

11236

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA ⁵⁹
DE MEXICO



INCIDENCIA DE TUMORACIONES NASALES EN EL SERVICIO
DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MEXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGIA

P R E S E N T A :

DRA. MAYRA ITZEL ROBLES GARAY

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

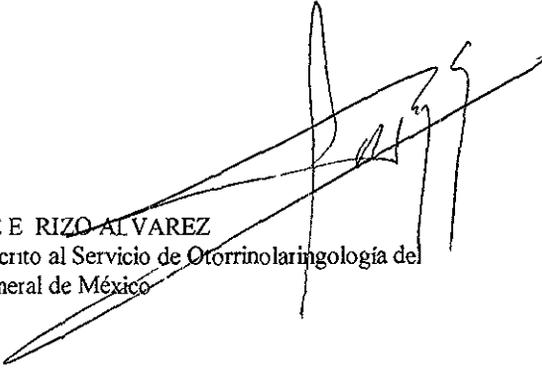
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

“ INCIDENCIA DE TUMORACIONES NASALES EN EL
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO “

ASESORES DE TESIS



DR. JORGE E. RIZO ALVAREZ
Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del
Hospital General de México



DR. ROGELIO CHAVOLLA MAGAÑA
Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México
Profesor Titular del Curso de Posgrado de Otorrinolaringología



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M.

400/01

DEDICATORIAS

A Dios, por ser siempre mi luz

A Jorge, por su amor, apoyo y comprensión en todo momento

A mis padres, por su apoyo incondicional

A mis hermanos, por su confianza

Al chaparro, por alegrar mi vida

A mis maestros, por todos sus conocimientos compartidos

ÍNDICE

- I INTRODUCCIÓN
- II JUSTIFICACIÓN
- III OBJETIVO
- IV MATERIAL Y MÉTODO
- V ANÁLISIS ESTADÍSTICO
- VI CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION
- VII RESULTADOS
- VIII DISCUSION
- IX CONCLUSIÓN
- X ANEXO 1 TABLAS
- XI ANEXO 2 GRAFICAS
- XII BIBLIOGRAFIA

5

I. INTRODUCCION

La cavidad nasal y los senos paranasales forman una estructura intercomunicante ininterrumpida. Representan una porción de conducción del tracto respiratorio, modificada para establecer mayor contacto con el aire ambiental.

La piel de la nariz se continua en las narinas hasta la primera porción de la cavidad nasal que es el vestíbulo. En ésta área existen las vibrisas, con un aparato pilosebáceo similar al de la piel. Dentro del vestíbulo, a variable distancia del exterior, existe una transición abrupta del epitelio pavimentoso estratificado a un epitelio columnar ciliado, pseudoestratificado y mucosecretor que reviste el resto del espacio. A veces este epitelio se modifica a estratificado de tipo pavimentoso en unos pocos sitios donde el aire del exterior incide sobre una superficie expuesta, como en los extremos inferiores de los cornetes. En el epitelio respiratorio son frecuentes las células caliciformes. Una parte integrante de la mucosa es el manto continuo de moco aplicado en su superficie que es propulsado por cilios pulsátiles.

La mucosa está separada de la submucosa por una lámina basal bien definida. La submucosa de la cavidad nasal es relativamente gruesa y contiene numerosos conductos venosos grandes, en particular sobre los cornetes. Aunque estos conductos guardan cierta semejanza con el tejido eréctil, sus tabiques carecen de músculo liso. La submucosa contiene glándulas muciparas y serosas mixtas que desembocan directamente en la superficie.

La porción posterior de los espacios nasales muchas veces presenta aglomeraciones de tejido linfático en la submucosa, las cuales pueden contener folículos linfoides bien formados. En estas áreas se encuentran linfocitos y otras células inflamatorias dentro de la mucosa misma, que al parecer migraron desde centros germinativos o vasos más profundos.

En el vértice de la cavidad nasal el epitelio superficial se modifica para la olfacción. En esta área olfatoria la mucosa no es rosada sino de color pardo amarillento. Esta área corre desde el techo unos 8 a 10 mm a cada lado del septum nasal y cubre al cornete superior. El área olfatoria contiene en total 5 cm² de mucosa. En esta área el epitelio pseudoestratificado mide 60 μ de espesor. Existen unas células de sostén altas y estrechas que exhiben unas largas microvellosidades en la superficie. Las células basales cónicas forman una capa entre las inserciones de las células de sostén en la membrana basal.

Las células sensoriales olfatorias de la mucosa son neuronas bipolares modificadas cuyos núcleos están debajo de los de las células de sostén. La dendrita se proyecta en la superficie, donde se prolonga como vesícula olfatoria. De esta vesícula parten largos cilios inmóviles que están sepultados en la capa del moco superficial. De la base de la célula olfatoria parte el axón, que se introduce en la lámina propia como fibra del nervio olfatorio. Estas fibras se congregan en aprox. 20 fascículos que atraviesan la lámina cribosa del etmoides. En la profundidad del epitelio olfatorio hay una fina lámina propia que se continúa con el perostio. Aquí los vasos sanguíneos y linfáticos se comunican con los de la aracnoides siguiendo las vainas del nervio olfatorio. (1)

Lo anterior es importante para entender la gran variedad de neoplasias que se pueden originar en la región nasal, y comprender que sólo el estudio histopatológico nos dará el diagnóstico definitivo de determinada lesión

Debido a que los tumores nasales involucran la compleja anatomía de la porción media facial es importante conocer como su anatomía y sus características patológicas están relacionadas al comportamiento biológico de estos tumores. De hecho, el tratamiento de las neoplasias de la cavidad nasal no puede ser planeado basado en lo que se hace en otras partes del cuerpo. Asimismo, el médico que trata estos tumores debe entender el impacto emocional sobre el paciente debido a tal crecimiento en esta área. Algunos autores mencionan que los tumores nasales son raros, y mencionan que en Estados Unidos la incidencia de tumores nasales es menos de 1 caso en 100,000 personas por año. En Japón y Uganda el rango es más del doble que esto. Reportes de grandes series de tumores nasales son más comunes en el Reino Unido que en Estados Unidos. Roush ha estimado que más del 80% de todos los tumores malignos en humanos están relacionados a causas ambientales. Probablemente ésta estimación sea alta, pero efectivamente algunos de los tumores de la nariz y senos paranasales están relacionados a factores ambientales (por ejemplo, exposición al níquel, a hidrocarburos, a gas mostaza, carpinteros; etc) (2)

Las neoplasias del tracto sinonasal representan menos del 1% de todos los tumores malignos y aproximadamente 3% de los tumores malignos del aparato respiratorio superior. Existe una distribución hombre:mujer de 2:1. Los tumores primarios que involucran la nariz y/o los senos paranasales generalmente se dividen en benignos/malignos y en epiteliales/no epiteliales, siendo los epiteliales por mucho los más comunes. La mayoría

(80%) de los tumores malignos son carcinomas de células escamosas, de los cuales el sitio de origen es en seno maxilar en 50-70% seguido de la cavidad nasal en 15 a 30% (3)

Varios autores coinciden al mencionar que el carcinoma de células escamosas es el tumor maligno más común de la nariz. Existen otras neoplasias malignas raras como adenocarcinomas (comprenden menos del 10% de los tumores malignos), sarcomas, melanoma maligno, esteseoneuroblastoma olfatorio, y menos frecuente aun el hemangiopericitoma (sólo han sido reportados menos de 20 casos involucrando la cavidad nasal). Los tumores benignos de la nariz son raros en comparación con los crecimientos malignos. En orden decreciente de frecuencia, los tumores benignos son, osteoma, hemangioma, papiloma y angiofibroma. (2)

Para otros autores los tumores malignos de la cavidad nasal se reportan más comúnmente en Caucásicos, con una relación cuando se compara con negros que varía desde 1:1 hasta 15:1. Estos tumores se encuentran más frecuentemente durante la 5ª y la 7ª décadas de la vida. La exposición a vapores o gases industriales y a madera se ha asociado con un incremento en la incidencia de ciertos tipos de tumores malignos nasales. (4)

TUMORES EPITELIALES BENIGNOS

POLIPO NASAL Según algunos autores es el tumor benigno más común en la nariz. La relación de hombre:mujer es 2:1, pero si el asma está presente la relación es 1:1. Usualmente se originan en la pared lateral nasal / meato medio. Generalmente son bilaterales, si se presentan en forma unilateral hay que considerar en el diagnóstico

diferencial al papiloma nasal invertido, glioma, encefalocele u otra lesión. Los polipos son raros en la infancia. Usualmente se presentan en adultos con una edad promedio de 20 años sin predilección de sexo. La causa es desconocida, sin embargo, la fibrosis quística y la alergia han sido asociadas con poliposis nasal, así como el uso de aspirina y otros AINES, y con sinusitis crónica. Los polipos ocurren en aproximadamente la mitad de pacientes intolerantes a la aspirina, y aproximadamente en un tercio de pacientes con polipos tiene asma. El tejido polipoide contiene todos los elementos celulares y químicos encontrados en la mucosa respiratoria normal. El exudado inflamatorio en la nariz a menudo contiene eosinófilos, y éste hallazgo es sugestivo de un fondo alérgico. Se cree que el edema dentro de la mucosa debido a inflamación rompe el epitelio y después la lamina propia se prolapsa hacia la luz de la cavidad (3,5)

Sin embargo, para otros autores, los polipos nasales no son una neoplasia verdadera, sino una acumulación focal de líquido de edema acompañada de hiperplasia del tejido conectivo submucoso y un infiltrado inflamatorio variable de eosinófilos, células plasmáticas y linfocitos. Por ello consideran que su carácter no es neoplásico sino inflamatorio (6)

POLIPO ANTROCOANAL / COANAL Representa aproximadamente 4% a 6% de todos los polipos nasales en la población general. Éste muestra una mayor prevalencia en la población pediátrica. Generalmente es unilateral y más común en hombres que en mujeres. Para algunos autores histológicamente difieren de los polipos nasales más comunes en que no hay eosinofilia, aunque macroscópicamente no hay diferencia. Sin embargo, otros autores lo relacionan con historia de rinitis alérgica en aproximadamente 50% de los casos. El polipo antrocoanal es un polipo que se origina de mucosa edematosa e inflamada del

seno maxilar; el polipo se hernia a través del ostium verdadero del seno maxilar o de un ostium accesorio dentro del meato medio. Este puede extenderse a lo largo del piso de la nariz hacia el interior de la nasofaringe. Aunque el polipo fue originalmente descrito como surgido de la pared lateral nasal, se han descritos polipos coanales originados de varios sitios anatómicos en donde la mucosa es delgada y delicada y a la menor perturbación ocasiona que se vuelva edematosa y polipoidea (7 8 9)

PAPILOMA NASAL INVERTIDO También llamado papiloma Schneideriano, debido a que surge de la membrana schneideriana de la nariz. Son tumores raros, que constituyen de 0.5% a 4% de todos los tumores nasales, y surgen del epitelio de la pared lateral nasal extendiéndose por contiguidad hacia los senos paranasales. Muestran un patrón de crecimiento endofítico hacia el estroma de tejido conectivo subyacente; asimismo presentan un riesgo de recurrencia que varía (de acuerdo a varios autores) del 30% al 70%, y un riesgo de transformación maligna (carcinoma de células escamosas) en promedio de 10% a 15%. Se menciona que el riesgo de recurrencia está relacionado con la técnica quirúrgica utilizada para la resección del tumor así como por subestimar la extensión de la lesión. Estos tumores se consideran lesiones de mal pronóstico además por su tendencia a la multicentricidad y debido a que son localmente agresivos pudiendo causar destrucción ósea por erosión. Ocurren en todos los grupos de edad pero con una mayor incidencia de la 5ª a la 7ª décadas de la vida y con un predominio en hombres. La mayoría de los casos se trata de lesiones unilaterales (10 11 12 13 14 15 16 17)

ADENOMAS Son más comunes en el septum nasal, lo cual es interesante si se considera el hecho de que la mayoría de las glándulas salivales menores están localizadas en la pared

lateral nasal La mayoría se presentan durante la 4ª a la 7ª década de la vida, con una distribución igual en relación al sexo El riesgo de recurrencia es bajo después de una resección completa (aprox 10%) (4)

SIRINGOMA Los tumores anexiales son neoplasias habitualmente benignas que se originan de anexos cutáneos o se diferencian hacia este tipo de estructuras Es probable que procedan de células epiteliales pluripotenciales capaces de una diferenciación pilosebácea, ecrina o apocrina Dentro de las tumoraciones anexiales se encuentra el siringoma El siringoma es un tumor derivado probablemente de la porción intraepidérmica del conducto ecrino Las lesiones aparecen en la pubertad o más tarde La imagen histológica muestra numerosas formaciones ductales y quistes rellenos de queratina en un estroma fibroso (6)

TUMORES NO EPITELIALES BENIGNOS

ANGIOFIBROMA JUVENIL NASOFARINGEO Es un tumor altamente vascularizado que ocurre casi exclusivamente en varones adolescentes Corresponde al 0.5% de todos los tumores de cabeza y cuello según el reporte de algunos autores americanos Se menciona que es un tumor raro en Estados Unidos y Europa, siendo más común en países orientales y en México En nuestro país existen estadísticas realizadas en el Hospital General de México en donde se estiman de 10-11 casos de angiofibromas por año Aunque histológicamente es un tumor benigno originado en la nasofaringe (pared posterolateral), tienen un patrón característico de crecimiento localmente agresivo y una tendencia de invasión hacia la base del cráneo o intracranealmente, ya que crece y se extiende a través de los forámenes y fisuras naturales Usualmente no invade hueso, pero puede erosionarlo por

presión Histológicamente está constituido por vasos sostenidos por un estroma conjuntivo; el estroma está constituido por una matriz fibrosa, células estromales (fibroblastos, células musculares lisas y mastocitos en forma de estrella) y células epiteliales indiferenciadas, la pared muscular de los vasos se limita a un endotelio plano sin dispositivos de autorregulación, así como también existen lagunas vasculares sin pared propia limitados unicamente por una delgada capa epitelial por lo que su ausencia de contractilidad explica el carácter extremadamente hemorrágico de dichos tumores. En relación a la etiopatogenia aún existe controversia y se mencionan varias teorías. La teoría congénita según la cual la génesis embrionaria de estos tumores se haya a nivel de la membrana bucofaringea, que es el límite entre el estomodeo de procedencia ectodérmica y el endodermo de las vías digestivas, siendo posible para la masa tumoral tener un origen, pericóndrico, perióstico, aponeurótico, de restos del canal craneofaríngeo ó de células no cromafines. La teoría inflamatoria se fundamenta en la presencia de factores irritativos crónicos entre los que se agrupan cuadros de sinusitis crónica, cuadros de alergia o simplemente adenoiditis recidivante que, en cualquiera de los casos, estimulan la actividad perióstica dando lugar al desarrollo tumoral. Otra teoría es la que supone un origen hormonal ya que el hecho de que se desarrolle en la pubertad y con exclusividad en el sexo masculino ha hecho pensar que se deba a un desequilibrio hormonal estro-androgénico, sin embargo aún no existen estudios convincentes para esta teoría. También existen autores que invocan una disfunción hipofisaria provocada por un tejido ectópico muy vascularizado encontrado en el periostio nasofaríngeo que da lugar a un significativo estímulo conjuntivo a este nivel. Finalmente, la teoría molecular la cual sugiere la presencia de una proteína básica como factor de crecimiento fibroblástico que estimula la angiogénesis, y que su modificación permitiría un tratamiento con bases biológicas. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de

elección, aunque debido a que la irrigación proviene de ambos sistemas carotídeos (externa e interna), se recomienda la embolización prequirúrgica del tumor para disminuir el sangrado transoperatorio. Existen otras alternativas de tratamiento como la hormonoterapia, radioterapia y / o quimioterapia, todas con ventajas y desventajas así como con éxito variable (18 19 20 21 22 23 24 25 26 27)

FIBROMA Muchos tipos de células mesenquimales (macrófagos, células endoteliales, células mesoteliales, células de Schwann y otras) pueden diferenciarse en fibroblastos. Habiendo tanta abundancia de estas células y de fibroblastos por todo el cuerpo sorprende que los fibromas sean neoplasias poco frecuentes. Estas neoplasias se componen de fibroblastos fusiformes característicos, firmemente empaquetados con escaso colágeno o separados por abundante colágeno. Su crecimiento es generalmente lento (6)

CONDROMA Se desarrollan con mayor frecuencia en los límites entre el etmoides y el seno frontal y la parte anterior del septum cartilaginoso. El comienzo se produce generalmente en la pubertad; entre las causas predisponentes destacan los traumatismos, la inflamación crónica y las malformaciones. El crecimiento puede adquirir un carácter infiltrante, aún en las formas puras. Son característicos de éste tumor su particular consistencia, recubierto de mucosa normal (28)

HEMANGIOMA En la cavidad nasal es un tumor poco frecuente. Hasta 1985 se encontraron sólo 58 hemangiomas del septum nasal reportados en la literatura estadounidense. Son más comunes en pacientes mayores de 40 años, con una igualdad en relación a distribución por sexo. Histológicamente existen dos tipos: hemangioma capilar y hemangioma cavernoso. El tratamiento de elección es la resección completa. Estos pueden

ser de apariencia y características similares al granuloma piógeno. Aunque la naturaleza neoplásica del granuloma piógeno (hemangioma tipo tejido de granulación) no está comprobada, en la actualidad está clasificado como una forma polipoide del hemangioma capilar. Se menciona que una tercera parte de las lesiones se desarrollan después de un traumatismo. Una variedad (igualmente rara) es el hemangioma capilar lobular también conocido como granuloma gravídico; se presenta en menos del 0.5% de las mujeres en gestación; es una lesión localizada a nivel septal ó de cornete que se presenta generalmente en el 3er trimestre de gestación y que usualmente tendrá resolución postparto, por lo que puede estar sólo bajo observación, o si es necesario puede cauterizarse o incluso, si ocasiona sintomatología importante, puede ser resecado (4, 5, 6, 29)

SCHWANNOMA Los schwannomas de la región sinonasal corresponden al 4% de los schwannomas que se presentan en cabeza y cuello. No hay predilección por edad o sexo. Se conocen también como neurilemomas o neurinomas. Generalmente se origina en la vaina nerviosa de la rama maxilar u oftálmica del nervio trigémino y se encuentra fijo a estos nervios. Son además tumores muy vascularizados, fácilmente sangrantes. La transformación maligna es rara (5)

CORDOMA Son tumores no epiteliales que afectan con cierta frecuencia las vías respiratorias superiores, aunque son superados por otros tumores. Por lo general, invaden la región esenooccipital y la porción superior de la nasofaringe, formando focos de destrucción ósea; los de la parte inferior de la nasofaringe y faringe causan erosión vertebral, crecen a través de lobulaciones múltiples y tienen citoplasma acidófilo abundante; los cordones de células tumorales yacen en una sustancia mucinosa. Se cree que

estas tumoraciones se originan de remanentes ectópicos de tejido notocordal que involucren durante la etapa embrionaria. Algunos estudios han sugerido que los cordomas son tumores de estructuras ectodérmicas epiteliales. Asimismo, pueden afectar cualquier nervio craneal, lesionando con mayor frecuencia el VI par. Estas neoplasias no son superficiales, sino que se encuentran profundo en la mucosa. El tratamiento es quirúrgico y, en casos avanzados que involucren zonas de difícil acceso, a base de radioterapia. (29)

MENINGIOMA Es un tumor primario de las meninges que puede originarse de cualquiera de los componentes meníngeos, por ejemplo, células aracnoideas, fibroblastos y vasos sanguíneos. La mayor parte surgen de las células aracnoideas. Los meningiomas primarios extracraneales y extraespinales son raros; la gran mayoría han sido encontrados en la órbita, piel y la región del oído. Los meningiomas primarios de la cavidad nasal y senos paranasales son muy raros. Hasta 1984 se habían publicado sólo 12 casos de meningiomas nasales. Se presentan más comúnmente en la 3ª década de la vida, y con discreto predominio en hombres. A pesar de ser altamente invasivos, no parecen ser malignos citológicamente, y no presentan metástasis. El tratamiento es resección quirúrgica, o por lo menos, descompresión, ya que debido a su lento crecimiento este tumor es radioresistente, y la radioterapia sólo se reserva como paliativa cuando el tratamiento quirúrgico es imposible. El pronóstico del meningioma primario de la cavidad nasal es en general bueno.

(30-31)

LESIONES DE CELULAS GIGANTES El granuloma de células gigantes, que también ha sido llamado granuloma reparativo de células gigantes, es un tumor raro. Ocurre más frecuentemente en pacientes jóvenes, con una mayor incidencia en la 2ª y 4ª décadas. Los tumores verdaderos de células gigantes semejantes a aquellos de los huesos largos han sido descritos también en la nariz y en los senos paranasales, aunque en éstas localizaciones son excesivamente raros. Mientras tradicionalmente se pensaba que los granulomas de células gigantes y los tumores de células gigantes representaban entidades separadas, en la actualidad se piensa que éstas entidades corresponden simplemente a una continuidad de agresividad que vá de bajo a alto grado. Todas las lesiones de células gigantes deben ser resecaadas y considerar amplios márgenes en aquellos tumores con una apariencia agresiva por su tendencia a degeneración maligna. (3)

TUMORES EPITELIALES MALIGNOS

CARCINOMA EPIDERMÓIDE (CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS) Es una neoplasia derivada del epitelio de revestimiento de la mucosa nasal y de los senos paranasales, las células neoplásicas muestran diferenciación escamosa con presencia de microfilamentos y con capacidad para la síntesis de queratina y grados de diferenciación variable que llevan a la producción de perlas córneas abortivas. En la literatura estadounidense se menciona que es el tumor más común del tracto sinonasal representando del 50% al 75% de los tumores malignos de la cavidad nasal, y el 80% en los senos

paranasales La incidencia combinada de estas neoplasias representa menos del 1% de todos los carcinomas No hay diferencia por el sexo y predomina en la 5ª -6ª década de la vida Este tumor tiende a ser invasor y recidivante, las metástasis son tardías El pronóstico está relacionado con la extensión del tumor y el sitio de origen (32)

CARCINOMA INDIFERENCIADO Los carcinomas anaplásicos o indiferenciados son raros y representan la forma más agresiva de los tumores epiteliales, tienden a un crecimiento rápido explosivo; cursan con necrosis y hemorragia, la destrucción e invasión local es temprana al igual que las metástasis El diagnóstico diferencial histopatológico puede ser difícil e incluye a tumores neuroendocrinos, linfomas y plasmocitomas Responden adecuadamente a la radioterapia y a la quimioterapia El pronóstico es malo aún con los tratamientos combinados (32)

CARCINOMA SCHNEIDERIANO (PAPILOMA SCHNEIDERIANO MALIGNO)
Existen 3 tipos primarios de papiloma schneideriano: invertido (47%), cilíndrico (3%) y fungiforme (50%) La forma invertido principalmente y menos frecuentemente el cilíndrico han sido asociadas con malignidad Los papilomas nasales invertidos o papilomas schneiderianos son tumores localmente agresivos y frecuentemente son benignos, pero una proporción sustancial de estos tumores se ha asociado con transformación maligna De un estudio de 72 casos de papiloma schneideriano en 19 años, se identificaron 8 casos de papiloma schneideriano maligno (incidencia de 11%) Sin embargo otros autores han reportado una incidencia del papiloma schneideriano maligno entre 2% y 56% Existen varias características que nos permiten sospechar de esta variante maligna, como son una

historia de tabaquismo positivo, reporte de una masa nasal con involucro de senos maxilar, etmoidal y esfenoidal, y multicentricidad histológica (33)

ESTESIONEUROBLASTOMA OLFATORIO Es un tumor raro de origen neuroectodérmico y aunque aparece con mayor frecuencia en la placoda olfatoria, también puede originarse en el ganglio esfenopalatino, órgano vomeronasal de Jacobson y epitelio olfatorio ectópico. Tiene una frecuencia de presentación bimodal, de 10 a 20 y de 50 a 60 años de edad. Algunos autores mencionan un ligero predominio en varones, y otros mencionan una incidencia similar en hombres y mujeres. En 10% a 20% de los casos se presentan metástasis regionales (cervicales) o distantes (pulmón, médula espinal, cerebro e hígado). Su pronóstico está en relación con la extensión de la enfermedad y con la posibilidad de resección a la presentación inicial. Generalmente éstos tumores se presentan en estadios avanzados por lo que varias instituciones han adoptado terapias combinadas para el tratamiento (resección quirúrgica, radioterapia, quimioterapia). Este tumor tiende a recurrir en forma tardía por lo que se sugieren seguimientos a más de 5 años (4, 29)

MELANOMA MALIGNO El melanoma de la mucosa de la cavidad nasal y de los senos paranasales es una entidad rara con un pobre pronóstico. Puede ser primario o metastásico. Aproximadamente 20% de todos los melanomas ocurren en la cabeza y cuello, con menos del 10% de la mucosa del tracto aerodigestivo. De un tercio a la mitad de estos melanomas de mucosa se originan en la cavidad nasal o senos paranasales; la mayoría de los restantes se encuentran en la cavidad oral. Se dice que menos del 1% de todos los melanomas se originan en la cavidad nasal. Cerca de un tercio de los melanomas nasales son amelanícos, lo cual dificulta aún más el diagnóstico. Las bases etiológicas y patológicas del melanoma

de mucosa del aparato aerodigestivo aún no está bien definido. Los estudios retrospectivos publicados son pequeños y el régimen de tratamiento es altamente variable (resección quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia), lo cual hace difícil una comparación. El pronóstico es pobre, con una supervivencia reportada a 5 años del 0% al 30% (34-35-36).

TUMORES NO EPITELIALES MALIGNOS

LINFOMA El linfoma de la región sinonasal es generalmente del tipo NO HODGKIN. Los LNHN son un grupo de entidades patológicas originadas por la transformación maligna de las células linfáticas en distintos periodos de diferenciación. Se caracterizan por su crecimiento rápido y sus metástasis tempranas. Se estima que los LNHN constituyen el 1-5% de las neoplasias malignas detectadas anualmente. La localización más frecuente de los LNHN es en órganos linfáticos ganglionares, pero se pueden presentar en áreas extraganglionares hasta en un 25-40%, existen diversos reportes en relación a que los LNHN se originan o tienen su primera manifestación en el área ORL. En Estados Unidos el LNHN nasal corresponde al 0-5% de todos los linfomas extranodales. Se ha publicado que en Estados Unidos y en Europa Occidental la localización primaria extraganglionar más frecuente es el anillo de Waldeyer, seguida de rinofaringe, orofaringe, seno maxilar y laringe, a diferencia de países asiáticos y de México, en donde la localización predominante es la nariz. La edad de presentación del LNHN nasal predomina entre la 5ª y 7ª décadas de la vida. Histológicamente se considera que el 90% de los LNHN son de intermedio o alto grado de malignidad; de acuerdo a estudios inmunohistoquímicos predominan los de

células B sobre los de células T Existen algunos reportes que indican relación del virus Epstein-Barr con LNH de células T y otros estudios mencionan una posible asociación de LNH de células T con el virus de inmunodeficiencia humana El tratamiento de esta enfermedad depende de su comportamiento biológico, y actualmente se basa en radioterapia y/o quimioterapia (37 38,39 40 41 42 43)

HEMANGIOPERICITOMA Es un tumor altamente vascularizado que se origina de los pericitos de Zimmerman Su naturaleza es controvertida Se han descrito variedades benignas y malignas , pero todos estos tumores deben ser considerados por lo menos de bajo grado de malignidad Estos tumores invaden localmente y metastatizan en 10% a 15% de los casos Un 16% se han encontrado en el área de cabeza y cuello, con aproximadamente 50 casos reportados como originados en el tracto sinonasal Su incidencia es mayor en hombres, con una edad media de presentación de 45 años Su pronóstico se relaciona con el tamaño de la lesión, número de mitosis, y metástasis Se ha estimado una incidencia mayor de metástasis para tumores sinonasales El tratamiento primario es la resección quirúrgica La radioterapia y la quimioterapia han sido utilizadas anecdóticamente con resultados variables (4)

HEMANGIOENDOTELIOMA Se considera un tumor de malignidad incierta El término hemangioendotelioma se utiliza para designar una verdadera neoplasia de origen vascular compuesta principalmente por masas de células endoteliales que crecen dentro y alrededor de las luces vasculares Este tumor representa un grado medio entre los hemangiomas bien diferenciados y los hemangiosarcomas, francamente anaplásicos y totalmente celulares

Sigue el patrón de distribución de los hemangiomas. La principal importancia del tumor reside en su diagnóstico diferencial con el angiosarcoma, de mayor peligro (6)

SARCOMA Los sarcomas de la cavidad nasal son raros; los reportados generalmente son condrosarcomas del septum nasal. Estos tumores causan síntomas tardíamente y a menudo son muy grandes al tiempo del diagnóstico siendo imposible determinar el sitio exacto de origen. Histológicamente se consideran de bajo grado (2)

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR Es un tumor raro el cual corresponde a menos del 1-2% de todas las neoplasias de células plasmáticas, y cualquier órgano ó tejido extramedular puede estar involucrado. 80% de estos tumores se originan en la región de cabeza y cuello, comúnmente en tejidos subepiteliales de vías aéreas superiores incluyendo los senos paranasales. Se presenta más comunmente en la 6-7ª década de la vida. La incidencia de involucro de ganglios linfáticos es de 10-20%. La progresión a mieloma múltiple es significativamente más baja que aquella vista en el plasmocitoma solitario de hueso. Generalmente la radioterapia es aceptada como el tratamiento de elección. El rol de la quimioterapia para un tumor localizado no está bien definido (44,45,46,47)

II. JUSTIFICACION

Las tumoraciones nasales son padecimientos con los que el médico otorrinolaringólogo se enfrenta. Es importante conocer toda la gama de tumoraciones, tanto benignas como malignas, que pueden presentarse dentro de la cavidad nasal, conocer su frecuencia y en base a esto pensar en ellas al valorar y evaluar a un paciente con tumoración nasal.

No obstante que existen en la literatura mundial publicaciones en relación a la incidencia de los tumores nasales, no existe ningún estudio realizado en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México para conocer la incidencia de todos estos tumores en nuestro medio.

Asimismo es importante contar con estudios de incidencia realizados en el Hospital General de México, pues a pesar de que se ha observado cierta diferencia en algunos puntos de lo publicado en la literatura de otros países en relación a la experiencia en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México, no se cuenta con un estudio que apoye éstas observaciones.

III. OBJETIVO

Conocer la incidencia de las tumoraciones nasales, benignas y malignas, en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México, en el periodo comprendido del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre del 2000

IV. MATERIAL Y METODO

Se revisaron los libros registrados en el servicio de Patología del Hospital General de México con los resultados de las biopsias realizadas en el mismo Hospital, del periodo comprendido entre el 1° de enero de 1997 y el 31 de diciembre del 2000, y se incluyeron en el estudio todos los casos de los pacientes cuya toma de biopsia de la tumoración nasal se realizó en el servicio de otorrinolaringología del Hospital General de México

V. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó un análisis de distribución de frecuencias

VI. CRITERIOS DE INCLUSION

1 Pacientes con tumoración nasal cuya toma de biopsia se realizó en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México entre el 1° de enero de 1997 y el 31 de diciembre del 2000

VI. CRITERIOS DE EXCLUSION

1 Pacientes con tumoración nasal cuya toma de biopsia se realizó en otros servicios del Hospital General de México distintos al servicio de Otorrinolaringología (por ejemplo, Oncología y Pediatría)

V. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó un análisis de distribución de frecuencias

VI. CRITERIOS DE INCLUSION

1 Pacientes con tumoración nasal cuya toma de biopsia se realizó en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México entre el 1° de enero de 1997 y el 31 de diciembre del 2000

VI. CRITERIOS DE EXCLUSION

1 Pacientes con tumoración nasal cuya toma de biopsia se realizó en otros servicios del Hospital General de México distintos al servicio de Otorrinolaringología (por ejemplo, Oncología y Pediatría)

VII. RESULTADOS

Se identificaron 280 casos de pacientes con diagnóstico de tumoración nasal en estudio, cuya toma de biopsia se realizó en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México en el periodo comprendido del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre del 2000. De estos 280 casos, 85 biopsias se realizaron en el año de 1997, 51 biopsias en el año de 1998, 78 biopsias en el año de 1999 y 66 biopsias en el 2000 (Tabla y Grafica No 1)

Al estudiar la incidencia general de las tumoraciones nasales en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México durante el periodo antes mencionado, se encontró que el mayor porcentaje (33.20%) correspondió al pólipo inflamatorio, seguido en orden descendente de frecuencia del angiofibroma juvenil nasofaríngeo (12.80%), linfoma no Hodgkin (10%), pólipo antrocoanal (5.35%), hemangioma (4.20%) y papiloma nasal invertido (4.20%) (Tabla No 2)

En la distribución de la población estudiada por grupo de edad se encontró un mayor número de casos en el grupo de la 3ª década de la vida (26.42%) seguida de la 4ª década de la vida (18.57%), 2ª década (16.78%), 5ª década de la vida (16.42%) y finalmente, la 6ª y 7ª décadas de la vida (10.71% cada una). Sólo se encontró un paciente (0.35%) en el grupo de la 1ª Década (Tabla No 3 y Grafica No 2)

En relación a la distribución por sexo del total del número de casos, se encontró un discreto predominio del sexo masculino (55%) (Tabla No 4 y Grafica No 3)

Del total de numero de biopsias de tumores nasales realizadas en nuestro servicio, el 66% correspondieron a neoplasias de tipo benigno, el 18% a neoplasias de tipo maligno y el 16% al grupo de “misceláneos” Se agrupó bajo el nombre de misceláneos a todas aquellas patologías que aunque inicialmente se pensaba en tumoración nasal, el resultado de la biopsia reportó otra entidad patológica diferente a tumor, o incluso algunos casos fueron reportados como no valorables ya que la interpretación histopatológica no sugería ningún diagnóstico (por ejemplo, necrosis) (Tabla No 5 y Grafica No 4)

De los tumores nasales benignos encontrados por orden de frecuencia, el pólipo inflamatorio corresponde a la mitad de los casos (50 54%), seguido del angiofibroma juvenil nasofaríngeo (19 56%), pólipo antrocoanal (8 15%), papiloma nasal invertido (6 52%), hemangioma (6 52%), fibroma (2 17%), schwannoma (1 63%) y papiloma nasal (1 08%) Otros tumores benignos también encontrados aunque en menor porcentaje fueron el ameloblastoma, cordoma, meningioma, mixoma, neurofibroma, siringoma y tumor de células gigantes, los cuales se encontraron en 0 54% cada uno (Tabla No 6 y Grafica No 6)

En los tumores nasales de tipo benigno (184 casos) se encontró que 104 casos (57%) correspondieron al sexo masculino , y sólo 80 casos (43%) al sexo femenino (Tabla No 7 y Grafica No 5)

Asimismo al estudiar la distribución por sexo pero relacionada a cada tipo específico de tumor de tipo benigno se encontró que en los tumores de tipo fibroma, hemangioma y schwannoma hubo un predominio del sexo femenino; mientras el angiofibroma juvenil nasofaríngeo se presentó exclusivamente en el sexo masculino. El papiloma nasal invertido se presentó con un porcentaje discretamente mayor en el sexo masculino. En el pólipo inflamatorio y el pólipo antrocoanal hubo una distribución relativamente uniforme en relación a la presentación por sexo (Tabla No 8)

Dentro de los tumores nasales de tipo maligno encontrados (50), el más frecuente fue el linfoma no Hodgkin (56%). También se encontraron casos de carcinoma epidermoide (10%), hemangioendotelioma (6%) y melanoma (6%). Otros tumores de tipo maligno reportados en los resultados de biopsia fueron el carcinoma schneideriano, carcinoma indiferenciado, neuroestesioblastoma y hemangiopericitoma (4% cada uno), y menos frecuente aún el carcinoma adenoescamoso, sarcoma y plasmocitoma (2% cada uno) (Tabla No 9 y Grafica No 8)

Del total de los tumores nasales de tipo maligno (50) hubo un ligero predominio en el sexo masculino (52%) (Tabla No 10 y Grafica No 7)

Asimismo, al analizar cada tumor nasal de tipo maligno en forma individual se encontró un predominio en el sexo femenino en los tumores tipo carcinoma epidermoide, hemangioendotelioma y hemangiopericitoma. En el linfoma no Hodgkin hubo mayor presentación de casos en el sexo masculino, así como también en el carcinoma indiferenciado y en el melanoma (Tabla No 11)

Dentro del grupo denominado "misceláneos" (46 casos) se incluyeron aquellas patologías no tumorales como: inflamación crónica (28.26%), rinoscleroma (26.08%); no valorable (17.39%), inflamación aguda y crónica (10.86%), mucormicosis (8.69%) y en menor porcentaje hiperplasia linforreticular, rinitis alérgica y amiloidosis (Tabla No 12). Asimismo, dentro de éste mismo grupo se encontró que el 52% correspondió al sexo masculino y 48% al sexo femenino (Tabla No 13 y Grafica No 9)

VIII. DISCUSION

Si se conoce la histología y la histopatología de la cavidad nasal se comprenderán los diversos tipos de tumoraciones nasales que pueden tener su origen o presentarse en ésta región

Se realizó un estudio retrospectivo de 4 años, habiendo encontrado 280 casos de tumores nasales cuyas biopsias fueron realizadas en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México

Se menciona que existe una distribución hombre:mujer de 2:1 en relación a las neoplasias encontradas en la cavidad nasal , en el presente estudio también se encontró una mayor frecuencia en el sexo masculino, sin embargo, éste porcentaje fue solo discretamente mayor y sin llegar a ser 2:1

Se ha establecido por algunos autores en la literatura que los tumores nasales de tipo benigno son raros en comparación con los crecimientos malignos, lo cual se opone con lo encontrado en este estudio , en donde hubo un notable mayor porcentaje de casos de neoplasias de tipo benigno

Se refiere que los tumores nasales son más frecuentes durante la 5ª y la 7ª décadas de la vida; en nuestro estudio esto se encontró en la 3ª y 4ª décadas de la vida al analizar el total de casos de tumoraciones nasales, sin embargo, al analizar solo ciertos tipos específicos de tumoraciones sí se observó mayor frecuencia en la 5ª y 7ª décadas de la vida como lo referido por otros autores

En relación a los tumores nasales de tipo benigno, algunos autores mencionan a los pólipos como los más frecuentes, lo cual coincide con nuestros hallazgos; asimismo se ha mencionado una relación hombre.mujer de 2:1 en los casos de polipos nasales, lo cual es diferente en nuestra población, en donde encontramos una igualdad en la distribución por sexo

Hablando del papiloma nasal invertido se reporta que ésta tumoración corresponde al 0.5-4% de todos los tumores nasales, incidencia que es semejante a la encontrada en nuestro medio

Otro punto importante a considerar con este estudio es en relación al angiofibroma juvenil nasofaríngeo, pues en otros países se menciona como una tumoración rara, mientras que en México se trata de una tumoración relativamente frecuente. Nuestros hallazgos en relación a este tumor coinciden con lo publicado por otros autores de estudios realizados en el mismo Hospital como lo es el hecho de que se diagnostican aproximadamente de 10-11 casos por año

Respecto a las tumoraciones nasales de tipo maligno , varios autores coinciden en que el carcinoma de células escamosas es el tumor maligno más común en la nariz correspondiendo al 80%; sin embargo, en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México el tumor nasal maligno más común fue el Linfoma No Hodgkin (56%) Se refiere en la literatura que el adenocarcinoma, sarcoma, melanoma, neuroestesioblastoma y hemangiopericitoma son neoplasias malignas raras, lo cual está acorde con los hallazgos de este estudio en donde además encontramos como neoplasias muy poco frecuentes al hemangioendotelioma, carcinoma indiferenciado, carcinoma schneideriano y plasmocitoma extramedular

IX. CONCLUSION

Es importante contar con estudios de incidencia realizados en el Hospital General de México y a través de ellos poder conocer cuáles son las patologías (en este caso tumores Nasales) más frecuentes en nuestro medio (pues en ocasiones difiere de lo publicado en otros países) y así poder pensar en ellas con mayor claridad al momento del diagnóstico

X. ANEXO 1

TABLAS

1997	85
1998	51
1999	78
2000	66

Tabla 1. Número de biopsias de tumores nasales realizadas en el servicio de ORL del HGM

AMELOBLASTOMA	1	0.35%
AMILOIDOSIS	1	0.35%
ANGIOFIBROMA JUVENIL NASOFARINGEO	36	12.80%
CARCINOMA ADENOESCAMOSO	1	0.35%
CARCINOMA EPIDERMIDE	5	1.71%
CARCINOMA INDIFERENCIADO	2	0.71%
CARCINOMA SCHNEIDERIANO	2	0.71%
CORDOMA CONDROIDE	1	0.35%
FIBROMA BLANDO	4	1.42%
HEMANGIOENDOTELIOMA	3	1.07%
HEMANGIOMA	12	4.20%
HEMANGIOPERICITOMA	2	0.71%
HIPERPLASIA LINFORRETICULAR	2	0.71%
INFLAMACION AGUDA Y CRONICA	5	1.78%
INFLAMACION CRONICA	13	4.84%
LINFOMA NO HODGKIN NASAL	28	10.00%
MELANOMA	3	1.07%
MENINGIOMA SINCIAL	1	0.35%
MIXOMA	1	0.35%
MUCORMICOSIS	4	1.42%
NEUROESTESIOBLASTOMA	2	0.71%
NEUROFIBROMA	1	0.35%
NO VALORABLE	8	2.85%
PAPILOMA NASAL	2	0.71%
PAPILOMA NASAL INVERTIDO	12	4.20%
PLASMOCITOMA NASAL	1	0.35%
POLIPO ANTROCOANAL	15	5.35%
POLIPO INFLAMATORIO	93	33.20%
RINITIS ALERGICA	1	0.35%
RINOSCLEROMA	12	4.20%
SARCOMA OSTEOGENICO FIBROBLASTICO	1	0.35%
SCHWANOMA BENIGNO	3	1.07%
SIRINGOMA CONDROIDE	1	0.35%
TUMOR CELULAS GIGANTES	1	0.35%

Tabla 2. Frecuencia de tumores nasales en el servicio de ORL del HGM en el periodo de 1997 al 2000

<10	1
10 - 19	47
20 - 29	74
30 - 39	52
40 - 49	46
50 - 59	30
60 y más	30

Tabla 3. Distribución de la población estudiada por grupo de edad

MASCULINO	154 (55%)
FEMENINO	126 (45%)

Tabla 4. Distribución de la población estudiada respecto al género

BENIGNOS	184 (66%)
MALIGNOS	50 (18%)
MISCELANEOS	46 (16%)

Tabla 5. Distribución de los tumores nasales según tipo de neoplasia

AMELOBLASTOMA	1	0.54%
ANGIOFIBROMA JUVENIL NASOFARINGEO	36	19.56%
CORDOMA CONDROIDE	1	0.54%
FIBROMA BLANDO	4	2.17%
HEMANGIOMA	12	6.52%
MENINGIOMA SINCIAL	1	0.54%
MIXOMA	1	0.54%
NEUROFIBROMA	1	0.54%
PAPILOMA NASAL	2	1.08%
PAPILOMA NASAL INVERTIDO	12	6.52%
POLIPO ANTROCOANAL	15	8.15%
POLIPO INFLAMATORIO	93	50.54%
SCHWANOMA BENIGNO	3	1.63%
SIRINGOMA CONDROIDE	1	0.54%
TUMOR CELULAS GIGANTES	1	0.54%

Tabla 6 . Frecuencia de tumores nasales benignos en el servicio de ORL del HGM en el periodo de 1997 a 2000

MASCULINO	104 (57%)
FEMENINO	80 (43%)

Tabla 7 . Distribución por sexo de los tumores nasales benignos encontrados en el servicio de ORL del HGM en el periodo de 1997 a 2000

	FEMENINO	MASCULINO
AMELOBLASTOMA	1	0
ANGIOFIBROMA JUVENIL NASOFARINGEO	0	36
CORDOMA CONDROIDE	0	1
FIBROMA BLANDO	4	0
HEMANGIOMA	10	2
MENINGIOMA SINCICIAL	1	0
MIXOMA	0	1
NEUROFIBROMA	0	1
PAPILOMA NASAL	0	2
PAPILOMA NASAL INVERTIDO	5	7
POLIPO ANTROCOANAL	8	7
POLIPO INFLAMATORIO	46	47
SCHWANOMA BENIGNO	3	0
SIRINGOMA CONDROIDE	1	0
TUMOR CELULAS GIGANTES	1	0

Tabla 8. Frecuencia de tumores nasales de tipo benigno en relación a su distribución por sexo

CARCINOMA ADENOESCAMOSO	1	2.00%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	5	10.00%
CARCINOMA INDIFERENCIADO	2	4.00%
HEMANGIOENDOTELIOMA	3	6.00%
LINFOMA NO HODGKIN NASAL	28	56.00%
MELANOMA	3	6.00%
NEUROESTESIOBLASTOMA	2	4.00%
SARCOMA OSTEOGÉNICO FIBROBLÁSTICO	1	2.00%
HEMANGIOPERICITOMA	2	4.00%
PLASMOCITOMA NASAL	1	2.00%
CARCINOMA SCHNEIDERIANO	2	4.00%

Tabla 9. Frecuencia de tumores nasales malignos en el servicio de ORL del HGM en el periodo de 1997 a 2000

MASCULINO	26 (52%)
FEMENINO	24 (48%)

Tabla 10 . Distribución por sexo de los tumores nasales malignos encontrados en el servicio de ORL del HGM en el periodo de 1997 a 2000

	FEMENINO	MASCULINO
CARCINOMA ADENOESCAMOSO	0	1
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	4	1
CARCINOMA INDIFERENCIADO	0	2
HEMANGIOENDOTELIOMA	2	1
LINFOMA NO HODGKIN NASAL	11	17
MELANOMA	1	2
NEUROESTESIOBLASTOMA	1	1
SARCOMA OSTEOGÉNICO FIBROBLÁSTICO	1	0
HEMANGIOPERICITOMA	2	0
PLASMOCITOMA NASAL	1	0
CARCINOMA SCHNEIDERIANO	1	1

Tabla 11. Frecuencia de tumores nasales de tipo maligno en relación a su distribución por sexo

HIPERPLASIA LINFORRETICULAR	2	4.34%
INFLAMACION AGUDA Y CRONICA	5	10.86%
INFLAMACION CRONICA	13	28.26%
MUCORMICOSIS	4	8.69%
NO VALORABLE	8	17.39%
RINITIS ALERGICA	1	2.17%
RINOESCLEROMA	12	26.08%
AMILOIDOSIS	1	2.17%

Tabla 12 . Frecuencia de lesiones nasales no tumorales encontradas en las biopsias realizadas en el servicio de ORL del HGM en el periodo de 1997 a 2000

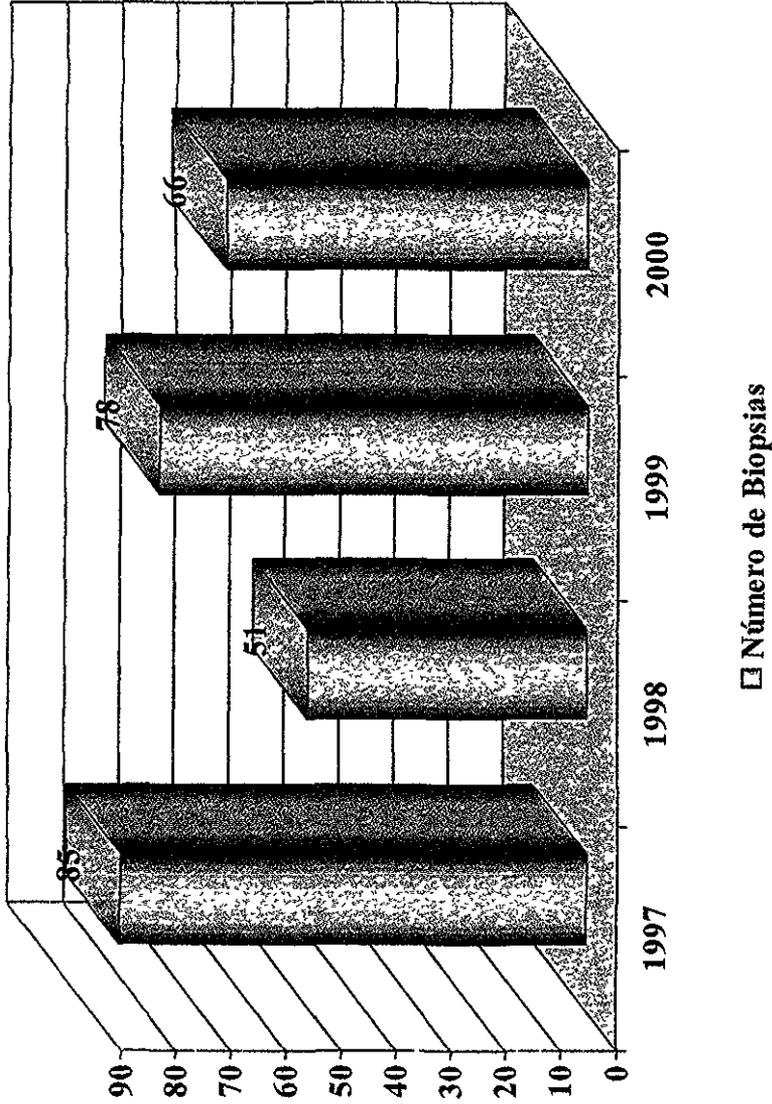
MASCULINO	24 (52%)
FEMENINO	22 (48%)

Tabla 13 . Distribución por sexo de las lesiones nasales consideradas como miscelaneas encontradas en el servicio de ORL del HGM en el periodo de 1997 a 2000

XI. ANEXO 2

GRAFICAS

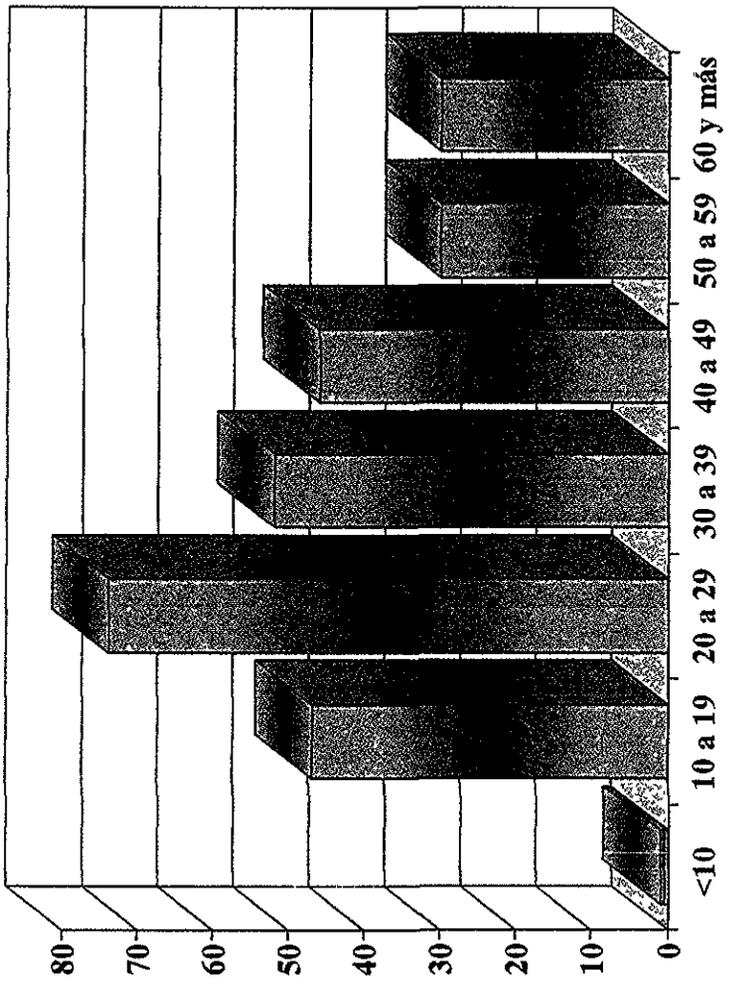
Número de biopsias de tumores nasales realizadas en el Servicio de ORL del HGM



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica No.1

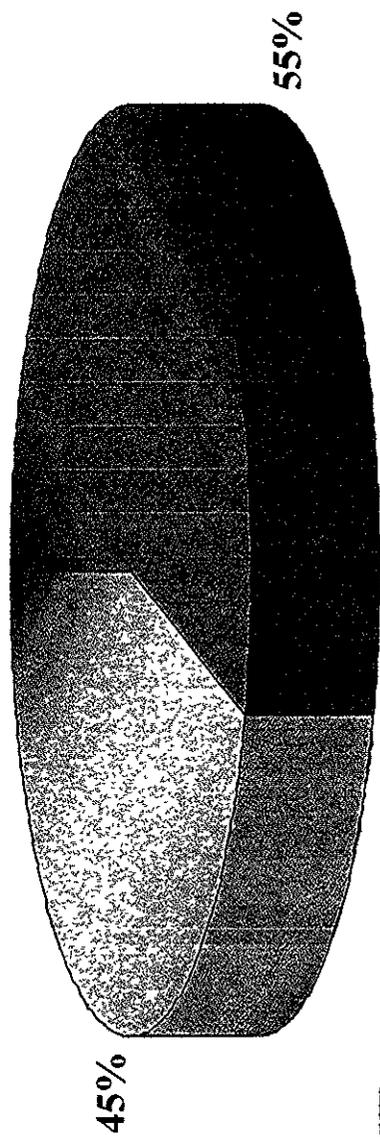
DISTRIBUCION POR EDAD



Gráfica No.2

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR SEXO

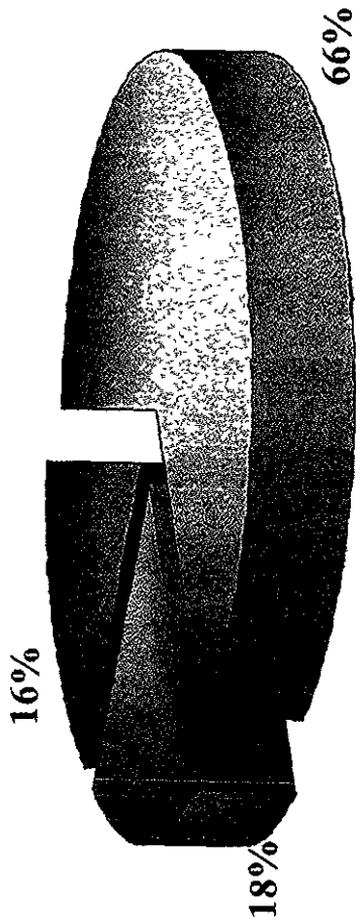


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

■ MASCULINO ■ FEMENINO

Grafica No 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE NEOPLASIA



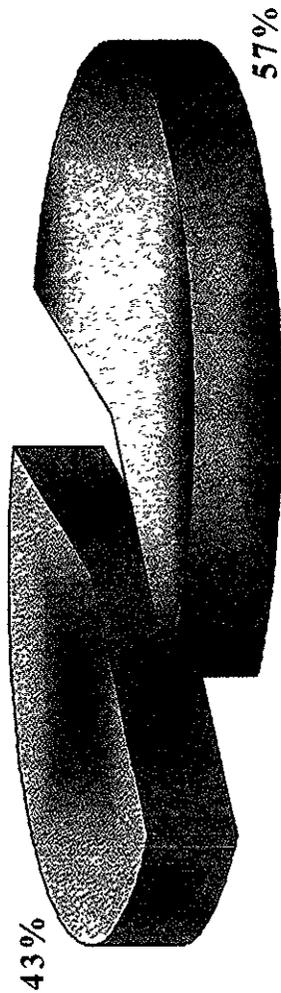
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- BENIGNOS
- MALIGNOS
- MISCELANEOS

Grafica No.4

TUMORES NASALES BENIGNOS

Distribución por sexo



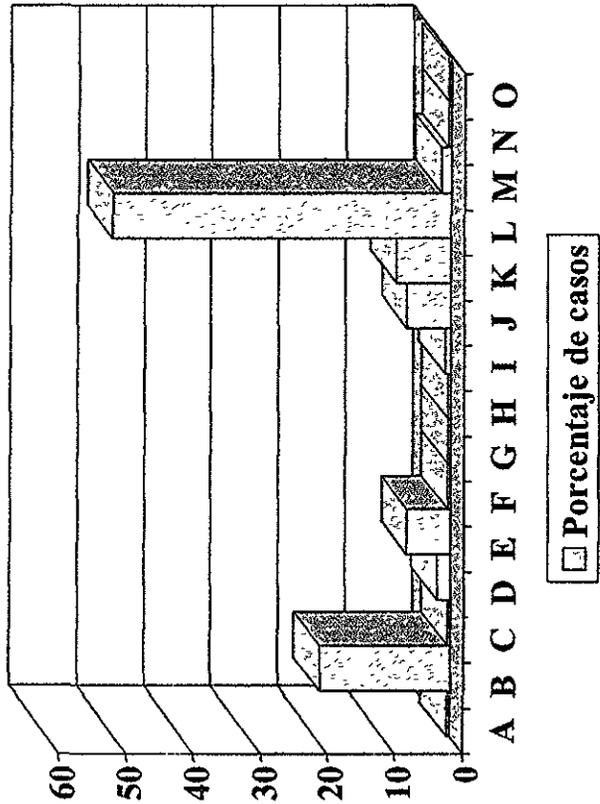
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

■ MASCULINO ■ FEMENINO

Grafica No.5

Frecuencia de tumores nasales benignos en el servicio de ORL del HGM

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

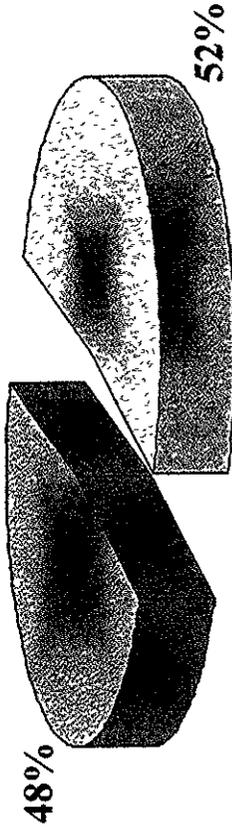


- A: AMELOBLASTOMA
- B: AJNF
- C: CORDOMA CONDROIDE
- D: FIBROMA BLANDO
- E: HEMANGIOMA
- F: MENINGIOMA
- G: MIXOMA
- H: NEUROFIBROMA
- I: PAPILOMA
- J: PAPILOMA NASAL INVERTIDO
- K: POLIPO ANTROCOANAL
- L: POLIPO INFLAMATORIO
- M: SCHWANOMA
- N: SIRINGOMA
- O: TUMOR CLS GIGANTES

ESTA TESIS NO SE ENCUENTRA EN LA BIBLIOTECA

TUMORES NASALES MALIGNOS

Distribución por sexo

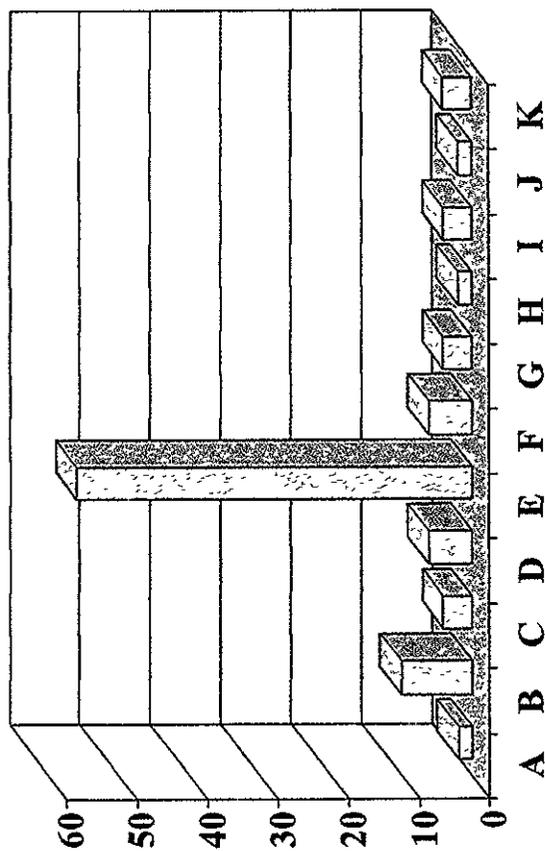


■ MASCULINO ■ FEMENINO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No.7

Frecuencia de tumores nasales malignos en el servicio de ORL del HGM



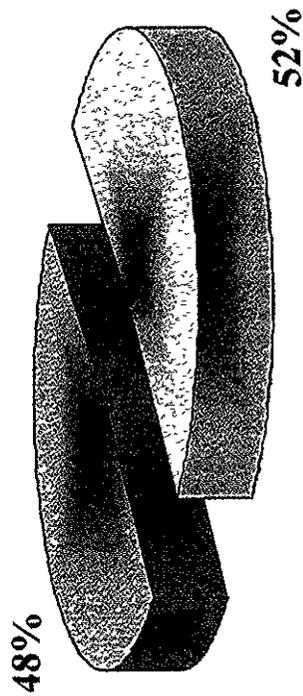
□ Porcentaje de casos

- A: Ca adenoescamoso
- B: Ca Epidermoide
- C: Ca indiferenciado
- D: Hemangioendoteloma
- E: LNH
- F: Melanoma
- G: Neuroesthesioblastoma
- H: Sarcoma
- I: Hemangiopericitoma
- J: Plasmocitoma
- K: Ca Schneideriano

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LESIONES MISCELANEAS

Distribución por sexo



■ MASCULINO ■ FEMENINO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica No.9

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1 Lober, P H · Histopatología de la nariz y senos. En: Paparella , M and Shumrick, D ; Otorrinolaringología Argentina , Panamericana , 1987 p 465-476
- 2 De Santo, L W : Neoplasms En : Cummings, Ch W , Otolaryngology Head and Neck Surgery USA , Mosby Year Book , 1993 p 754-764
- 3 Miller, R H ; Sturgis, E M and Sutton, C L : Neoplasms of the nose and paranasal sinuses En : Ballenger, J J and Snow, J B ; Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery USA , Williams and Wilkins , 1996 p 194-205
- 4 Myers, E N and Carrau, R L · Neoplasms of the nose and paranasal sinuses En : Bailey, B J ; Head and Neck Surgery-Otolaryngology USA , Lippincott-Raven Publishers , 1996
- 5 Lee, K J : The nose and sinuses En . Lee, K J ; Essential Otolaryngology Head and Neck Surgery USA , Appleton and Lange , 1999 p 747-790
- 6 Robbins, S L , Cotran, R S and Kumar, V En : Patología estructural y funcional México , Nueva Editorial Interamericana , 1987
- 7 Woolley, A L et al . Antrochoanal polyps in children American Journal of Otolaryngology 1996 ; 17 : 368-373
- 8 Seshadri, R . Antrochoanal polyp: a case report of treatment with intranasal steroids The Journal of Laryngology and Otology 1995 ; 109 : 553-554

- 9 Myatt, H M and Cabrera, M . Bilateral antrochoanal polyps in a child: a case report *The Journal of Laryngology and Otology* 1996 ; 110 : 272-274
- 10 Mirza, N et al : Identification of p53 and human papilloma virus in schneiderian papillomas *Laryngoscope* 1998 ; 108 : 497-501
- 11 Lawson, W et al : Inverted papilloma: a report of 112 cases *Laryngoscope* 1995 ; 105 : 282-288
- 12 Vrabec, D P : The inverted schneiderian papilloma: a 25-year study *Laryngoscope* 1994 ; 104 : 582-605
- 13 Guichard, C et al : Epithelial cell proliferation, apoptosis, and apoptosis inhibition in inverted papillomas *Laryngoscope* 1998 ; 108 : 716-720
- 14 Kamel, R H : Transnasal endoscopic medial maxillectomy in inverted papilloma *Laryngoscope* 1995 ; 105 : 847-853
- 15 McCary, W S et al : Preliminary report: endoscopic versus external surgery in the management of inverting papilloma *Laryngoscope* 1994 ; 104 : 415-419
- 16 Macdonald, M R et al : A majority of inverted sinonasal papillomas carries Epstein-Barr virus genomes *Cancer* 1995 ; 75 : 2307-2312
- 17 Outzen, K E et al : Inverted papilloma: incidence and late results of surgical treatment *Rhinology* 1996 ; 34 : 114-118
- 18 Chavolla-Contreras, N y cols : Angiofibroma Juvenil Nasofaríngeo Servicio de Otorrinolaringología Hospital General de México S S *Boletín de la SMORL y CCC* 1996
- 19 Ungkanont, K et al . Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. an update of therapeutic management *Head and Neck* 1996 ; 18 . 60-66

- 20 Maharaj , D and Fernández , C . Surgery experience with juvenile nasopharyngeal angiofibromas Ann Otol Rhinol Laryngol 1989 ; 98 : 269-272
- 21 Harrison , D F N . Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma : pathogenesis and treatment Arch Otolaryng Head Neck Surg 1987 ; 113 : 936-942
- 22 Radkowski , D et al : Angiofibroma Changes in staging and treatment Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996 ; 122 : 122-129
- 23 Arroyo-Castelazo , M y Armendariz , L : Angiofibroma nasofaríngeo juvenil, experiencia de 10 años , 1979 - 1988 Anales Soc Mex Otorrinolar 1989 ; 4 : 302-312
- 24 Deschler , D G et al : Treatment of large juvenile nasopharyngeal angiofibroma Otolaryngology – Head and Neck Surgery 1992 ; 106 : 278-284
- 25 George, B et al : Intratumoral embolization of intracranial and extracranial tumors · Technical note Neurosurgery 1994 ; 35 · 771-774
- 26 Gates, G A et al · Flutamide - induced regression of angiofibroma Laryngoscope 1992 ; 102 . 641-644
- 27 Cummings, B J et al · Primary radiation therapy for juvenile nasopharyngeal angiofibroma Laryngoscope 1984 ; 94 : 1599-1605
- 28 Fabra-Llopis, J M Tumores benignos y pseudotumores de las fosas nasales y senos En . Traserá, J y Abelló, P ; Otorrinolaringología España , Doyma , 1992 p 365-368
- 29 Escajadillo, J R . Tumores de nariz y senos paranasales En · Escajadillo, J R . Oídos, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello México , Manual Moderno , 1991 p 342-376

- 30 Perzin, K H and Pushparaj, N · Nonepithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx *Cancer* 1984 ; 54 . 1860-1869
- 31 Ho, K L : Primary meningioma of the nasal cavity and paranasal sinuses *Cancer* 1980 ; 46 : 1442-1447
- 32 González-Almaraz, G y Pineda-Cárdenas, A : Tumores de las fosas nasales y senos paranasales Revisión de tema *An ORI Mex* 1999 ; 44 : 95-103
- 33 Nachtigal, D et al · Unique characteristics of malignant schneiderian papilloma *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 1999 ; 121 : 766-771
- 34 Kingdom, I and Kaplan, M · Mucosal melanoma of the nasal cavity and paranasal sinuses *Head and Neck* 1995 , 17 : 184-189
- 35 Chiu, N and Weinstock, M : Melanoma of oronasal mucosa *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996 ; 122 : 985-988
- 36 Brandwein, M S et al : Sinonasal melanoma *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997 ; 123 : 290-296
- 37 Fajardo-Dolci , G y cols · Manifestaciones otorrinolaringológicas del linfoma no Hodgkin *An ORI Mex* 1994 ; 39 . 35-38
- 38 Shikama, N et al · Clinical stage IE primary lymphoma of the nasal cavity : radiation therapy and chemotherapy *Radiology* 1997 , 204 : 467-470
- 39 Harabuchi, Y et al : Nasal T-Cell lymphoma causally associated with Epstein-Barr virus *Cancer* 1996 ; 77 . 2137-2149
- 40 Finn, D · Lymphoma of the head and neck and acquired immunodeficiency syndrome: Clinical investigation and immunohistological study *Laryngoscope* 1995 ; 105 . 1-17

- 41 Bumpous, J M et al : Non-Hodgkin's Lymphomas of the nose and paranasal sinuses in the pediatric population Ann Otol Rhinol Laryngol 1994 ; 103 . 294-300
- 42 Sato, K et al . An aggressive nasal lymphoma accompanied by high levels of soluble Fas ligand British Journal of Haematology 1996 , 94 . 379-382
- 43 Rowley, H et al : Lymphoma presenting to a head and neck clinic Clin Otolaryngol 1995 ; 20 : 139-144
- 44 Susnerwala, SS et al : Extramedullary plasmacytoma of the head and neck region. clinicopathological correlation in 25 cases British Journal of Cancer 1997 ; 75 : 921-927
- 45 Kumar, P V et al . Extramedullary plasmacytoma Acta cytological 1997 ; 41 : 364-368
- 46 Corwin, J and Lindberg, R D : Solitary plasmacytoma of bone vs extramedullary plasmacytoma and their relationship to multiple myeloma Cancer 1979 , 43 : 1007-1013
- 47 Meis, J M et al . Solitary plasmacytomas of bone and extramedullary plasmacytomas Cancer 1987 ; 59 . 1475-1485