniendo una adecuada historia clínica y exploración física además en el caso de pólipo antrocoanal en apoyo de una tomografía computada, los diagnósticos son clínicos. En cuanto al papiloma nasal invertido, se presentó una asociación del 66.7%, en 2 de los 6 casos etiquetados clínicamente con este diagnósticos, uno resultó con diagnóstico histopatológico de plasmocitoma nasal y otro más con schwannoma nasal, dada la rareza de ambas patologías no es común pensar en ellas de primera intención, por ejemplo en plasmocitoma se presenta en el 3 % de las neoformaciones nasales (1) y por su parte el schwannoma solo se hayan reportados 65 casos en la literatura (1).

Las neoformaciones malignas presentadas, iniciando con el linfoma no-Hodgkin el cual tuvo una asociación entre diagnósticos del 100%, esto es como ya se comentó, al ser

un hospital de concentración y recibir pacientes referidos de hospitales de segundo nivel en los cuales puede que no se llegue al diagnóstico de primera instancia hacen el envío como probable neoformación maligna y además dada la experiencia de los médicos adscritos, en diferenciar patologías malignas de benignas, se logra un diagnóstico acertado, esto es apoyándose en la clínica y estudio más utilizado que es la tomografía computada (1,3). En cuanto al carcinoma, se encontraron 20 casos para la clínica teniendo una asociación con solo 15 casos; los 5 restantes fueron: amiloidosis laríngea, el cual se presentó en un masculino de 7ma. década y la rareza de ésta patología no se logró la asociación; un caso de tuberculosis laríngea, que aunque siendo en paciente de la 3ra. década, presentaba signos de desgaste aunado a las características atípicas de la lesión y la rareza de la enfermedad se pensó en carcinoma; otro más resultó metaplasia escamosa, la cual tiene relación estrecha con el carcinoma pero el tratamiento es expectante; los dos últimos resultaron un papiloma laríngeo y un nódulo laríngeo, solo que la presencia de ambas patologías en masculinos de la 6ta década, se piensa de primera intención en una patología maligna.

Por último, en el rubro de otros se obtuvo una asociación del 93.3%, siendo las siguientes patologías las encontradas: un caso de sarcoma, en un paciente con SIDA; un quiste nasopalatino; un granuloma laríngeo en un paciente con intubación orotraqueal prolongada; otro más con granuloma piógeno en un paciente de corta evolución, malos hábitos higiénicos y que se provocaba trauma nasal manual; dos casos de nódulos laríngeos, en pacientes con antecedentes de abuso de voz y siete casos de papilomatosis laríngea de los cuales uno resultó ser nódulo laríngeo. Como podemos corroborar, habiendo hecho la historia clínica adecuada, nos encontramos en la mayor parte de los casos, antecedentes que nos hicieron sospechar en un diagnóstico clínico que fue certero. (Tabla 1, Grafica 5)

CONCLUSIONES

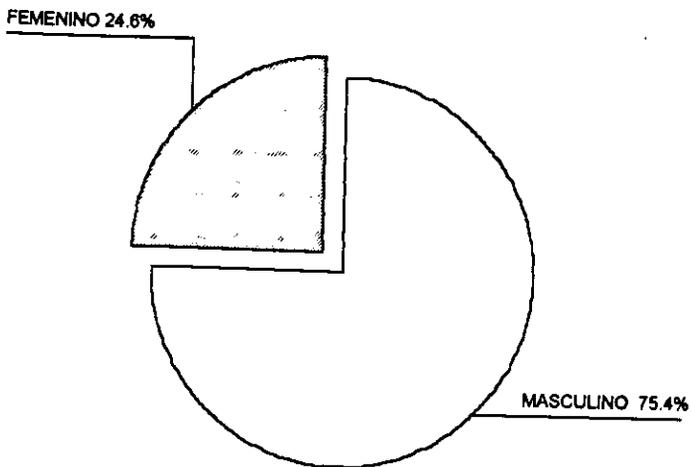
La asociación de los impresiones diagnósticas de los médicos del Servicio de Otorrinolaringología y los diagnósticos histopatológicos reportados por los médicos del Servicio de Anatomía Patológica, de las neoformaciones de vías aéreas superiores en pacientes atendidos y con realización de biopsia en el Servicio de ORL del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional " La Raza", es alta, con un coeficiente de contingencia de .924. y una significancia de .0005.

Los casos en los que no se logró la asociación fueron por 2 causas principales:1) la semejanza en la presentación clínica de las patologías y 2) la presencia de casos aislados de patologías poco frecuentes, sin embargo al haberse pensado en una neoformación maligna, se realizó en protocolo de estudio como tal, lo cual aceleró el diagnóstico y aunque el resultado haya sido reportado como benigno, lo realizado fue en beneficio del paciente.

Con esto podemos concluir que los médicos otorrinolaringólogos, cuentan con la capacidad y experiencia para poder hacer de la clínica y de la interpretación de estudios paraclínicos un arma consistente para dar impresiones diagnósticas certeras.

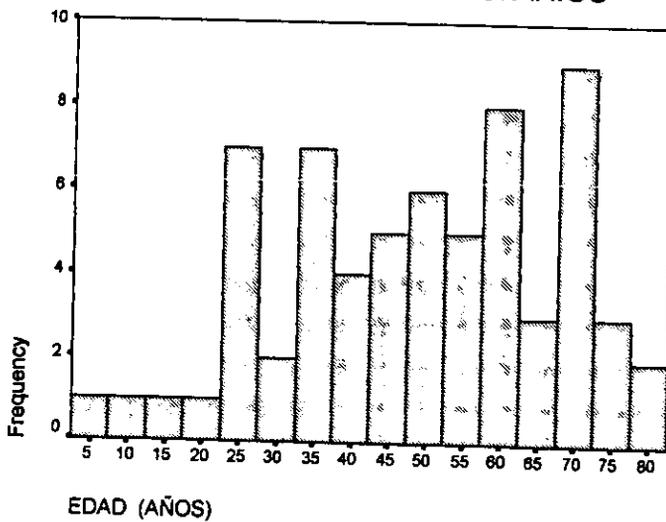
GRAFICA 1.

FRECUENCIA POR SEXO



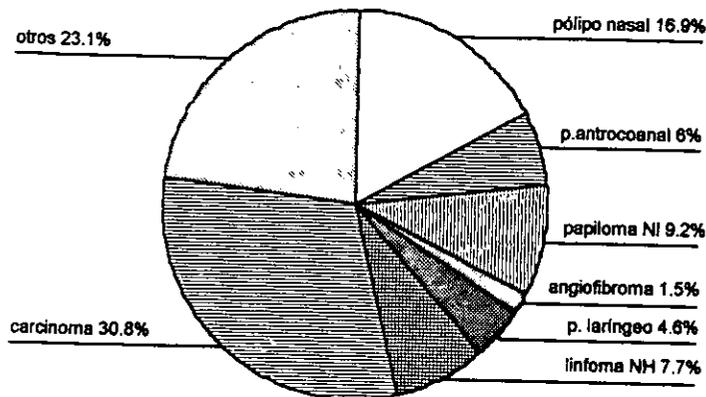
GRAFICA 2.

FRECUENCIA DE GRUPOS ETARIOS



GRAFICA 3.

FRECUENCIA DX. CLINICO



GRAFICA 4.

FRECUENCIA DX. HISTOPATOLOGICO

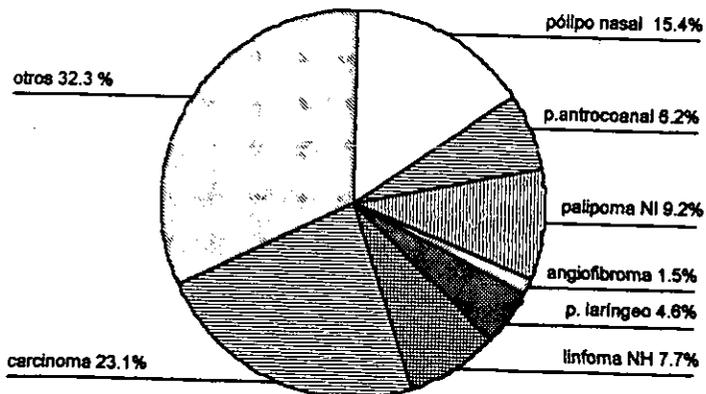


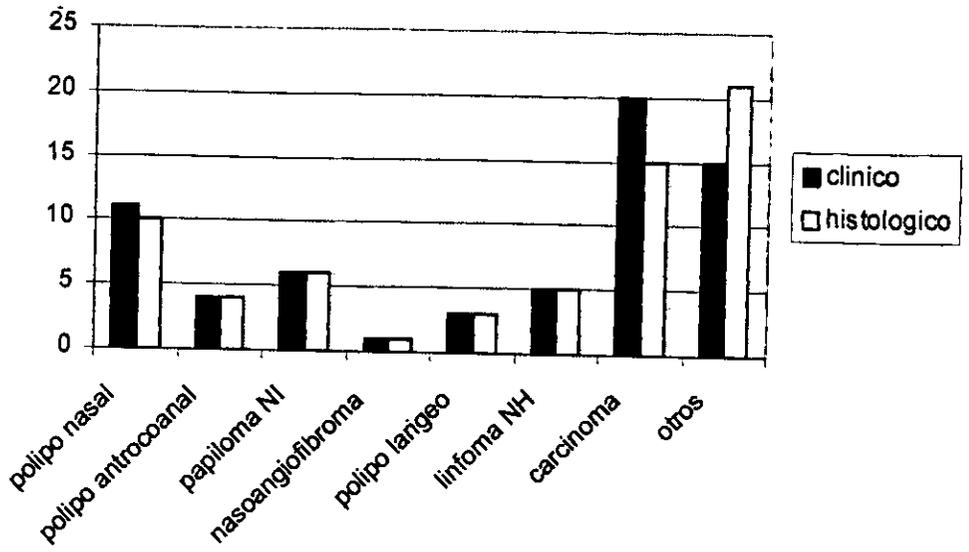
TABLA 1

ASOCIACION ENTRE DIAGNOSTICOS CLINICO E HISTOPATOLOGICO

DX CLINICO			DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO							Total
			Pólipo Nasal	Pólipo antrocoanal	Papiloma Nf	nasoangiofibroma	Pólipo laríngeo	Linfoma NH	Carcinoma	
Polipo nasal	No. Casos	10			1					11
	% clinico	90.90%		9.10%						100%
	% histopat	100%		16.70%						16.90%
	% del total	15.40%		1.50%						16.9
Pólipo antrocoanal	No. Casos		4							4
	% clinico		100%							100%
	% histopat		100%							6.2
	% del total		6.20%							6.2
Papiloma NI	No. Casos			4					2	6
	% clinico			66.70%					33.30%	100%
	% histopat			66.70%					9.50%	9.20%
	% del total			6.20%				3.10%		9.20%
Nasoangiofibroma	No. Casos				1					1
	% clinico				100%					100%
	% histopat				100%					1.50%
	% del total				1.50%					1.50%
Pólipo laríngeo	No. Casos					3				3
	% clinico					100%				100%
	% histopat					100%				4.60%
	% del total					4.60%				4.60%
Linfoma NH	No. Casos						5			5
	% clinico						100%			100%
	% histopat						100%			7.70%
	% del total						7.70%			7.70%
Carcinoma	No. Casos							15	5	20
	% clinico							75%	25%	100%
	% histopat							100%	23.80%	38.80%
	% del total							23.10%	7.70%	30.80%
Otros	No. Casos			1					14	15
	% clinico			6.70%					93.30%	100%
	% histopat			16.70%					66.70%	23.10%
	% del total			1.50%					21.50%	23.10%
Total	No. Casos	10	4	6	1	3	5	15	21	65
	% clinico	15.40%	6.20%	9.20%	1.50%	4.60%	7.70%	23.10%	32.30%	100%
	% histopat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	15.40%	6.20%	9.20%	1.50%	4.60%	7.70%	23.10%	32.30%	100%

ESTE TEXTO NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA 5.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Som P. Radiología de cabeza y cuello. 2da ed. Edit. Mosby, Madrid Esp 1995.
- 2.- Bremer W, Neel B. Angiofibroma: treatment trends in 150 patients during 40 years. Laryngoscope 1986; 96:1321.
- 3.- Bailey B. Head and Neck surgery, Otolaryngology. 2da ed. JB Lippincott Company. Philadelphia USA; 1993; II
- 4.- Paparella M. Otorrinolaringología. 3ra ed. Edit Panamericana Buenos Aires Arg. 1991.
- 5.- Diamantopouls I, Jones N. All nasal polyps need histological examination: an audit-based appraisal of clinical practice. J of laryngology otology 2000;114:755.
- 6.- Robbins. Patología estructural y funcional. 4ta ed. Edit Interamericana. Madrid Esp. 1990; II
- 7.- Shohet J, Courvey M, Scott M. Value of video-estoboscopia parametes in differentiating true vocal fold cysts from polyps. Laryngoscope 1996;106:19.
- 8.- Pérez T. Principios de patología. 3ra ed. Edit Panamericana México DF 1990.
- 9.- Cupic H, Kruslin B. Epithelial hiperplastic lesions of the larinx in biopsy specimens. Acta otolaryngol 1997; suppl 527:103.
- 10.- Levy F MD, Jiang J. Giant vocal polyp masquerading as asthma. Ear nose and throat 1990;72:587.
- 11.- Cook P MD, Davis W MD. Antrochoanal polyposis. A review of 33 cases. Ear nose and throat 1993;72:401.
- 12.- Kelly J MD, Joseph M MD. Inverted papilloma of the nasal septum. Arch otolaryngol 1980;106:767.

- 13.- Krouse J MD. Development of a staging system for inverted papilloma. *Laryngoscope* 2000;110:965.
- 14.- Robbins T, Fuller L. Primary lymphoma of the nasal cavity an paranasal sinusies. *Cancer* 1985;56:814.
- 15.- Saul S MD, Kapadia S MD. Primary lymphoma of Waldeyer's ring. *Cancer* 1985;56:157.