

11236
6



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO SIGLO XXI**

**EPIDEMIOLOGIA E INCIDENCIA DE TUMORES
MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES EN
EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI,
EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1995-2001.**

TESIS DE POSGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA**

P R E S E N T A

DR. ADOLFO JAVIER ATAHUALPA BERRIOS

ASESOR DE TESIS: DR. EULALIO VIVAR ACEVEDO



MEXICO, D.F.

SEPTIEMBRE DE 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

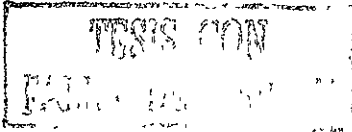


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



RESOLUCION 2 GURON S E AI
20 SEP 2002
DIV EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

AUTORIZACIONES

DR JOSE HALABE CHEREM
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR ALEJANDRO MARTIN VARGAS AGUAYO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR EULALIO VIVAR ACEVEDO
ASESOR DE TESIS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICADO A MIS PADRES
POR SU AMOR Y APOYO
INCONDICIONAL

A MIS PROFESORES
POR SU ESPIRITU
DE ENSEÑANZA

UNA DEDICACION MUY ESPECIAL
PARA MI ESPOSA PATTY Y
PARA MI HIJO FABIAN
POR SU AMOR, APOYO Y SACRIFICIO
AL ENCONTRARNOS LEJOS DE CASA

TESIS CON
MALLA DE ORIGEN

**EPIDEMIOLOGIA E INCIDENCIA DE TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS
PARANASALES EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, EN EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE 1995-2001**

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
OBJETIVOS	5
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	7
DISCUSION	16
CONCLUSIONES	20
ANEXO	21
BIBLIOGRAFIA	22

RESUMEN

Objetivos: Este estudio fue diseñado para evaluar los aspectos epidemiológicos de los tumores malignos de nariz y senos paranasales, así como la incidencia de los tipos histológicos de los mismos.

Material y métodos: Este es un estudio de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se revisaron los expedientes clínicos completos de 72 pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el periodo comprendido entre 1995 y 2001. Se utilizó como análisis estadístico el cálculo de porcentaje.

Resultados: Se encontró que los tumores malignos de nariz y senos paranasales son más frecuentemente hallados entre los 50 y 60 años, viéndose mayormente en hombres (58.33%). Por otro lado, sólo un 20.83% de los pacientes tenían ocupación de alto riesgo y 15.28% refirieron exposición a tóxicos, sin embargo se observó que un 37.5% presentaban hábitos como tabaquismo, alcoholismo o ambos.

Los síntomas más frecuentemente encontrados fueron obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis y dolor. La localización más común de los tumores fue pared nasal seguido de antro maxilar y etmoides.

El diagnóstico histopatológico observado fue el de linfoma no Hodgkin en 37.55% de los pacientes seguido de carcinoma epidermoide en 29.17%. El linfoma no Hodgkin se presentó mayormente entre los 30 y 40 años de edad y en casi igual proporción tanto en hombres como en mujeres, mientras que carcinoma epidermoide se vio más frecuentemente entre los 50 y 60 años de edad y mayormente en hombres.

INTRODUCCION

Las neoplasias de nariz y senos paranasales representan del 0.2% al 0.8% de todos los carcinomas y 3% de aquellos del tracto aerodigestivo superior. Es más común en el Este del África que en Europa y América (1).

Más del 44% se atribuyen a exposiciones ocupacionales incluyendo níquel, cromo, aceites de isopropilo, hidrocarburos volátiles, y fibras orgánicas encontradas en la industria de madera, zapatos y textiles (2,3,4,5,6,7). Además el uso de tabaco y alcohol es un agente carcinógeno importante en el tracto aerodigestivo superior (8). No se ha demostrado que la polución tenga un efecto carcinogénico (9).

Aparece entre los 50 y los 60 años de edad y es dos veces mayor en hombres que en mujeres (6,17).

La mayor parte de las neoplasias malignas son carcinomas de células escamosas en 45% a 80%, carcinomas de glándulas salivales 4% a 15% (adenocarcinoma primario y carcinoma adenoides quístico), sarcomas en 4% a 6%, y el resto comprenden linfomas, estrofioblastomas, melanomas, tumores fibro-óseos y meningiomas (3,5,7,10,11,12,13,14).

Carcinoma de células escamosas es más comúnmente reportado en hombres blancos entre la quinta y sexta década de la vida. El pronóstico está relacionado a la extensión del tumor y el sitio de origen. La mayoría de los pacientes presenta una historia prolongada de "sinusitis" antes del diagnóstico. Se presenta como masas de aspecto verrucoso y ulcerado (17,18).

Los adenocarcinomas se originan más comúnmente en senos etmoidales y cavidad nasal. Se dividen en alto y bajo grados de acuerdo a sus características histológicas y conducta. La relación hombre mujer es de 3:1 para tumores de bajo grado de malignidad y de 1:1 para los

adenocarcinomas de alto grado de malignidad La edad promedio en el momento del diagnóstico es de 62 años (18).

Carcinoma adenoideo quístico del tracto nasosinusal comprende el 20% de todos los carcinomas adenoideos quísticos de cabeza y cuello, pero en tracto nasosinusal están asociados con peor pronóstico Se caracteriza por diseminación temprana a estructuras neurovasculares, submucosa, y a estadios avanzados Existe una relación hombre mujer de alrededor de 12:7 y la edad promedio en el momento del diagnóstico es de 50 años (10)

Rabdomiosarcoma es el tumor maligno más común de tejido blando no epitelial Se clasifica en embriónico, alveolar y pleomórfico Los tipos embriónico y alveolar son más comunes en niños y adultos jóvenes, mientras que la variedad pleomórfica es más común en adultos En senos paranasales, estos tumores demuestran extensión directa a sistema nervioso central (17)

Hemangiopericitomas son tumores altamente vasculares que aparecen en los senos de Zimmermann Es mayor en hombres y en una edad media de 45 años Son lesiones indoloras de crecimiento rápido, suelen ser grandes y de aspecto gomoso, a pesar de su naturaleza vascular (12,17,18)

Otros sarcomas más raros comprenden sarcoma neurogénico, leiomioma, fibrosarcoma, sarcoma alveolar, angiosarcoma, sarcoma osteogénico y condrosarcoma

Los linfomas de tracto nasosinusal son usualmente del tipo No Hodgkin La mayoría son de tipo histiocítico y linfocítico difuso La distribución por edad y sexo son similares a los de carcinoma de células escamosas Tienen la característica de ser masas submucosas, no ulceradas (7,17,18)

Estesioneuroblastoma es un tumor neurogénico del epitelio olfatorio Puede aparecer a cualquier edad, pero casi dos tercios de estos pacientes tienen entre 10 y 34 años. Existe un ligero

predominio masculino. Suele aparecer como una masa roja o carnosa en la bóveda nasal. Aunque es de crecimiento lento, es localmente invasivo y aparecen metástasis en 20% (18)

Los melanomas son tumores malignos muy raros. Se hallan con tendencia predominante en cavidad nasal. Se cree que nacen de los melanocitos de la mucosa de nariz y senos paranasales, y no de un nevo precursor. Es primordialmente una enfermedad de personas de raza blanca, son raros antes de la pubertad y no hay predilección por sexo. El tumor se presenta como una masa carnosa que puede ser multicéntrica. Puede o no presentar fuerte pigmentación. Los melanomas mucosos tienen peor pronóstico que sus contrapartidas cutáneas (14,18)

Plasmocitoma extramedular tiene una relación hombre mujer de 4:1 y la mayoría de los pacientes se presenta entre los 40 y 70 años. Estos tumores pueden ser polipoideos o sésiles, son rojos y rara vez se ulceran. Está asociado a mieloma múltiple (17,18)

En general, el seno maxilar es el más afectado en 55% a 63%, seguido de las paredes nasales en 27% a 35%, etmoides en 9% a 10%, y senos frontal y esfenoidal en 1% a 2% (3,4,13,14)

Los signos iniciales son obstrucción nasal y rinorrea. Los signos tardíos son epistaxis, alteración de nervios craneales I a VI, proptosis, dolor facial y/o inflamación, úlcera palatina y trismus (3,18)

Los tumores de senos paranasales se caracterizan por progresión indolora. El diagnóstico no se hace evidente hasta que hay invasión local extensa de cavidad oral, mejillas, fosa craneal anterior u órbita (5). De hecho la alta mortalidad y pronóstico pobre están relacionados con diagnósticos tardíos. La extensión de la enfermedad es el principal factor pronóstico (11,15)

No se puede predecir la agresividad de tumores de senos paranasales, depende en que grado se detecte y del tratamiento quirúrgico, además de radioterapia y quimioterapia según sea la estirpe (16)

OBJETIVOS

- **Determinar cuáles son los factores epidemiológicos de pacientes con tumores de nariz y senos paranasales en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI**
- **Determinar los tipos de tumores malignos de nariz y senos paranasales en el hospital de Especialidades Centro médico Nacional Siglo XXI.**

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional, analizando los expedientes clínicos de 72 pacientes con diagnóstico definitivo de tumor maligno de nariz y senos paranasales en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido entre 1995 y 2001.

Los expedientes fueron revisados y se analizó variables como edad, sexo, procedencia, ocupación, exposición a agentes tóxicos, hábitos (tabaquismo y alcoholismo), sintomatología, localización del tumor, y diagnóstico histopatológico, incluyendo en este estudio pacientes con expediente clínico completo y que cuenten con reporte anatomopatológico de tumor maligno de nariz y senos paranasales

Se excluyeron de estudio a pacientes que no contaban con expediente clínico completo, que no contaban con reporte anatomopatológico, o que si lo tenían, este reportaba tumor benigno.

Una vez obtenidos todos los datos, se calculó el porcentaje de las características epidemiológicas y los tipos de tumores malignos de nariz y senos paranasales

RESULTADOS

La población estudiada estaba constituida por 72 pacientes correspondiendo 58 33% a hombres y 41 67% a mujeres (Gráfico No 1) El grupo etáreo más frecuente fue el de 51 a 60 años y mayormente provenientes México Distrito Federal (Tabla No 1 y No 2).

Se encontró que los pacientes con tumores malignos de nariz y senos paranasales, sólo el 20 83%, tenían ocupación de alto riesgo (Gráfico No 2), y sólo 11 pacientes (15 28%) refirieron exposición a tóxicos (Gráfico No 3). Se observó además que un 37.5% tenían tabaquismo, alcoholismo o ambos (Gráfico No 4).

La sintomatología hallada en orden de frecuencia fue principalmente obstrucción nasal (90 28%), rrorrea (79 17%), epistaxis (48 61%) y dolor (37 5%) Le siguieron en menor grado edema en cara, pérdida de peso, hiposmia y disfonía (Tabla No 3).

La localización de tumores malignos vista en el presente estudio fue pared nasal en 90 28%, antro maxilar en 54.17%, etmoides en 30 56%, seno esfenoidal en 4.17% y seno frontal en 2 8% (Tabla No 4)

El diagnóstico histopatológico más frecuentemente encontrado fue el de linfoma no Hodgkin en 27 pacientes (37.50%), uno de los cuales tenía además diagnóstico de SIDA, seguido de carcinoma epidermoide en 21 pacientes (29.17%), siguiendo el resto de tumores en mucho menor frecuencia (Tabla No 5)

Carcinoma epidermoide se presentó con mayor frecuencia en el grupo etáreo de 51 a 60 años (38 10%), con predominio en hombres en 80.95% (Tabla No 6 y Gráfico No 5).

Linfoma se encontró mayormente en grupo etáreo de 31 a 40 años (37.04%) Se presentó en 51 85% de mujeres y en 48 15% de hombres (Tabla No 7 y gráfico No 6)

TABLA No 1
DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES CON TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS
PARANASALES

Edad	n	%
10 a 20 años	3	4.17
21 a 30 años	6	8.33
31 a 40 años	14	19.44
41 a 50 años	10	13.89
51 a 60 años	20	27.78
61 a 70 años	8	11.11
71 a 80 años	10	13.89
81 a 90 años	1	1.39
TOTAL	72	100.00

GRÁFICO No 1
DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES CON TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS
PARANASALES



GRAFICO No 2

**DISTRIBUCION POR GRADO DE OCUPACION EN PACIENTES CON TUMORES MALIGNOS
DE NARIZ Y SENOS PARANASALES**



TABLA No 2

**DISTRIBUCION POR PROCEDENCIA DE PACIENTES CON TUMORES DE NARIZ Y SENOS
PARANASALES**

PROCEDENCIA	n	%
México D.F.	48	66.67
Morelos	7	9.72
Chiapas	7	9.72
Estado de México	5	6.94
Guerrero	3	4.17
Puebla	2	2.78
TOTAL	72	100.00

GRAFICO No 3

EXPOSICION A TOXICOS EN PACIENTES CON TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS
PARANASALES

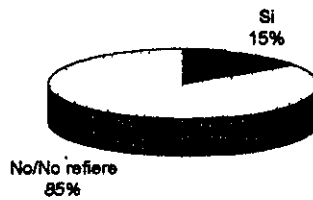


GRAFICO No 4

HABITOS DE PACIENTES CON TUMORES DE NARIZ Y SENOS PARANASALES

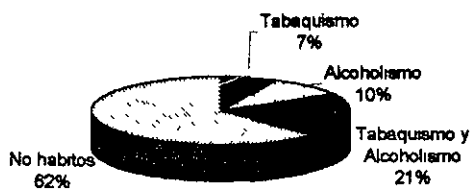


TABLA No 3
SINTOMATOLOGIA DE PACIENTES CON TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS
PARANSALES

SINTOMATOLOGIA	n	%
Obstrucción nasal	65	90.28
Rinorrea	57	79.17
Epistaxis	35	48.61
Dolor	27	37.5
Edema en cara	12	16.87
Disminución de peso	10	13.89
Hiposmia	9	12.5
Disfonía	2	2.78

TABLA No 4
LOCALIZACION DE TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS PARANSALES

LOCALIZACION	n	%
Pared nasal	65	90.28
Antro maxilar	39	54.17
Etmoides	22	30.56
Esfenoides	3	4.17
Frontal	2	2.8

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

13

TABLA No 5

**DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE TUMORES MALIGNOS DE NARIZ Y SENOS
PARANSALES**

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	n	%
Linfoma No Hodgkin	27	37.50
Carcinoma epidermoide	21	29.17
Carcinoma adenideo quistico	5	6.94
Plasmocitoma	3	4.17
Carcinoma neuroendocrino	2	2.78
Hemangiopenctoma	2	2.78
Adenocarcinoma	2	2.78
Melanoma	2	2.78
Linfoepitelioma	2	2.78
Estesioneuroblastoma	1	1.39
Tumor pardo	1	1.39
Neuntemoma maligno	1	1.39
Metástasis	1	1.39
Desconocido	2	2.78
TOTAL	72	100.00

TABLA No 6
DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE NARIZ Y
SENOS PARANASALES

GRUPO ETARIO	n	%
10a 20 años	0	0.00
21 a 30 años	1	4.76
31 a 40 años	1	4.76
41 a 50 años	2	9.52
51 a 60 años	8	38.10
61 a 70 años	4	19.05
71 a 80 años	4	19.05
81 a 90 años	1	4.76
TOTAL	21	100.00

TABLA No 7
DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES CON LINFOMA DE NARIZ Y SENOS
PARANASALES

GRUPO ETARIO	n	%
10 a 20 años	2	7.41
21 a 30 años	4	14.81
31 a 40 años	10	37.04
41 a 50 años	4	14.81
51 a 60 años	3	11.11
61 a 70 años	2	7.41
71 a 80 años	2	7.41
81 a 90 años	0	0.00
TOTAL	27	100.00

GRAFICO No 5
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE

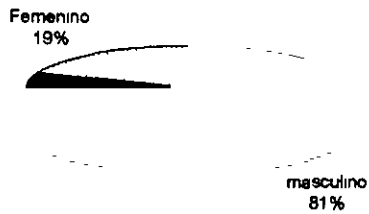
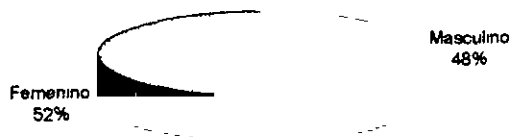


GRAFICO No 6
DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN





DISCUSION

El presente estudio trata de determinar en lo posible la epidemiología y la incidencia de tumores de nariz y senos paranasales.

Se encontró que el grupo etáreo predominante fue el de 51 a 60 años. Bayley (17) y Paparella (18) y últimamente Goldenberg (6) describen en sus trabajos que los tumores malignos de nariz y senos paranasales se presenta mayormente entre la quinta y séptima década de la vida. Por otro lado estos autores refieren que la incidencia es el doble de hombres con respecto a mujeres, datos muy similares a los que nosotros encontramos

No referimos a pacientes de alto y bajo riesgo al tipo de ocupación que tienen como factor epidemiológico de presentar tumor maligno y encontramos que los pacientes con bajo nesgo son mayoría, así como la mayor parte de pacientes no refiere exposición a tóxicos, esto se debe posiblemente a que al realizar los respectivos interrogatorios, muchas veces no se indaga sobre estos aspectos. Por lo tanto nuestros resultados son muy inferiores de los que refieren Lareo (2), Osguthorpe (3) y Krauss (4,5), que encontraron que más del 44% de tumores se atribuyen a exposiciones ocupacionales.

Llama la atención que la mayor parte de pacientes son personas residentes de Distrito Federal Creemos que esto puede deberse a que en los hospitales de los demás Estados, pudieron haberse hecho los diagnósticos histopatológicos para luego ser referidos a centros oncológicos, lo que podría explicar la poca incidencia de pacientes foráneos con cáncer de senos paranasales enviados a nuestro hospital Por otro lado, Calderón-Garcidueñas y col. (9), en un estudio realizado en las ciudades de México y Monterrey, no encontraron relación entre polución aérea y neoplasias malignas nasosinusales, aunque describen que hay una fuerte evidencia de efecto carcinogénico nasal y paranasal de mezclas químicas complejas de aerosoles ocupacionales.

Los autores señalan como factores de riesgo al tabaco. Miyaguchi (8) refiere que en tracto aerodigestivo superior, el uso habitual de tabaco, es el agente carcinógeno más importante y actúa sinérgicamente con el alcohol. En este estudio, encontramos pacientes con un alto porcentaje (37.5%) que presentaban hábitos como tabaquismo, alcoholismo o ambos. Sin embargo, estos resultados son todavía inferiores en relación a los que encontraron Lareo y col. (2), que con solamente tabaquismo, refirió 23.7% de casos y con alcoholismo puro, 24.98% en promedio

La sintomatología hallada muestra que mayormente, los pacientes presentaron obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis y dolor facial. Bjerregaard y col. (1), encontraron en orden de frecuencia obstrucción nasal, epistaxis, edema facial y rinorrea. Calderón-Garcidueñas y col. (9), observaron en su estudio que los síntomas más frecuentes fueron obstrucción nasal, epistaxis y rinorrea. Por otro lado, Sercarz y col. (12), encontraron obstrucción nasal y epistaxis como síntomas más frecuentes. Estos datos son bastante parecidos a los nuestros. Estos son los síntomas principales que refieren los pacientes cuando acuden al otorinolaringólogo, siendo muy similares a los de una sinusitis (17,18)

La localización de tumores malignos que más frecuentemente vimos fue pared nasal (90.28%), seguido de antro maxilar (54.17%), etmoides (30.56%), seno esfenoidal (4.17%) y seno frontal (2.8%) En una descripción de Osguthorpe y col. (3), refieren que el sitio más común fue antro maxilar (55% a 63%), y pared nasal (27% a 35%), luego etmoides (9% a 10%) y finalmente senos frontal y esfenoidal (1% a 2% cada uno). Por otro lado, Krauss y col. (4), señalan que los cánceres etmoidales aparecen en 5% a 25% de todos los tumores sinusales. Estos resultados son muy similares a los nuestros excepto por el predominio de tumores en pared nasal, posiblemente debido a que como los pacientes son mayormente referidos desde otros niveles de atención, la presencia de masa intranasal fue el primer hallazgo, que motivó al primer médico que lo evaluó a enviarlo a tercer nivel. Goldenberg y col. (6), refieren que como la mayoría de tumores malignos son descubiertos en un estadio avanzado, con frecuencia es difícil determinar el sitio primario de origen

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

18

La mayor parte de pacientes son refendos, como mencionamos anteriormente, desde otros niveles de atención, esto nos hace suponer que la mayoría de pacientes con tumores de aspecto verrucoso y ulcerados, son enviados directamente a Hospital de Oncología sin pasar por el nuestro, atribuyendo que estas características dan, a primera vista, la impresión de malignidad. Recordemos que los linfomas son usualmente submucosos (7), pudiendo a veces no dar la impresión de que se trate de un tumor maligno. Lo anteriormente descrito, puede justificar que en nuestro estudio encontremos como diagnóstico histopatológico principal al linfoma No Hodgkin (37.50%), seguido de carcinoma epidermoide o de células escamosas (29.17%), lo que difiere enormemente de lo que describen los autores. Bjerregaard y col (1), encontraron carcinoma de células escamosas en 45.2%, mientras que linfoma estuvo presente en sólo 5.6%. Goldenberg y col (6), observaron que carcinoma de células escamosas se presentó en 50.2% y linfoma en 14.8%. Álvarez y col (11), describieron en su estudio que carcinoma de células escamosas se presentaba en 31.8%, mientras que linfoma aparecía en 2.3%. El resto de diagnósticos histopatológicos son muy similares a los que encontraron los diversos autores.

No obstante, en un estudio realizado por Calderón-Garcidueñas y col. (9) en la ciudad de México, encontraron la presencia de linfoma en 27.6% de pacientes, mientras que carcinoma de células escamosas aparecía en 25.6%, datos similares a los que nosotros hallamos

Un dato del Instituto Nacional de Cancerología de México, revela que en el periodo de 1985 - 1994, se registró un incremento significativo de linfoma No Hodgkin. Moher (19), sugirió que hubo una tendencia en los últimos 10 años en el aumento de linfoma No Hodgkin, aparentemente asociado con la aparición de mejores herramientas diagnósticas. En Estados Unidos la tasa de incidencia en linfoma No Hodgkin ha ido aumentando en cerca de 3% a 4% al año, así como los factores de riesgo ocupacionales asociados (20,21).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19

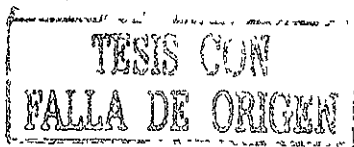
Linfoma nasal de células T está altamente asociado con virus Epstein-Barr (22) Varios autores han sugerido una predisposición por una neoplasia relacionada a virus Epstein-Barr, llamada linfoma No Hodgkin nasal tipo NK/T en poblaciones peruanas y mexicanas (23)

En nuestro estudio, de 27 pacientes con linfoma, uno (3.7%) tenía diagnóstico de SIDA. Quraishi y col (7) describen en su trabajo que linfoma No Hodgkin tiene una incidencia de 4% a 10% en pacientes con SIDA; muy similar a lo que se encontró.

Por otro lado, encontramos que carcinoma epidérmico se presentó mayormente en el grupo etáreo de 51 a 60 años (38.10%) y en sexo masculino (80.95%) Goldenberg y col. (9), y Bayley (17), como se mencionó anteriormente, refieren que los tumores aparecen entre la quinta y séptima década de la vida y es dos veces mayor en hombres que en mujeres Calderón-Garcidueñas y col. (9) encontraron que la edad promedio de carcinoma de células escamosas era de 59.4 años y una relación hombre a mujer de 2.1.

Finalmente, el grupo etáreo predominante en pacientes con linfoma fue de 31 a 40 años (37.04%), siendo bastante equilibrada la relación hombre a mujer. Quraishi y col. (7) reportaron un promedio de edad de 71 años y una relación 5.3 de hombres a mujeres con linfoma. Además, señala que los niños tienden a tener una alta proporción de linfoma No Hodgkin extraganglionar Calderón-Garcidueñas (9) encontró que la edad promedio de pacientes con linfoma era de 45 años y una relación hombre a mujer de 1.5. Bayley (17) refiere que linfoma No Hodgkin es una enfermedad de personas muy jóvenes o muy ancianas. Nuestros resultados varían con los de la mayoría de los autores y no encontramos ningún dato que sustente nuestros hallazgos

ESTA TESIS NO FORMA
DE LA BIBLIOTECA



CONCLUSIONES

1. Los tumores malignos de nariz y senos paranasales son más frecuentes entre los 50 y 60 años y es mayor en hombres que en mujeres.
2. En este estudio se encontró baja incidencia de tumores relacionados a ocupación y exposición a agentes tóxicos, pudiendo explicarse por interrogatorio insuficiente al paciente. Por tanto, hay que ser más incisivo al momento de realizar una historia clínica.
3. Tabaquismo, alcoholismo, o ambos, son factores importantes en la etiología de tumores malignos de nariz y senos paranasales.
4. La sintomatología principal de tumores malignos de nariz y senos paranasales es muy similar a la de una sinusitis. Se presenta con obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis, dolor facial, etc como síntomas más comunes. Debemos sospechar neoplasia en paciente con antecedentes relacionados y que no responden a tratamientos repetitivos contra sinusitis.
5. La localización en orden de frecuencia de tumores malignos de nariz y senos paranasales son pared nasal, antro maxilar, etmoides, seno esfenoidal y seno frontal.
6. El diagnóstico histopatológico más frecuente encontrado en nuestro estudio fue el de linfoma No Hodgkin, seguido de carcinoma epidermoide o de células escamosas.
7. Carcinoma epidermoide tiene mayor incidencia entre los 50 y 60 años y es mayor en hombres que en mujeres.
8. Linfoma No Hodgkin se presentó entre los 30 y 40 años de edad, siendo de igual proporción tanto en hombres como en mujeres.



Hoja de Recolección de Datos

Nombre del paciente.

Edad:

Sexo:

Antecedentes heredofamiliares: (Carga genética para tumores de SPN):

Antecedentes personales no patológicos.

- Lugar de residencia:
- Ocupación:
- Tabaquismo
- Alcoholismo.
- Exposición a tóxicos. (Cuál?)

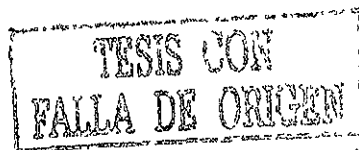
Sintomatología

- Obstrucción nasal:
- Rinorrea
- Dolor:
- Epistaxis:

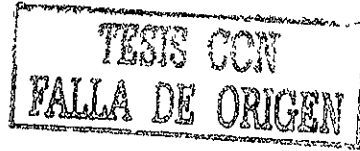
Exploración física.

Localización del tumor

Diagnóstico histopatológico.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Bjerregaard B et al. Tumours of the nose and maxillary sinus Ten survey from Kenya. *J Laryngol Otol* 1992, 106 (4): 337-41.
2. Lareo AC et al. History of previous nasal diseases and sinonasal cancer: a case control study. *Laryngoscope* 1992; 102 (4): 439-42
3. Osguthorpe JD et al. Sinus neoplasia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120 (1): 19-25
4. Krauss DH et al. Factors influencing survival in ethmoid sinus cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992, 118 (4): 367-72.
5. Krauss DH et al. Nonsquamous cell malignancies of the paranasal sinuses. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990, 99 (1): 5-11
6. Goldenberg D et al Malignant tumors of the nose and paranasal sinuses; a retrospective review of 291 cases *Ear Nose Throat J* 2001; 80 (4) 272-7.
7. Quraishi MS et al. Non Hodgkin's Lymphoma of the sinonasal tract. *Laryngoscope* 2000; 110 (9). 1489-92
8. Miyaguchi M et al. Multiple primary malignancies in patients with malignant tumours of the nasal cavities and paranasal sinuses *J Laryngol Otol* 1990; 104 (9). 696-8.



9. Calderón - Garcidueñas L et al. Malignant neoplasms of the nasal cavity and paranasal sinuses: A series of 256 patients in Mexico City and Monterrey. Is air pollution the missing link? *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 122 (4): 499-508.
10. Kim GE et al Adenoid cystic carcinoma of the maxillary antrum. *Am J Otolaryngol* 1999; 20 (2) 77-84
- 11 Alvarez I et al. Prognostic factors in paranasal sinuses cancer. *Am J Otolaryngol* 1995, 16 (2): 109-14.
12. Sercarz JA Sarcomas of the nasal cavity and paranasal sinuses *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994, 103 (9). 699-704
13. El-Hakim H, Ahsan F, Wills LC Pnmary non Hodgkin's Lymphoma of the frontal sinus. How we diagnosed it *Ear Nose Throat J* 2000; 79 (9). 738, 741-3
- 14 Busaba NY. Pnmary melanoma of the sphenoid sinus. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 123 (8). 748-9.
- 15 Zamora RL et al Clinical classification and staging for primary malignancies of the maxillary antrum *Laryngoscope* 1990, 100 (10 pt 1): 1106-11
- 16 Halvorson DJ et al Flow ctometry and squamous cell carcinoma of the maxillary sinus. A possible prognostic indicator for multimodality intervention. *Oncology* 1999; 56 (3): 248-52
- 17 Bailey BJ et al *Head and Neck Surgery - Otolaryngology*. 1998, 2nd ed: 1445-69.
- 18 Paparella MM et al *Otorhinolaryngology* 1994, 3rd ed, Vol III: 2264-92.



19. Moher A, Frías-Mendivil M, Suchil-Bernal L. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud Pública Mex* 1997; 39: 253-8
20. Scherr PA, Hutchinson GB, Neiman RS. Non Hodgkin's Lymphoma and occupational exposure. *Cancer Res* 1992; 52: 5503s-9s.
21. Hartge P, Devesa SS. Quantification of the impact of known risk factors on time trends in non Hodgkin's lymphoma incidence. *Cancer Res* 1992, 52: 5566s-9s.
22. Jaffe ES et al. Report of the workshop on nasal and related extranodal angiocentric T/Natural Killer cell lymphomas. *Am J Surg Pathol* 1996, 20: 103-11
23. Elenitoba-Johnson et al. Cytotoxic granular protein expression Epstein-Barr virus strain type and latent membrane protein-1 oncogene deletions in nasal T-lymphocyte/natural killer cell lymphomas from México. *Mod Pathol* 1998, 11: 754-61.