



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**

**“ NEOPLASIAS DE CAVIDAD NASAL Y SENOS PARANASALES.
EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”
DEL 2009 AL 2016”**

TESIS:

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

PRESENTA:

DRA. ANGÉLICA CONTRERAS MUÑOZ

ASESOR:

**DR. GERARDO ARTURO BRAVO ESCOBAR
MÉDICO ADSCRITO A LA DIVISIÓN DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO.
MÉXICO. FEBRERO DE 2017
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**



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.

AUTORIZACIONES

Dr. Octavio Sierra Martínez
Director de Enseñanza
e Investigación

Dra. María Elisa Vega Memije
Subdirección de Investigación
Biomédica

Dr. Héctor Manuel Prado Calleros
Responsable de División de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza
y Cuello

Dr. Gerardo Arturo Bravo Escobar
Médico adscrito a la División de Otorrinolaringología y Cirugía de
Cabeza y Cuello.
Investigador Principal

Este trabajo de Tesis con No. PROT-19-54-2016, presentado por la alumna Angélica Contreras Muñoz se presenta en forma con visto bueno por el Tutor principal de la Tesis Dr. Gerardo Arturo Bravo Escobar con fecha del 15 de julio de 2016 para su impresión final.

Dra. María Elisa Vega Memije
Subdirección de Investigación
Biomédica

Dr. Gerardo Arturo Bravo Escobar
Investigador Principal

Este trabajo fue realizado en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en el Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello bajo la dirección del Dr. Gerardo Arturo Bravo Escobar con apoyo de los departamentos de Enseñanza e Investigación.

Neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales. Experiencia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” del 2009 al 2016.

Contreras-Muñoz A¹, Bravo-Escobar G², Prado-Calleros H³.

1 Residente de cuarto Año de Especialidad de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

2 Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

3 Jefe de División de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales son raras, las neoplasias benignas son más frecuentes que las malignas, generalmente la edad de presentación de las benignas es en la segunda década de la vida y de las malignas en la quinta a séptima década de la vida. Los síntomas de presentación más comunes son obstrucción nasal, descarga nasal, epistaxis, edema o aumento de volumen facial y síntomas orbitarios.

OBJETIVO: Conocer la frecuencia de los pacientes con neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

MÉTODOS: Durante el periodo de junio de 2009 a junio de 2016 en la División de Anatomía Patológica del nuestro hospital, se recabó el número de expediente de todos los reportes de biopsia de neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales. Antes de seleccionar la muestra se obtuvo la frecuencia de los diferentes diagnósticos patológicos. Para conformar la muestra del estudio se seleccionaron solamente los expedientes de los pacientes que tuvieran información accesible y completa. La muestra fue de 53 expedientes. Recabamos información de diferentes variables y realizamos el análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS: Las variables sociodemográficas estudiadas en la muestra fueron: sexo y edad. Con respecto al sexo tuvimos 22 mujeres (41.5%) y 31 (58.5%) hombres. La edad promedio fue de 47.28 ± 19.11 años. Las características clínicas estudiadas fueron las siguientes: presencia de epistaxis en el 64.1% (34), obstrucción nasal 83% (44), descarga nasal 73.5% (39), aumento de volumen 24.5% (13) y alteraciones visuales 3.7% (2). El tiempo de evolución promedio fue de 2.8 ± 4.4 años. La localización de las neoplasias de ésta muestra fue: nariz en el 84.9% (45), nasofaríngeo en el 5.6% (3) y senos paranasales en 9.4% (5). Finalmente, los diagnósticos patológicos más frecuentes de las neoplasias estudiadas en la muestra fueron los siguientes: papiloma nasal invertido en el 28.3% (15 casos), seguido del nasoangiofibroma 13.2% (7 casos) y hemangioma en el 7.5% (4) junto con carcinoma epidermoide en el 7.5% (4 casos).

CONCLUSIONES: Se concluyó que la población de nuestro estudio presenta comúnmente las características clínicas reportadas en los tumores de cavidad nasal y senos paranasales, así como datos epidemiológicos como sexo y edad de presentación. De acuerdo a nuestros datos la

neoplasia benigna más común es el papiloma nasal invertido, por otro lado la neoplasia maligna más frecuente fue el carcinoma epidermoide.

PALABRAS CLAVE: *neoplasias, cavidad nasal, senos paranasales.*

ABSTRACT

BACKGROUND: Neoplasms of nasal cavity and paranasal sinuses are rare, benign neoplasms are more common than malignant, usually the age of presentation of benign is in the second decade of life and the malignant in the fifth to seventh decade of life. The symptoms are most common presenting nasal obstruction, nasal discharge, epistaxis, facial edema or increased volume and orbital symptoms.

OBJECTIVE: To determine the frequency of patients with neoplasms of nasal cavity and paranasal sinuses in the service of Otolaryngology of General Hospital "Dr. Manuel Gea González".

METHODS: During the period June 2009 to June 2016 in the Division of Pathology of our hospital, the file number of all reported neoplasms biopsy nasal cavity and paranasal sinuses was collected. Before selecting the sample frequency of different pathological diagnosis was obtained. To form the study sample was selected only the records of patients who had accessible and complete information. The sample was 53 records. We collect information from different variables and perform the descriptive statistical analysis.

RESULTS: Sociodemographic variables studied in the sample were: age and sex. About sex we had 22 women (41.5%) and 31 (58.5%) men. The average age was 47.28 ± 19.11 years. The clinical characteristics studied were: presence of epistaxis in 64.1% (34), nasal obstruction 83% (44), nasal discharge 73.5% (39), volume up 24.5% (13) and visual disturbances 3.7% (2). The average development time was 4.4 ± 2.8 years. The location of this neoplasms sample was: nose 84.9% (45), nasopharyngeal in 5.6% (3) and paranasal sinuses 9.4% (5). Finally, the most common pathologic diagnoses of neoplasms studied in the sample were: nasal inverted papilloma in 28.3% (15 cases), followed by nasoangiofibroma 13.2% (7 cases) and hemangioma in 7.5% (4) together with epidermoid carcinoma in 7.5% (4 cases).

CONCLUSIONS: It was concluded that the population of our study presents the clinical characteristics commonly reported in tumors of nasal cavity and paranasal sinuses, as well as epidemiological data such as sex and age of presentation. According to our data the most common benign neoplasm is inverted papilloma, on the other hand the most common malignancy was epidermoid carcinoma.

KEY WORDS: *neoplasms, nasal cavity, paranasal sinuses.*

INTRODUCCION

Los tumores de nariz y senos paranasales son raros, los tumores malignos representan sólo el 3% de todos los cánceres de cabeza y cuello, 3% a 5% de los cánceres en el tracto aerodigestivo superior y el 1% de todos los tumores malignos, con una incidencia máxima en la 5ª a 7ª década de la vida y preponderancia masculina, el carcinoma epidermoide es el más común. [1] Los tumores benignos son más frecuentes en la segunda década, el angiofibroma nasofaríngeo y papiloma siguen siendo los más comunes entre ellos. [2]

Las neoplasias epiteliales predominan sobre las no epiteliales, pueden surgir de la mucosa nasal, de tejido salival menor o mucosa olfativa. Cada uno de los tejidos mesenquimales del tracto nasosinusal puede dar lugar a componentes neoplásicos benignos o malignos. [2]

La mayoría de los estudios publicados han identificado como el sitio primario más frecuente al seno maxilar, sin embargo otros estudios han identificado como sitio primario la cavidad nasal (43.9%) y el seno maxilar (35.9%). La histología más común es el carcinoma de células escamosas (epidermoide) (51.6%) y en segundo lugar el adenocarcinoma (12.6%). Debido a que estos tumores son identificados en una etapa avanzada, la identificación del sitio de origen puede ser difícil. Los tumores malignos primarios del seno frontal son poco comunes y los derivados del seno esfenoidal son raros. [3]

Se han descrito varios factores de riesgo laboral para el desarrollo de estos tumores, los adenocarcinomas se han asociado con la exposición al polvo de madera, pigmentos de cromo en prendas de vestir y piel, mientras que el carcinoma de células escamosas se ha relacionado con el níquel, polvo de madera blanda, radio como elemento químico, gas mostaza y asbesto. La exposición ocupacional que implica el uso de formaldehído ha demostrado aumentar el riesgo tanto de ambas estirpes. [4]

Los síntomas de presentación más comunes en lesiones de nariz y senos paranasales son obstrucción nasal, secreción nasal, epistaxis, edema de cara, síntomas orbitarios y óticos. [5]

Estudios de imagen como tomografía computada y resonancia magnética desempeñan un papel importante y revolucionario para el diagnóstico temprano, tratamiento, detección de metástasis y seguimiento en estas neoplasias. La resonancia magnética es el estudio diagnóstico de elección en la evaluación de los tumores nasosinuales, debido a la mejor visualización de tejidos blandos y extensión intracraneal u orbitaria, escenario común en tumores malignos de cabeza y cuello. Sin embargo, la tomografía es más comúnmente utilizada para patología nasosinusal, debido a su disponibilidad, menor costo y mejor modalidad para evaluar cambios óseos como erosión y presencia de calcificaciones; cambios demostradas por resonancia magnética. Siendo habitual, entonces, que se consideren estudios complementarios ante la presencia de estas neoplasias [1].

Las lesiones benignas son comunes y la falta de detección temprana puede conducir a un tratamiento más agresivo como cirugías radicales. Tienen una historia natural larga con recurrencias locales frecuentes y por lo tanto con morbilidad significativa. [5]

El pronóstico de los tumores malignos nasales y de senos paranasales depende en gran medida de la localización, histología y estadio. El estándar de tratamiento para la mayoría de estas lesiones sigue siendo la cirugía o cirugía seguida de radioterapia adyuvante, el uso de radiación como tratamiento único ofrece beneficios cuestionables. [3,6]

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más comúnmente encontrada del tracto nasosinusal, los tipos queratinizante y no queratinizante son los más frecuentes, el tipo indiferenciado es menos frecuente. En 1 a 7% de todos los casos, se ve asociado papiloma nasal invertido. El carcinoma de células escamosas surge en los senos paranasales con mayor frecuencia que en la cavidad nasal. [3]

A menudo se diagnostica en una etapa tardía, ya que en etapas tempranas no suele dar signos o síntomas que lleen a su detección, siendo entonces, la propagación regional a ganglios linfáticos alta. El tratamiento electivo de cuello puede ser considerado, sobre todo cuando el carcinoma escamoso ha invadido tejido blando o estructuras óseas adyacentes. La tasa de supervivencia a 5 años va del 40 a 70%. [3]

La enfermedad en estadio temprano (T1 / T2) que surge de la cavidad nasal puede ser controlada con tratamiento de una sola modalidad (cirugía o radioterapia), mientras que la enfermedad en estadio avanzado (T3 / T4) requiere un manejo multimodal. [3]

El carcinoma adenoideo quístico es el segundo tumor más común de la cavidad nasal y paranasal y representa aproximadamente el 10% de todos los carcinomas no escamosos de cabeza y cuello y 15% de todos los cánceres de glándulas salivales. Surge con mayor frecuencia en las glándulas salivales menores que en las mayores. Existen 3 subtipos basadas en la arquitectura histológica del tumor: cribiforme, tubular y sólido. El patrón cribiforme es la más común, el patrón tubular tiene el mejor pronóstico y el sólido tiene el peor pronóstico. [3]

En general, es una neoplasia de crecimiento lento y las recurrencias a menudo se desarrollan de 10 a 20 años después del tratamiento inicial; tiene una propagación perineural y por ello, frecuentemente extensión intracraneal, lo que representa un desafío para su tratamiento y es causa de alta morbilidad. Los nervios más frecuentemente implicados son el maxilar, mandibular y vidiano. Tiene un pronóstico pobre debido a que la resección con márgenes negativos es complicada. La extensión a ganglios linfáticos es poco común y se presenta en 10% a 30% de los pacientes, mientras que la propagación hematogena distante es más frecuente, los sitios distantes de metástasis más comúnmente afectadas son los pulmones y huesos largos. [3,7]

El estándar de oro de tratamiento es el quirúrgico con márgenes negativos, en el postoperatorio la radiación se utiliza para lograr un mejor control local, aunque la asociación con el aumento de

la supervivencia sigue siendo controversial. El papel de la quimioterapia sistémica aún no se ha definido, aunque se ha demostrado que beneficia a algunos pacientes con enfermedad recurrente, metastática y/o enfermedad no resecable. Se compone principalmente de cisplatino solo o en combinación con otros agentes (doxorrubicina, 5-fluorouracilo) y las tasas de respuesta a la quimioterapia han sido inconsistentes menos del 20%. [3]

El adenocarcinoma representa la tercer causa más común de tumor maligno en el tracto nasosinusal, representa aproximadamente el 15% de todos los cánceres nasosinusales. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino y con presentación en los senos etmoidales. Este tumor maligno se divide en tipo de glándula salival y no glandulares, este último se separa adicionalmente en tipos intestinales y no intestinales, las subclasificaciones del tipo intestinal incluyen papilar, colonico, sólido, mucinoso o mixto, y el no intestinal se clasifican como de bajo o alto grado. Carcinomas de tipo intestinal son generalmente agresivos con una tasa de recurrencia local de hasta 50%, una diseminación linfática en 10% y una tasa de metástasis distante de 20%. [3]

La mayoría surgen de las glándulas mucoserasas mientras que el resto se origina en el epitelio respiratorio, muchos pacientes con adenocarcinomas son efectivamente tratados con radioterapia. Sin embargo, la excisión quirúrgica seguida de radioterapia se ve favorecida en muchos centros de todo el mundo. La resección abierta craneofacial radical en muchos casos está justificada y es adyuvante a la radioterapia en enfermedad en estadio avanzado. En pacientes seleccionados un abordaje endoscópico puede ser considerado. Otro método de tratamiento implica la citorreducción quirúrgica endoscópica o abordaje abierto en combinación con quimioterapia (5-fluorouracilo); la radioterapia en este caso sólo se da en casos de recurrencia. Las tasas de supervivencia a 10 años superan el 70%. [3]

Las lesiones linfoides extraganglionares de cabeza y cuello afectan predominantemente nasofaringe, senos paranasales y glándulas salivales. Los linfomas de células B son comunes en la nasofaringe y el anillo de Waldeyer; los linfomas de células T/NK (natural killer) predominan en las fosas nasales y deben distinguirse de otras lesiones destructivas englobadas con el término de granuloma letal de la línea media, como la granulomatosis de Wegener o enfermedades infecciosas como escleroma respiratorio, sífilis o lepra que también son altamente destructivas. [8]

Los linfomas T/NK se presentan en ambos sexos y son más frecuentes en pacientes orientales, sudamericanos (7%) y mexicanos. Son raros en Estados Unidos y Europa (1.5%), donde predominan los linfomas B. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2002), la variedad más frecuente es el linfoma de células T/NK tipo nasal en países asiáticos y en otros de América latina; se caracteriza por infiltrado de células linfoides atípicas cuyo tamaño varía desde células pequeñas hasta células grandes de aspecto blástico y pleomórfico, frecuentemente presentan angiocentricidad, angiointervención y necrosis coagulativa. Los marcadores característicos de este

linfoma son CD3, BF1, CD56, TIA1, granzima A y perforina. Debido a su asociación con el virus de Epstein-Barr, la hibridación in situ resulta de gran utilidad para identificarlos. Para clasificar los linfomas B de la región centrofacial son de utilidad los marcadores pan B como CD20 y CD79a. El tipo histológico más común es el linfoma difuso de células grandes. [8]

En éste trabajo realizamos un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo con el objetivo de conocer la frecuencia y las características clínicas de los pacientes con neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en un periodo de 7 años.

MÉTODOS

Durante el periodo de junio de 2009 a junio de 2016 en la División de Anatomía Patológica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” se recabó el número de expediente de todos los reportes de biopsia de neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales. Estos expedientes constituyeron el universo del estudio. Para conformar la población del estudio se seleccionaron solamente los expedientes de los pacientes que tuvieran información accesible y completa. De cada uno de los expedientes clínicos se recabó información de cada paciente organizada en las siguientes categorías: características sociodemográficas, características clínicas y características patológicas. Dentro de las características sociodemográficas se consideraron sexo y edad; en las características clínicas del paciente se consideró la presencia de: epistaxis, obstrucción nasal, descarga nasal, alteraciones visuales y tiempo de evolución; finalmente en las características patológicas se incluyó: localización de la lesión y diagnóstico patológico. Se completó la base de datos con las variables antes mencionadas y se realizó el análisis con estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión: rango, media, desviación estándar, proporciones o porcentajes.

Previo a todos los procedimientos del estudio se obtuvo la aprobación de los comités de investigación y de ética en investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

RESULTADOS

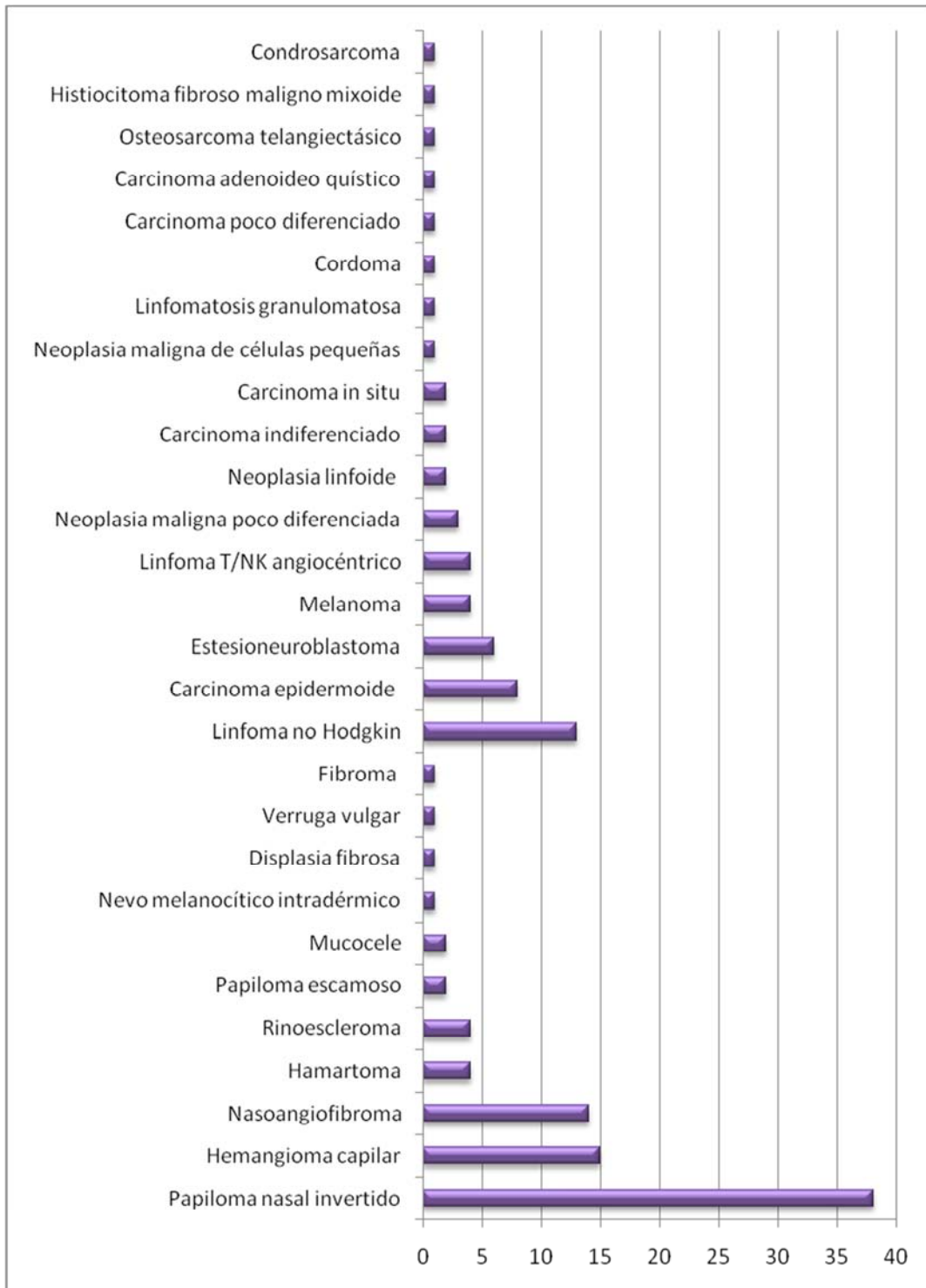
Entre junio de 2009 y junio de 2016, se obtuvieron 140 reportes de patología de neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales, esto constituyó el universo del estudio. De éstos, 135 tuvieron un reporte patológico completo y se analizaron los datos para obtener la frecuencia de cada diagnóstico patológico. Esto se consideró la población de estudio. (Tabla I) (Grafica I).

Tabla I. Diagnóstico patológico de neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales enviadas a anatomía patológica de junio de 2009 a junio de 2016.

Diagnóstico patológico	Casos * (n=135)
Neoplasia benignas	83 (61.5%)
<i>Papiloma nasal invertido</i>	38 (28.1%)
<i>Hemangioma capilar</i>	15 (11.1%)
<i>Nasoangiofibroma</i>	14 (10.3%)
<i>Hamartoma</i>	4 (2.9%)
<i>Rinoscleroma</i>	4 (2.9%)
<i>Papiloma escamoso</i>	2 (1.4%)
<i>Mucocele</i>	2 (1.4%)
<i>Nevo melanocítico intradérmico</i>	1 (0.7%)
<i>Displasia fibrosa</i>	1 (0.7%)
<i>Verruga vulgar</i>	1 (0.7%)
<i>Fibroma</i>	1 (0.7%)
Neoplasias malignas	52 (38.5%)
<i>Linfoma no Hodgkin</i>	13 (9.6%)
<i>Carcinoma epidermoide</i>	8 (5.9%)
<i>Estesioneuroblastoma</i>	6 (4.4%)
<i>Melanoma</i>	4 (2.9%)
<i>Linfoma T/NK angiocéntrico</i>	4 (2.9%)
<i>Neoplasia maligna poco diferenciada</i>	3 (2.2%)
<i>Neoplasia linfoide</i>	2 (1.4%)
<i>Carcinoma indiferenciado</i>	2 (1.4%)
<i>Carcinoma in situ</i>	2 (1.4%)
<i>Neoplasia maligna de células pequeñas</i>	1 (0.7%)
<i>Linfomatosis granulomatosa</i>	1 (0.7%)
<i>Cordoma</i>	1 (0.7%)
<i>Carcinoma poco diferenciado</i>	1 (0.7%)
<i>Carcinoma adenoideo quístico</i>	1 (0.7%)
<i>Osteosarcoma telangiectásico</i>	1 (0.7%)
<i>Histiocitoma fibroso maligno mixoide</i>	1 (0.7%)
<i>Condrosarcoma</i>	1 (0.7%)

* Datos mostrados como a casos (porcentaje)

Gráfica I. Distribución de los diagnósticos patológicos de neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales enviadas a anatomía patológica de junio de 2009 a junio de 2016



A la población del estudio, con el fin de obtener las características clínicas de cada uno de los casos, se seleccionó solamente los expedientes clínicos que tuvieron información completa y accesible en el archivo clínico del hospital, los cuales formaron parte de la muestra del estudio. La muestra final fue de 53 expedientes.

Las variables sociodemográficas estudiadas en la muestra fueron: sexo y edad. Con respecto al sexo tuvimos 22 mujeres (41.5%) y 31 (58.5%) hombres. La edad promedio fue de 47.28 ± 19.11 años. Las características clínicas estudiadas fueron las siguientes: presencia de epistaxis en el 64.1% (34), obstrucción nasal 83% (44), descarga nasal 73.5% (39), aumento de volumen 24.5% (13) y alteraciones visuales 3.7% (2). (Gráfica II). El tiempo de evolución promedio fue de 2.8 ± 4.4 años. La localización de las neoplasias de ésta muestra fue: nariz en el 84.9% (45), nasofaríngeo en el 5.6% (3) y senos paranasales en 9.4% (5). (Tabla 2).

Gráfica II. Características clínicas de los pacientes con neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales.

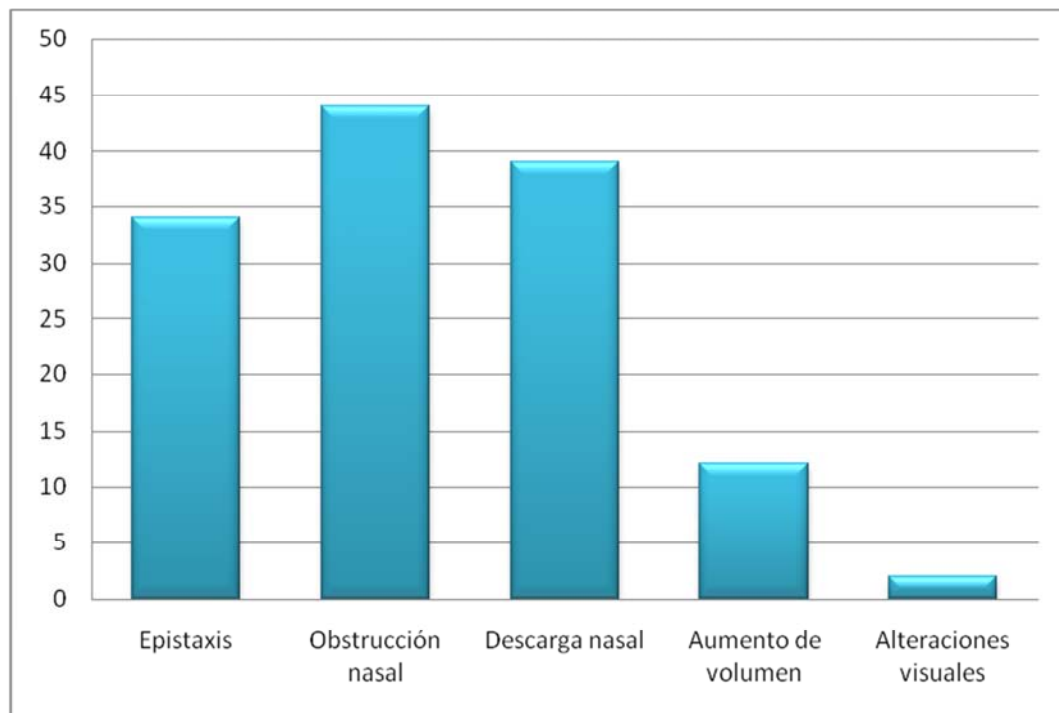


Tabla II. Datos demográficos y características clínicas de los casos que cumplieron con criterios de selección para la muestra del estudio.

Parámetro	Casos (n=53)
Edad (años)	47.28 ± 19.11 *
Sexo	
<i>Masculino</i>	31 (58.5%) ‡
<i>Femenino</i>	22 (41.5%) ‡
Localización de la lesión	
<i>Nariz</i>	45 (84.9%) ‡
<i>Nasofaringe</i>	3 (5.6%) ‡
<i>Senos paranasales</i>	5 (9.5%) ‡
Características clínicas	
<i>Epistaxis</i>	34 (64.2%) ‡
<i>Obstrucción nasal</i>	44 (83%) ‡
<i>Descarga nasal</i>	39 (73.6%) ‡
<i>Aumento de volumen</i>	13 (24.5%) ‡
<i>Alteraciones visuales</i>	2 (3.8%) ‡
Tiempo de evolución	2.8 años (0.12-21)**

* Datos mostrados como media ± desviación estándar

** Datos mostrados como media (intervalo)

‡ Datos mostrados como media (porcentaje)

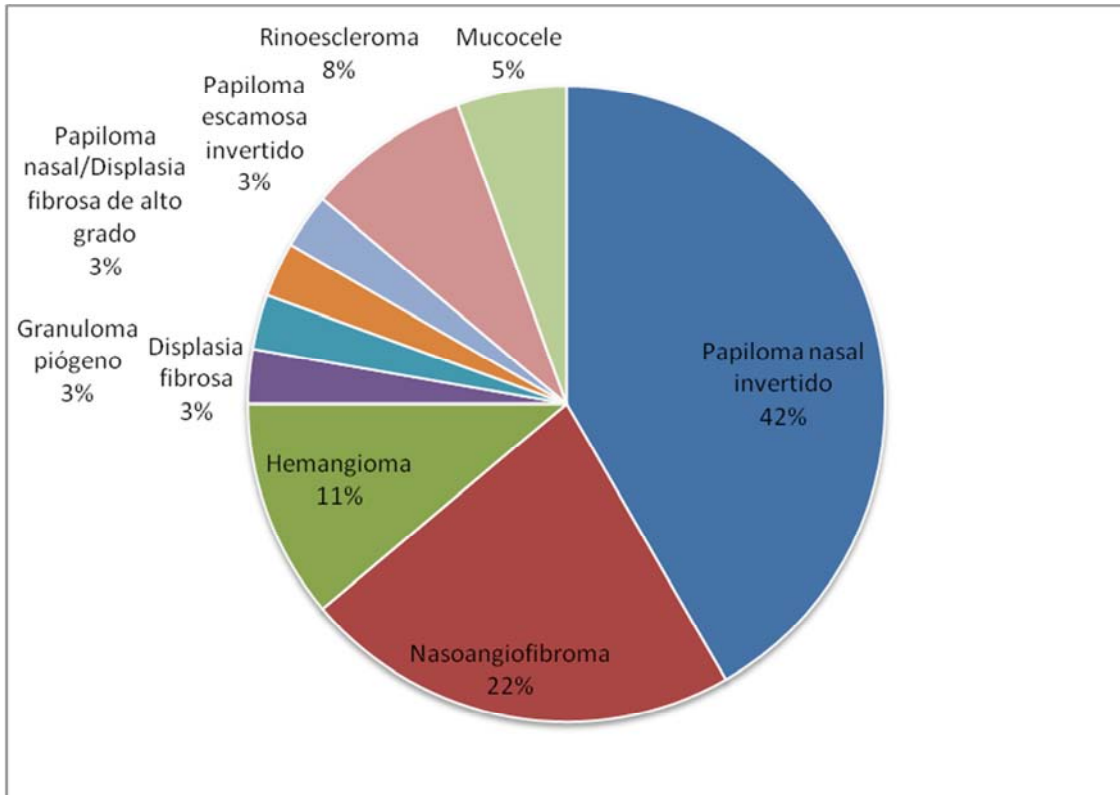
Finalmente, los diagnósticos patológicos más frecuentes de las neoplasias estudiadas en la muestra fueron los siguientes: papiloma nasal invertido en el 28.3% (15 casos), seguido del nasoangiofibroma 13.2% (7 casos) y hemangioma en el 7.5% (4) junto con carcinoma epidermoide en el 7.5% (4 casos). (Tabla III) (Gráfica IIIa y IIIb)

Tabla III. Diagnóstico patológico de los casos que cumplieron criterios de selección para la muestra del estudio

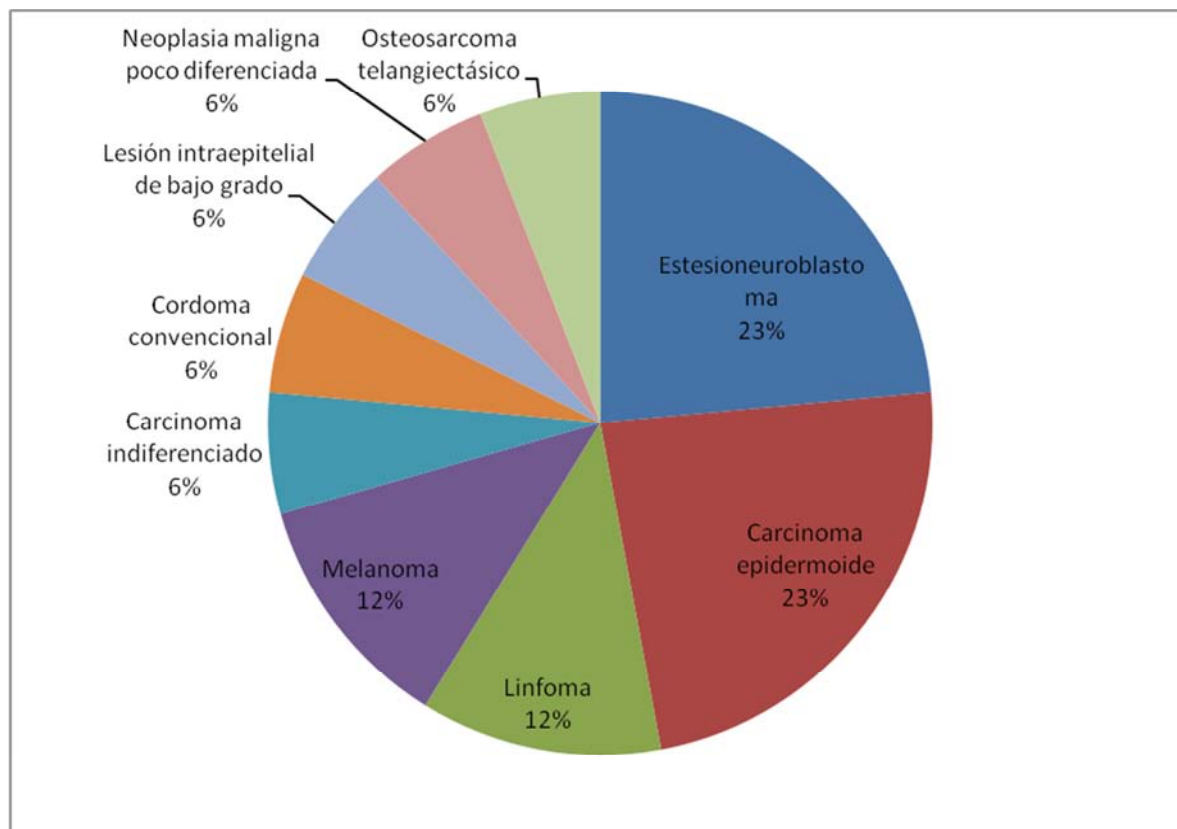
Diagnóstico	Casos* (n=53)
Neoplasia benignas	36 (67.9%)
<i>Papiloma nasal invertido</i>	15 (28.3%)
<i>Nasoangiofibroma</i>	8 (15%)
<i>Hemangioma</i>	4 (7.5%)
<i>Displasia fibrosa</i>	1 (1.9%)
<i>Granuloma piógeno</i>	1 (1.9%)
<i>Papiloma nasal/Displasia fibrosa de alto grado</i>	1 (1.9%)
<i>Papiloma escamosa invertido</i>	1 (1.9%)
<i>Rinoscleroma</i>	3 (5.6%)
<i>Mucocele</i>	2 (3.8%)
Neoplasias malignas	17 (32.1%)
<i>Estesioneuroblastoma</i>	4 (7.5%)
<i>Carcinoma epidermoide</i>	4 (7.5%)
<i>Linfoma</i>	2 (3.8%)
<i>Melanoma</i>	2 (3.8%)
<i>Carcinoma indiferenciado</i>	1 (1.9%)
<i>Cordoma convencional</i>	1 (1.9%)
<i>Lesión intraepitelial de bajo grado</i>	1 (1.9%)
<i>Neoplasia maligna poco diferenciada</i>	1 (1.9%)
<i>Osteosarcoma telangiectásico</i>	1 (1.9%)

* Datos mostrados como número de casos (porcentaje)

Gráfica IIIa. Distribución de los diagnósticos patológicos benignos de los casos que cumplieron criterios de selección para la muestra del estudio



Gráfica IIIb. Distribución de los diagnósticos patológicos malignos de los casos que cumplieron criterios de selección para la muestra del estudio



DISCUSIÓN

Existen varios trabajos en la literatura que han estudiado las neoplasias de cavidad nasal y senos paranasales. Con respecto a las características epidemiológicas Garg y colaboradores y Narayana y colaboradores en sus estudios observaron que el sexo masculino es el más frecuente, y la edad de presentación predominante es entre la segunda y tercera década de la vida. En nuestro estudio encontramos que el sexo masculino es el género más afectado y la edad de presentación en neoplasias benignas era en la segunda década de la vida y malignas en la quinta y sexta década de la vida.

Garg y colaboradores observaron que de todas las lesiones en nariz y senos paranasales 73.6% fueron benignas y 26.4% malignas en nuestro estudio el 67.9% fueron benignas y el 32.1% fueron malignas. Garg y colaboradores encontraron que la neoplasia benigna más común era el papiloma nasal invertido 45.46% y el carcinoma epidermoide la neoplasia maligna más frecuente 46.15%. Lathi y colaboradores encontraron que el hemangioma fue la neoplasia benigna más común 47.3% seguida del papiloma nasal invertido 36.8%, el carcinoma epidermoide representó el 92.3% de todas las neoplasias malignas. En nuestro estudio de todos los diagnósticos de patología se encontró que el papiloma nasal invertido fue la neoplasia benigna más común

45.8%, seguido del hamangioma capilar 18% y nasoangiofibroma 16.8%; de las neoplasias malignas el linfoma no Hodgkin fue el más frecuente 25%, seguido del carcinoma epidermoide 15.4%, de los casos que cumplieron con los criterios de inclusión el esteseoneuroblastoma tuvo la misma frecuencia que el carcinoma epidermoide 2.5%.

Lathi y colaboradores en las características clínicas encontraron que la obstrucción nasal fue el síntoma más frecuente 97.3%, seguido de rinorrea 49.1%, hiposmia 31.25% y epistaxis 17.9%, Fasunla y colaboradores encontraron como síntoma más frecuente epistaxis 100%, Narayana y colaboradores encontraron que los síntomas más frecuentes fueron obstrucción nasal, epistaxis y descarga nasal. En nuestro estudio encontramos como característica clínica más frecuente obstrucción nasal 83%, descarga nasal 73.6%, epistaxis 64.1%.

Fasunla y colaboradores encontraron que el tiempo de evolución fue de 3-15 meses en nuestro estudio se encontró un tiempo de evolución de 2.8 años.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la población de nuestro estudio presenta comúnmente las características clínicas reportadas en los tumores de cavidad nasal y senos paranasales, así como datos epidemiológicos como sexo y edad de presentación. Cuando estudiamos solamente los reportes de patología de pacientes con neoplasia de cavidad nasal y seno paranasales se encontró que son más frecuentes las neoplasias benignas que las malignas. En relación a las neoplasias malignas fue más frecuente el linfoma no Hodgkin. Por otro lado, en la muestra del estudio, en la cual aplicamos nuestros criterios de selección, observamos que la neoplasia maligna más común fue el carcinoma epidermoide y el esteseoneuroblastoma; la neoplasia benigna más común fue el papiloma nasal invertido.

REFERENCIAS

1. Sivalingam,J. Sarawagi,R. Raghuwanshi,S. Kumar,P. Sinonasal Neoplasia- Clinicopathological Profile And Importance of Computed Tomography. J Clin Diag Resear. 2015 Jun, Vol-9(6): TC01-TC04.
2. Lathi A, Syed MMA, Kalakoti P, Qutub D, Kishve SP. Clinico-pathological profile of sinonasal masses: a study from a tertiary care hospital of India. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2011;31(6):372-77.
3. Haerle,S, Gullane, P, Witterick,I, Zweifel,C, Gentili,F. Sinonasal Carcinomas: Epidemiology, Pathology, and Management. Neurosurg Clin N Am 2013; 24:39–49.
4. Luce D, Leclerc A, Begin D, et al. Sinonasal cancer and occupational exposures: pooled data analysis of 12 case-control studies. Cancer Causes Control 2002; 13:147–57.
5. Garg, D. Mathur, K. Clinico-pathological Study of Space Occupying Lesions of Nasal Cavity, Paranasal Sinuses and Nasopharynx. J Clin Diag Resear. 2014;8(11):FC04-FC07
6. Vahamurto, P. Silventoinen, K.Vento,S. Karjalainen,M. Haapaniemi,A. Mannisto,L. et al. Clinical findings of extranodal SNT lymphoid malignancies in a four-decade single-centre series. Eur Arch Otorhinolaryngol 2016; DOI 10.1007/s00405-016-3992-7.
7. Thompson,L . Penner, C. Ho, N. Foss, R. Miettinen, M. Wieneke, J. Moskaluk,C. et al. Sinonasal Tract and Nasopharyngeal Adenoid Cystic Carcinoma: A Clinicopathologic and Immunophenotypic Study of 86 Cases. Head Neck Pathol 2014;8:88–109.
8. Romero, B, Lazos, M, Cruz, H, Vázquez, P, Cruz, A, Velásquez, G. et al. Linfomas no Hodgkin de nariz, paladar y orofaringe en pacientes del Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex 2008; 71 (3):119-125.
9. Turner J, Reh D. Incidence and survival in patients with sinonasal cancer: a historical analysis of population-based data. Head Neck 2012; 34(6):877–85.
10. Fasunla, A . Lasisi, A. Sinonasal Malignancies: A 10-Year Review in a Tertiary Health Institution. J Natl Med Assoc. 2007; 99(12):1407-1410.
11. Narayana, K. Chandre,G. A Clinical Study Of Benign Tumours Of Nose And Paranasal Sinuses. Indian J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2004;56(1):265-268.