



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN ESTUDIO DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**RECIDIVAS POSTQUIRÚRGICAS DEL PAPILOMA NASAL INVERTIDO  
DE ACUERDO AL ESTADIO PRE QUIRÚRGICO TOMOGRÁFICO**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:  
DRA. MÓNICA MARIANA PAZ ALONSO**

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

**ASESOR DE TESIS:  
DR. MARTIN RAMIRO CASTAÑEDA DE LEÓN**

**NO DE REGISTRO DE PROTOCOLO**

**083.2016**

**CIUDAD DE MEXICO, 2017**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

---

DR. DANIEL ANTONIO RODRÍGUEZ ARAIZA  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

---

DRA. FLOR MARÍA DE GUADALUPE  
ÁVILA FEMATT  
JEFE DE ENSEÑANZA MÉDICA

---

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO  
JEFE DE INVESTIGACIÓN

---

DR. DANIEL ANTONIO RODRÍGUEZ ARAIZA  
PROFESOR TITULAR

---

DR. MARTÍN RAMIRO CASTAÑEDA DE LEÓN  
ASESOR DE TESIS

## RESUMEN:

El papiloma invertido es una tumoración de localización frecuente en la región naso sinusal, cuyas manifestaciones clínicas tardías y la posibilidad de recidiva y malignización obligan a un estudio exhaustivo y un tratamiento resolutivo. **Objetivo:** Determinar la presencia de recidivas en pacientes con diagnóstico de papiloma nasal invertido, independientemente del estadio en el que se encuentren. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio clínico, retrospectivo, descriptivo, longitudinal del papiloma invertido nasosinusal, en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos. Se analizaron las variables, edad, sexo, raza, síntomas y signos, exposición a tabaco, madera, insecticida, pintura, alergias concomitantes, enfermedades crónicas degenerativas, clasificación técnica quirúrgica, evolución post terapéutica y recidiva a 6 meses. Se incluyeron un total de 60 pacientes acudieron a consulta por obstrucción nasal y presencia de tumoración nasal en un periodo comprendido entre marzo del 2014 a septiembre 2016 a la consulta externa de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE. Se excluyeron 6 pacientes por presentar antecedente quirúrgico previo, y se eliminaron 8 pacientes por no contar con expediente clínico completo y 6 los cuales no contaban con diagnóstico previo confirmatorio de biopsia prequirúrgica. Un total de 60 pacientes fueron incluidos en el estudio con diagnóstico de papiloma nasal invertido. Los pacientes fueron aleatorizados en ambos grupos, grupo A (Estadios I y II de Krouse) grupo B (Estadio III y IV) 1:1. **Resultados:** Dentro de los resultados se obtuvo un 34% de recidiva de la patología a 6 meses, 70% se encontraban en el estadio III – IV y 30% en estadio II, no recidivó ningún paciente que se encontrara en estadio I de Krause independientemente de los factores de riesgo asociados. El virus Papiloma humano no tiene relación con la recurrencia, malignidad ni como pronóstico. La correlación clínica con factores de riesgo asociados que resultaron de importancia para la presencia de recurrencia así como en la severidad de la enfermedad fueron: Inmunosupresión, Exposición a pintura y exposición a insecticida. **Conclusiones:** El estadio mediante la clasificación prequirúrgica topográfica da un parámetro amplio para el tipo de abordaje y reduce de manera significativa la recidiva de la enfermedad, un 95% de los casos coincidieron en el estadio prequirúrgico y se observa de forma importante que mientras más temprano se realice el tratamiento quirúrgico menor es la recidiva, sin importar los factores de riesgo asociados.

**Palabras Clave:** Papiloma nasal invertido, estadio de Krouse, recidiva, obstrucción nasal.

## SUMMARY/ABSTRACT:

Inverted papilloma is a tumor of frequent localization in the sinus nasal region, whose late clinical manifestations and the possibility of recurrence and malignization require an exhaustive study and a resolute treatment. **Objective:** To determine the presence of relapses in patients with a diagnosis of inverted nasal papilloma, regardless of the stage in which they are found. **Material and Methods:** A retrospective, descriptive, longitudinal clinical study of nasosinusal inverted papilloma was performed at the Licensed Regional Hospital Adolfo López Mateos. Age, sex, race, symptoms and signs, exposure to tobacco, wood, insecticide, paint, concomitant allergies, chronic degenerative diseases, surgical technique classification, post-treatment evolution and relapse were analyzed at 6 months. 60 patients were submitted to a consultation due to nasal obstruction and presence of nasal tumor in a period from March 2014 to September 2016 at the Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery outpatient clinic of the Regional Hospital Adolfo López Mateos, ISSSTE. Six patients were excluded because they presented a previous surgical history, and eight patients were eliminated because they did not have a complete clinical file and 6 of them had no previous diagnosis of preoperative biopsy. A total of 60 patients were included in the study with a diagnosis of inverted nasal papilloma. Patients were randomized in both groups, group A (Stages I and II of Krouse) group B (Stage III and IV) 1: 1. **Results:** Within the results, a 34% recurrence of the disease was obtained at 6 months, 70% were in stage III - IV and 30% in stage II, and no patient was found to be in stage I Krause independently of the associated risk factors. Human papilloma virus has no relation to recurrence, malignancy or prognosis. The clinical correlation with associated risk factors that were of importance for the presence of recurrence as well as the severity of the disease were: Immunosuppression, exposure to paint and exposure to insecticide. **Conclusions:** The stage through the pre-surgical topographic classification gives a broad parameter for the type of approach and significantly reduces recurrence of the disease, 95% of cases coincided in the preoperative stage and it is important to note that the earlier The surgical treatment is minor is the relapse, regardless of the associated risk factors.

Key words: Inverted nasal papilloma, Krouse stage, recurrence, nasal obstruction.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A mi abuela Zenaida y a mi Tío Sergio QEPD, ya que sin su apoyo incondicional, sus enseñanzas y ganas de verme crecer, nada hubiera sido posible, les estaré eternamente agradecida por forjar mi carácter, transmitirme el valor del trabajo y el esfuerzo, pero por sobre todas las cosas por creer en mí y no permitir que nada se interpusiera entre mis sueños, algún día nos volveremos a ver y espero que se sientan orgullosos

Para mi hermana Ericka que desde niñas superamos obstáculos y luchamos batallas juntas, hoy concluyo una más a tu lado, gracias por ayudarme, no soltar mi mano, por estar en las buenas y en las malas, el límite es el cielo.

Madre, Vero y Patsy por estar en el momento y lugar indicado, gracias por las porras, este logro es también de ustedes.

A mi esposo Luis que fue el que me insistió para que me diera otra oportunidad, por el inigualable apoyo, por la paciencia, amor y todo lo bueno que siempre estás dispuesto a dar, este es el inicio de nuestro camino ahora ya como Otorrinolaringóloga, gracias por enseñarme que todo es más fácil si lo hacemos juntos y que no debo cargar con obligaciones morales, porque es más fácil viajar ligero de equipaje aunque en el camino debamos dejar algunas cosas...TE AMO

Un agradecimiento especial a mis maestros y a mis excompañeros, muchas gracias por su paciencia, sus enseñanzas, su apoyo, por guiarme en la mejor especialidad ya que mis logros no serían posibles sin el apoyo de ustedes.

A mis compañeros de generación Alex y Pau, este camino es difícil y agradezco a la vida por ponerlos en mi camino y sin duda con ustedes esto fue más sencillo.

Cris y Beto fue un placer conocerlos y continuar una bonita amistad, lo quiero mucho, gracias por todo lo transmitido, ser residente no es una tarea fácil, pero con ustedes de R más fue enriquecedor, muy divertido y sin duda con muchos buenos momentos.

## INDICE

RESUMEN.....	4
SUMMARY / ABSTRACT.....	5
MARCO TEÓRICO.....	8
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	10
HIPÓTESIS NULA.....	10
HIPÓTESIS ALTERNA.....	10
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	14
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	14
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	14
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	37



## MARCO TEÓRICO

El Papiloma Invertido Nasosinusal (PIN), según Sukenneke, et al, fue publicado por primera vez por Word en 1854 y detallado histológicamente, por Ringertz en 1936, quien lo clasifica como un tumor epitelial benigno, que representa del 0.5 al 7% de todas las tumoraciones naso sinusales, y se diagnostican aproximadamente 0.6 casos por cada 100 000 habitantes por año. (5)

El papiloma Schneideriano, es un tumor benigno epitelial endofítico, de etiología desconocida, que se origina del epitelio cilíndrico pseudoestratificado derivado de la membrana ectodérmica schneideriana. Según la O.M.S. se clasifican en: 1. Papilomas invertidos; 2. Papilomas exofíticos; 3. Papilomas de células cilíndricas. Es un tumor poco frecuente, unilateral, de crecimiento expansivo, con tendencia a la recidiva en un plazo indeterminado y en relación con una exéresis incompleta, y que puede desarrollar una degeneración carcinomatosa. (1)

Hay diversas hipótesis sobre su causa: la inflamación crónica, la exposición ocupacional, la alergia, la infección por virus del papiloma humano, específicamente el GB, 11, 16 y 18. Se describe entre la 5ta y 7ma década de la vida, como la edad de mayor incidencia. Existe predominio de 2: 1 en el sexo masculino y de 3: 1 en el femenino. Desde el punto de vista clínico tiene dos características trascendentales: su elevado porcentaje de recidiva, que varía de 0-80 % y el elemento más importante desde el punto de vista pronóstico; la posibilidad de malignizarse, la cual varía entre un 5 y un 66 %.(5)

Considerando la necesidad de contar con un mecanismo para evaluar la efectividad de los diferentes abordajes, Krouse (3) estableció un sistema de etapificación basado en la localización, extensión y malignidad de las lesiones, establecida por tomografía computarizada (TC) y endoscopia (Tabla1). Más tarde surgieron nuevas clasificaciones, tales como Han7, Cannady8 y Dragonetti-Minni, quienes proponen en 2011 una nueva clasificación. Ninguna de ellas ha sido adoptada en forma generalizada. (2)

Tabla 1 (2)

	Descripción
T1	Tumor totalmente confinado a la cavidad nasal, sin extensión dentro de los senos. El tumor puede estar localizado en una pared o región de la cavidad nasal, o puede ser voluminoso y extenso dentro de la cavidad nasal, pero no debe extenderse dentro de los senos o dentro de cualquier compartimiento extranasal. No debe haber malignidad concurrente.
T2	Tumor compromete el complejo ostiomeatal, seno etmoidal, y/o la porción medial del seno maxilar, con o sin compromiso de la cavidad nasal. No debe haber malignidad concurrente.
T3	Tumor compromete las paredes lateral, inferior, superior, anterior o posterior del seno maxilar, el seno esfenoidal, y/o el seno frontal, con o sin compromiso de la porción medial del seno maxilar, seno etmoidal o la cavidad nasal. No debe haber malignidad concurrente.
T4	Todos los tumores con cualquier extensión extranasal/extrasinusal que comprometa estructuras adyacentes, contiguas, tales como la órbita, el compartimiento intracraneal, o el espacio pterigomaxilar. Todos los tumores asociados a malignidad.

En sus inicios el tratamiento era solamente por vía transnasal, que llevaba a una tasa de recurrencia alta, entre 40 y 80 %; posteriormente se recomendó la extracción en bloque mediante rinotomía lateral y maxilectomía medial, esta técnica conllevó a una menor tasa de recurrencia de 14 %, pero es digno señalar; que conlleva por su magnitud a mayores complicaciones postoperatorias. Sin embargo, esta es la vía de más utilidad en casos bilaterales o que ocupen preferentemente el 1/3 medio facial. (5)

En la última década, los avances tecnológicos especialmente los endoscópicos, modifican algunas técnicas, aunque los resultados estadísticos no tienen una recurrencia significativa; pues sigue oscilando entre 0 y 17 %. (5-6)

Evaluación.

El papiloma nasal invertido debe ser un diagnóstico prequirúrgico y también se ha hecho el intento por unificar criterios y estudiar a todos los pacientes con esta patología de la misma manera para tratar de la forma más adecuada esta entidad y evitar recidivas. 1

El tratamiento del papiloma nasal invertido debe ir encaminado a la etiología encontrada como causal en el paciente, por dicho motivo, se han propuesto diversos tratamientos y unificar criterios de acuerdo al estadio, es parte fundamental de este estudio.15

En la literatura revisada, los autores no se ponen de acuerdo en la técnica específica a realizar, mientras algunos defienden la idea de la maxilectomía medial a través de una vía endoscópica, debido a que los tele-endoscopios dan una amplia visualización y una remoción completa de la tumoración; otros defienden la técnica de rinotomía lateral, que en nuestro medio, también es la que se emplea, pues esta vía brinda una amplia visión tanto en nariz como en senos maxilares y etmoides, lo cual permite hacer una resección amplia de la tumoración que incluye las partes óseas que estén dañadas.9-10

Los avances tecnológicos existentes especialmente la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), la TC y la tele-endoscopia, conllevan a que algunos autores como Krouse, comparen los resultados basados en la extensión y localización del tumor.

A pesar de la aparición de medios más sofisticados y dentro de ellos la tele-endoscopios, éstos no han podido suplantar completamente las vías abiertas transfaciales, que en el estudio presentado fue la técnica más usada. La tomografía computarizada nos ofrece grandes beneficios a la hora de mostrarnos la localización y el tamaño del tumor, aunque se debe tener cuidado; según Sukennk, et al 1 pues puede llevar a sobreestimar el tamaño y la extensión de la lesión. Para algunos autores aproximadamente en un 1 % de pacientes, aparecen imágenes con calcificaciones en su interior; como si fueran huesos atrapados, lo que hacer pensar en signos de malignidad. 9, 10,11

Los estudios radiográficos con frecuencia presentan limitaciones para mostrar el origen del tumor, hecho que se demuestra en la endoscopia intraoperatoria, pues ayuda mucho más a identificar el área o las áreas afectadas, con una sensibilidad de un 69 % y una especificidad del 68 %.1 En coincidencia con todos los autores consultados, la tumoración debe ser reseçada siguiendo criterios oncogénicos; extendiendo la resección a una buena porción de mucosa sana, mucoperiostio e incluso hueso, cuando sea necesario. La técnica endoscópica en este tipo de tumor estaría indicada en lesiones de la pared lateral nasal, con extensión hacia los senos etmoidal, esfenoidal y pared medial del seno maxilar; aunque algunos autores no recomiendan en estos casos el abordaje endoscópico sugiriendo además su contraindicación en los siguientes eventos:

- Cuando la lesión compromete al seno frontal, pues es necesario remover toda la mucosa del seno, el periostio y lograr la conservación del conducto naso frontal.
- Cuando están comprometidos pared lateral y antero medial del seno maxilar, es aconsejable realizar un abordaje del tipo Caldwell-Luc o degloving facial, es decir visión directa.
- Cuando existe compromiso orbitario, de celdillas supraorbitarias del etmoides, de la parte alta del seno naso frontal y celdillas perilagrimalas, para este caso proponen la frontoetmoidectomía externa.
- Compromiso de la base anterior del cráneo, para lo que proponen una resección cráneo-facial según lo requiera el paciente.

## **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la recidiva posquirúrgica del papiloma nasal invertido de acuerdo al estadio tomográfico en el que se encuentran antes de ser intervenidos en el Hospital General Lic. Adolfo López Mateos?

## **HIPÓTESIS NULA**

Los pacientes que son estadificados de manera prequirúrgica por medio de biopsia y tomografía y que reciben tratamiento en estadios I y II de Krouse tienen menor posibilidad de recidiva en comparación con los pacientes que reciben tratamiento en estadio III y IV

## **HIPÓTESIS ALTERNA**

Los pacientes con papiloma nasal invertido que reciben tratamiento quirúrgico y que se encuentren en estadios tempranos tendrán menor recidiva en comparación con los pacientes reciban tratamiento en estadios tardíos, dependiendo si estos están asociados a otros factores de riesgo.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la presencia de recidivas en pacientes con diagnóstico de papiloma nasal invertido, independientemente del estadio en el que se encuentren.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar estudio topográfico de nariz y senos paranasales
- Realizar una biopsia de la lesión en consultorio
- Recabar resultado de biopsia prequirúrgico
- Determinar la tasa de incidencia de papiloma nasosinusal en el HRLALM en el período de marzo 2014 a septiembre 2016
- Describir la presentación clínica más frecuente de pacientes con papiloma nasosinusal en el HRLALM
- Establecer la asociación entre los hallazgos de la tomografía realizada previamente a la resección quirúrgica de papiloma nasosinusal y los hallazgos quirúrgicos de la misma, en base al porcentaje de concordancia de dichos hallazgos
- Determinar el comportamiento quirúrgico más frecuente en papiloma nasosinusal en el HRLALM
- Proponer patrones tomográficos que nos permitan un diagnóstico más específico de papiloma nasosinusal
- Recolectar una muestra representativa de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión
- Realizar una base de datos con las variables adecuadas para la realización del estudio.
- Realizar el análisis estadístico para descartar la hipótesis nula.

## **JUSTIFICACIÓN**

El papiloma nasosinusal es una patología que representa una de las causas más frecuentes de visita al servicio de otorrinolaringología en nuestro hospital, dado que produce el principal síntoma nasosinusal que es la obstrucción nasal y que puede variar de un individuo a otro incluso en un mismo paciente, tanto en la forma de presentación, cronicidad, periodos de afectación, asociación a otros síntomas o en la intensidad que puede ser desde leve a incapacitante, lo que repercute en la calidad de vida de los que la padecen, por lo cual el papiloma nasosinusal representa una patología que requiere mucha atención medica general y por médico especialista.

En el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" se solicita tomografía computada de manera rutinaria a todo paciente con tumoración nasal. El papiloma invertido es una tumoración de localización frecuente en la región naso sinusal, cuyas manifestaciones clínicas en ocasiones son tardías y la posibilidad de recidiva y malignización obligan a un estudio exhaustivo y un tratamiento resolutivo así como la estatificación de esta entidad.

En nuestro servicio no existe un protocolo de estudio que indique las recidivas en pacientes postoperados independientemente del estadio en el que se encuentren o el riesgo de malignización de las lesiones, previo estudio tomográfico e histopatológico, así como la asociación a otros factores de riesgo para la patología.

El presente estudio se diseñó para determinar en pacientes con diagnóstico de papiloma nasosinusal invertido, y paralelamente permitirá reconocer que abordaje presenta menor índice de recidivas o necesidad de una nueva intervención quirúrgico, dependiendo del estudio prequirúrgico en base a la tomografía computarizada y el estudio de la biopsia preoperatoria, así como ver la relación de los resultados en base al estadio prequirúrgico en la escala de Krouse.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio clínico, retrospectivo, descriptivo, longitudinal con una muestra de 60 pacientes, ambos sexos, de cualquier edad, con diagnóstico de papiloma nasosinusal invertido, durante el periodo de marzo del 2014 a septiembre del 2016. Inicialmente se realizará la selección de los pacientes y expedientes que cumplan con los criterios de inclusión de la presente investigación como son: aquellos pacientes que fueron diagnosticados con papiloma nasosinusal invertido, de cualquier edad, ambos sexos, que cuenten con manifestaciones clínicas, tomográficas y con resultado de patología confirmatorio de papiloma nasosinusal invertido. Posteriormente se recabarán dichos expedientes y se dividirán en uno de dos grupos:

El grupo "A" (n= 30): todos aquellos pacientes se evaluarán manifestaciones clínicas asociadas, endoscopia con lente de 0 grados de 4 mm de diámetro, se introducirá sobre ambas fosas nasales y se valorará las características de la lesión encontrada, así como, la ocupación de la fosa nasal, se tomará biopsia prequirúrgica de la lesión y se dará una clasificación tomográfica de acuerdo al estadio de Krouse: Estadio I: enfermedad limitada solo a la cavidad nasal, Estadio II: enfermedad limitada al seno etmoidal y pared medial o superior del seno maxilar. La técnica utilizada fue exéresis por vía endoscópica y abordaje tipo Caldwell- Luc.

El grupo "B"(n=30): El grupo "A" (n= 30): todos aquellos pacientes se evaluarán manifestaciones clínicas asociadas, endoscopia con lente de 0 grados de 4 mm de diámetro, se introducirá sobre ambas fosas nasales y se valorará las características de la lesión encontrada, así como, la ocupación de la fosa nasal, se tomará biopsia prequirúrgica de la lesión y se dará una clasificación tomográfica de acuerdo al estadio de Krouse: Estadio I: enfermedad limitada solo a la cavidad nasal, Estadio III: enfermedad que compromete la zona lateral o inferior del seno maxilar o extensión hacia los senos frontales o esenoide, Estadio IV: enfermedad que se extiende fuera de los límites de la cavidad nasosinusal, también casos de degeneración maligna. La técnica utilizada fue exceresis por vía endoscópica y abordaje tipo Caldwell- Luc y rinotomía lateral.

Se revisarán los expedientes clínicos de los pacientes durante el periodo de marzo del 2014 a septiembre del 2016 para realizar la recolección de datos, se registraron la edad, sexo, fosa nasal afectada, obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis, hallazgos tomográficos y resultado histopaológico de la biopsia preoperatoria, posteriormente las variables que se justifican, se registrarán los días de hospitalización así como se revisarán las notas de evolución de la consulta externa que correspondían a la primera, tercera, sexta y décimo segunda semanas postoperatorias y dará seguimiento de por 6 meses, se procederá a realizar la comparación de dichos resultados y se plasmarán en la hoja de recolección de resultados.

Se hará el registro de datos de manera electrónica en la hoja de recolección diseñada ex profeso. las variables continuas se compararon con una prueba t de student, las variables ordinales con una prueba de U de Mann-Whitney, y las nominales con una prueba de Chi cuadrada, así como la elaboración de gráficas y tablas por medio del programa estadístico EPI info y SSPS. Finalmente se analizaran los resultados esperando encontrar una diferencia significativa sobre el impacto del diagnóstico dependiendo de los estadios de Krouse y comparar las recidivas postquirúrgicas y el tiempo en el que se presentan.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes de cualquier edad.
- Pacientes de cualquier sexo.
- Pacientes que tengan manifestaciones clínicas antes descritas
- Expedientes de pacientes con diagnóstico presuntivo de papiloma nasosinusal que cuenten con tomografía computada de nariz y senos paranasales en el sistema PACS del HRLALM y que esta sea prequirúrgica
- Pacientes con diagnóstico histopatológico posquirúrgico que confirme papiloma nasosinusal y que cumpla con la variante histológica de papiloma nasosinusal invertido.
- Pacientes que acepten participar en el estudio con firma de consentimiento informado.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Expedientes de pacientes incompletos con diagnóstico presuntivo de papiloma nasosinusal que recibieron manejo quirúrgico del mismo, independientemente de sexo y edad.
- Pacientes que no cuenten con biopsia prequirúrgica o transquirúrgica
- Pacientes que no cuenten con estudio tomográfico
- Pacientes con otro tipo de papiloma nasal
- Pacientes con alteraciones anatómicas en nariz y senos paranasales no ocasionadas por el papiloma nasal invertido
- Pacientes que no deseen participar en el estudio

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes que no cumplan con criterios de inclusión
- Pacientes que no firmen consentimientos informados
- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes con expedientes incompletos
- Pacientes no hayan acudido a control posquirúrgico subsecuente
- Pacientes cuyos expedientes hayan sido depurados de acuerdo a la normatividad del hospital

## RESULTADOS

Un total de 80 pacientes acudieron a consulta por papiloma nasosinusal en el periodo comprendido entre marzo del 2014 a septiembre del 2016 a la consulta externa de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE. Se excluyeron 6 pacientes por presentar antecedente quirúrgico previo, y se eliminaron 8 pacientes por no contar con expediente clínico completo y 6 los cuales no contaban con diagnóstico previo confirmatorio de biopsia prequirúrgica. Un total de 60 pacientes fueron incluidos en el estudio con diagnóstico de papiloma nasosinusal. Los pacientes fueron aleatorizados en ambos grupos (grupo T = Estadio I y II de Krouse y grupo R = Estadio III y IV de Krouse) 1:1.

Se encontró una edad mínima de 38 años con una máxima de 77 años, una media de 56.33 y una desviación estándar de  $\pm 9.3765$ .

Se realiza prueba T de student para la variable edad donde se asumen varianzas diferentes con una p de .559, t de .739 y gl de 58.

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD	60	38	77	56,33	9,3765
N válido (por lista)	60				

### Estadísticas de grupo

	GRUPO	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
EDAD	GRUPO T	30	56,83	10,71	1,958
	GRUPO R	30	57,78	7,729	1,413



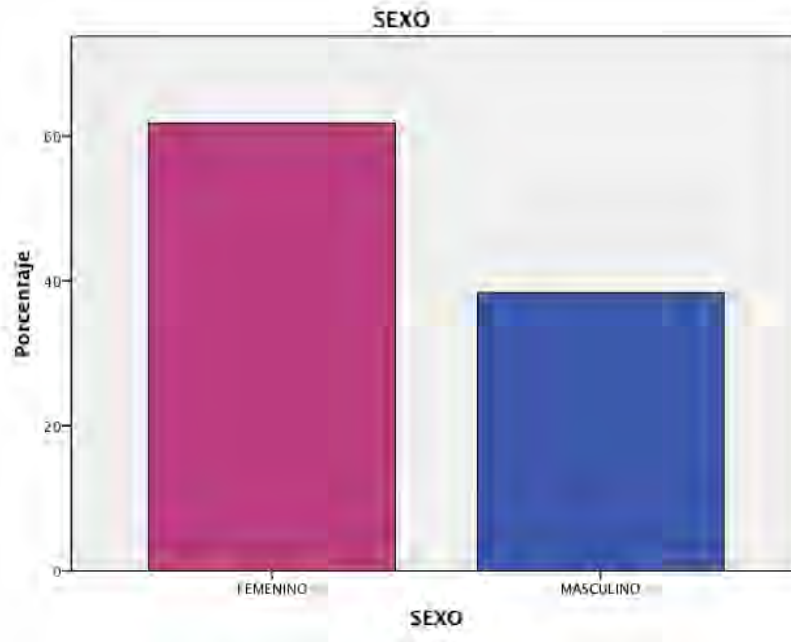
### Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de calidad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		
								Inferior	Superior	
EDA Se asumen varianzas iguales	,345	,559	,739	58	,463	2,267	3,068	-3,874	8,408	
No se asumen varianzas iguales			,739	57,235	,463	2,267	3,068	-3,876	8,409	

Se obtuvieron un total de 37 pacientes (61.7.7%) del sexo femenino y 23 (38.3%) pacientes con sexo masculino.

### SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	37	61,7	61,7	61,7
	MASCULINO	23	38,3	38,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	



En relación a la etiología por factores de riesgo obtenido de la se encontró en el Grupo T 14 pacientes con exposición a madera, pintura o insecticidas y tabaquismo positivo, 16 pacientes con inmunosupresión por enfermedades crónico degenerativas y en el Grupo R se encontraron 18 pacientes con exposición madera, pintura o insecticidas y tabaquismo positivo y 12 pacientes con inmunosupresión por enfermedades crónico degenerativas, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuando a factores de riesgo asociados entre ambos grupos ( $p > .05$ ).

Razón de momios Estadíos III y IV (tardío) / Estadíos I y II (temprano)

Factor de riesgo	Razón de momios	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Madera	1.441	.443	4.690
Pintura	1.800	.588	5.511
Insecticida	.325	.080	1.320
Tabaquismo	.943	.325	2.732
Alergia	.592	.137	2.560
VPH	1.071	.341	3.358
Inmunosupresión	1.200	.408	3.528

## Tablas de contingencia

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
F R Madera * Grupo	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%
F R Pintura * Grupo	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%
F R Insecticida * Grupo	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%
F R Tabaquismo * Grupo	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%
F R Alergía * Grupo	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%
F R VPH * Grupo	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%
F R Inmunosupresión * Grupo	60	100.0%	0	0.0%	60	100.0%

### F R Madera \* Grupo

#### Tabla de contingencia

Recuento

		Grupo		Total
		Estadio III y IV (tardío)	Estadio I y II (temprano)	
F R Madera	Si	7	8	15
	No	17	28	45
Total		24	36	60

#### Pruebas de chi-cuadrado

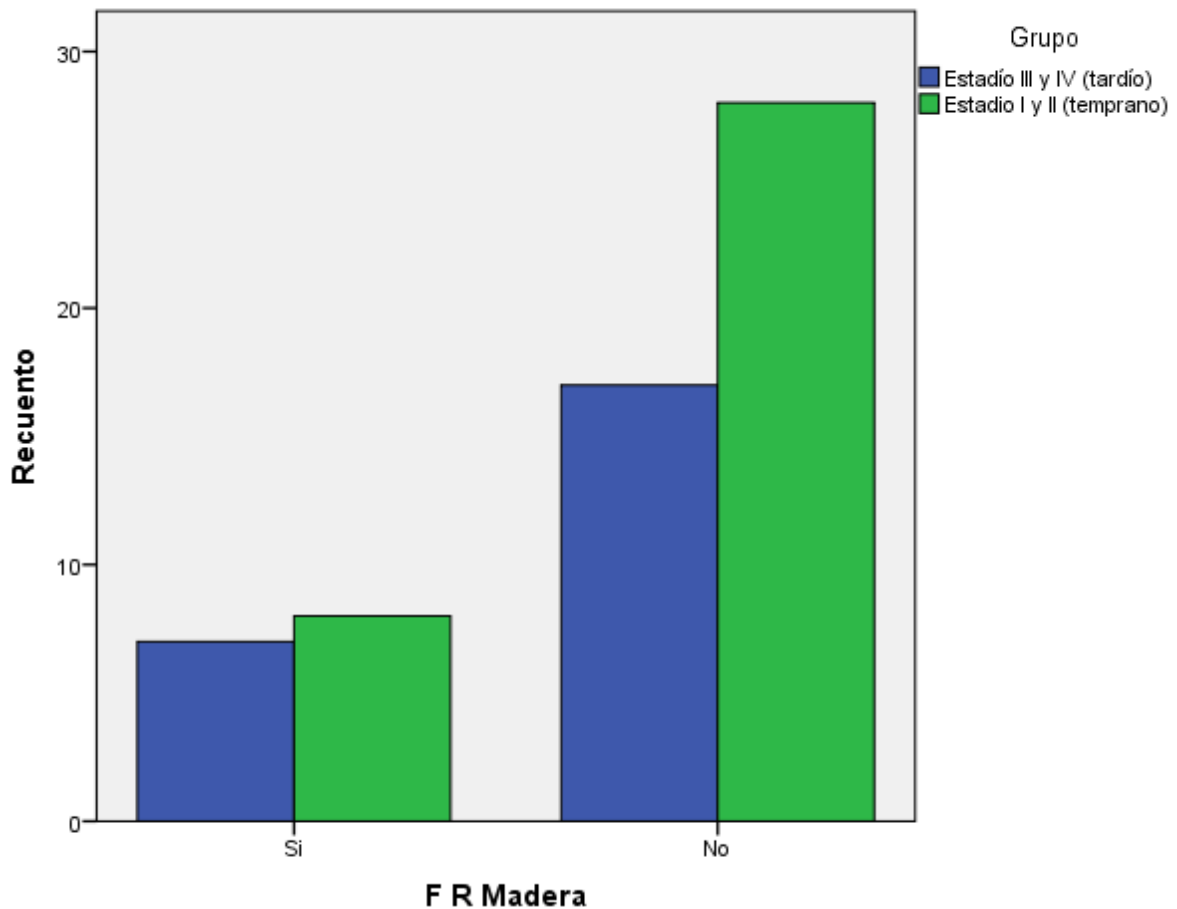
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.370 <sup>a</sup>	1	.543		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.093	1	.761		
Razón de verosimilitudes	.367	1	.545		
Estadístico exacto de Fisher				.559	.377
Asociación lineal por lineal	.364	1	.546		
N de casos válidos	60				

- a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.00.  
 b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para F R Madera (Si / No)	1.441	.443	4.690
Para la cohorte Grupo = Estadio III y IV (tardío)	1.235	.640	2.386
Para la cohorte Grupo = Estadio I y II (temprano)	.857	.507	1.449
N de casos válidos	60		

**Gráfico de barras**



**F R Pintura \* Grupo**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Grupo		Total
		Estadio III y IV (tardío)	Estadio I y II (temprano)	
F R Pintura	Si	9	9	18
	No	15	27	42
Total		24	36	60

**Pruebas de chi-cuadrado**

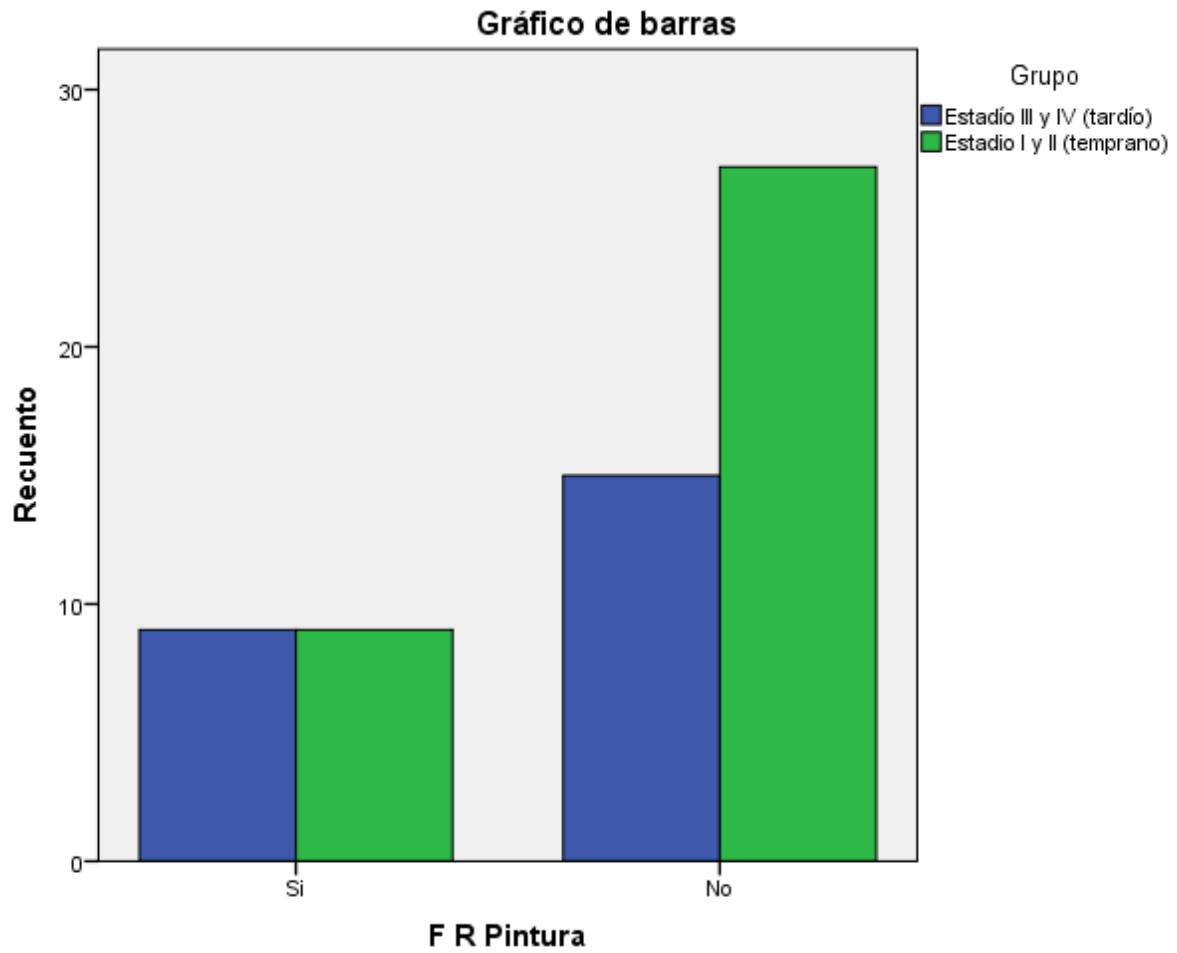
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.071 <sup>a</sup>	1	.301		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.559	1	.455		
Razón de verosimilitudes	1.061	1	.303		
Estadístico exacto de Fisher				.391	.227
Asociación lineal por lineal	1.054	1	.305		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7.20.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para F R Pintura (Si / No)	1.800	.588	5.511
Para la cohorte Grupo = Estadio III y IV (tardío)	1.400	.757	2.589
Para la cohorte Grupo = Estadio I y II (temprano)	.778	.465	1.300
N de casos válidos	60		



**F R Insecticida \* Grupo**

**Tabla de contingencia**

		Grupo		Total
		Estadio III y IV (tardío)	Estadio I y II (temprano)	
F R Insecticida	Si	3	11	14
	No	21	25	46
Total		24	36	60

**Pruebas de chi-cuadrado**

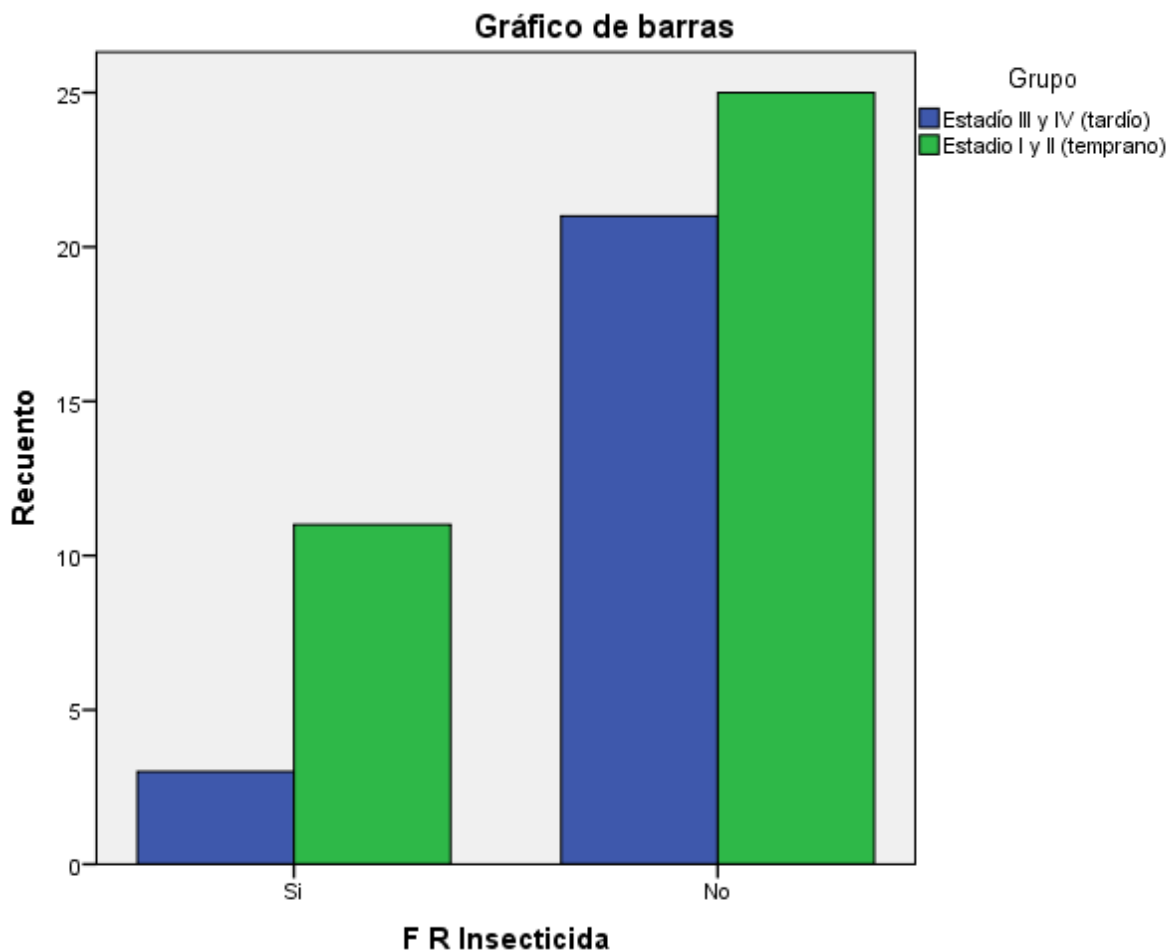
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.624 <sup>a</sup>	1	.105		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	1.712	1	.191		
Razón de verosimilitudes	2.792	1	.095		
Estadístico exacto de Fisher				.130	.093
Asociación lineal por lineal	2.580	1	.108		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.60.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para F R Insecticida (Si / No)	.325	.080	1.320
Para la cohorte Grupo = Estadio III y IV (tardío)	.469	.164	1.343
Para la cohorte Grupo = Estadio I y II (temprano)	1.446	.988	2.116
N de casos válidos	60		



**F R Tabaquismo \* Grupo**

**Tabla de contingencia**

Recuento

		Grupo		Total
		Estadio III y IV (tardío)	Estadio I y II (temprano)	
F R Tabaquismo	Si	9	14	23
	No	15	22	37
Total		24	36	60



**Pruebas de chi-cuadrado**

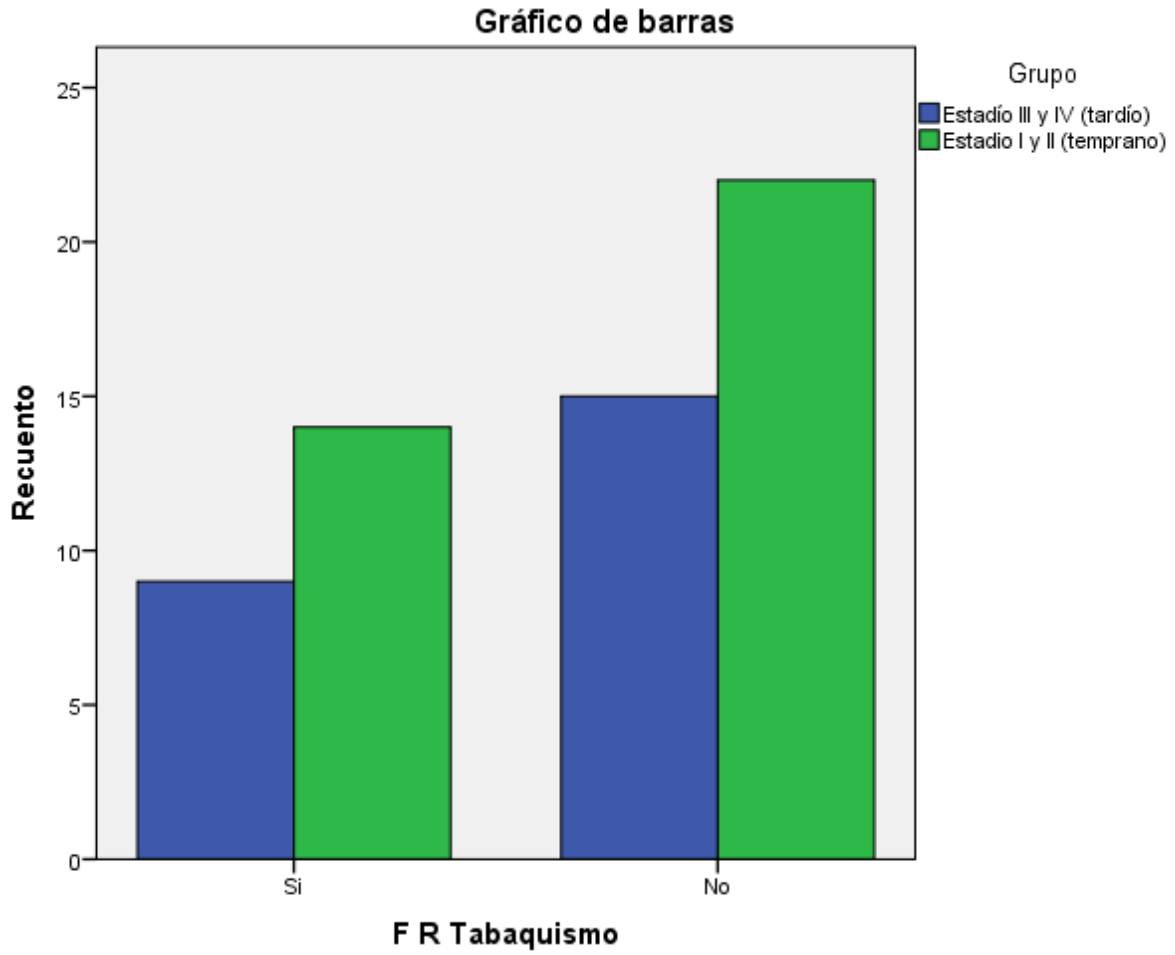
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.012 <sup>a</sup>	1	.914		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitudes	.012	1	.914		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.566
Asociación lineal por lineal	.012	1	.914		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9.20.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para F R Tabaquismo (Si / No)	.943	.325	2.732
Para la cohorte Grupo = Estadio III y IV (tardío)	.965	.508	1.834
Para la cohorte Grupo = Estadio I y II (temprano)	1.024	.671	1.561
N de casos válidos	60		



**F R Alergía \* Grupo**

**Tabla de contingencia**

Recuento		Grupo		Total
		Estadio III y IV (tardío)	Estadio I y II (temprano)	
F R Alergía	Si	3	7	10
	No	21	29	50
Total		24	36	60

**Pruebas de chi-cuadrado**

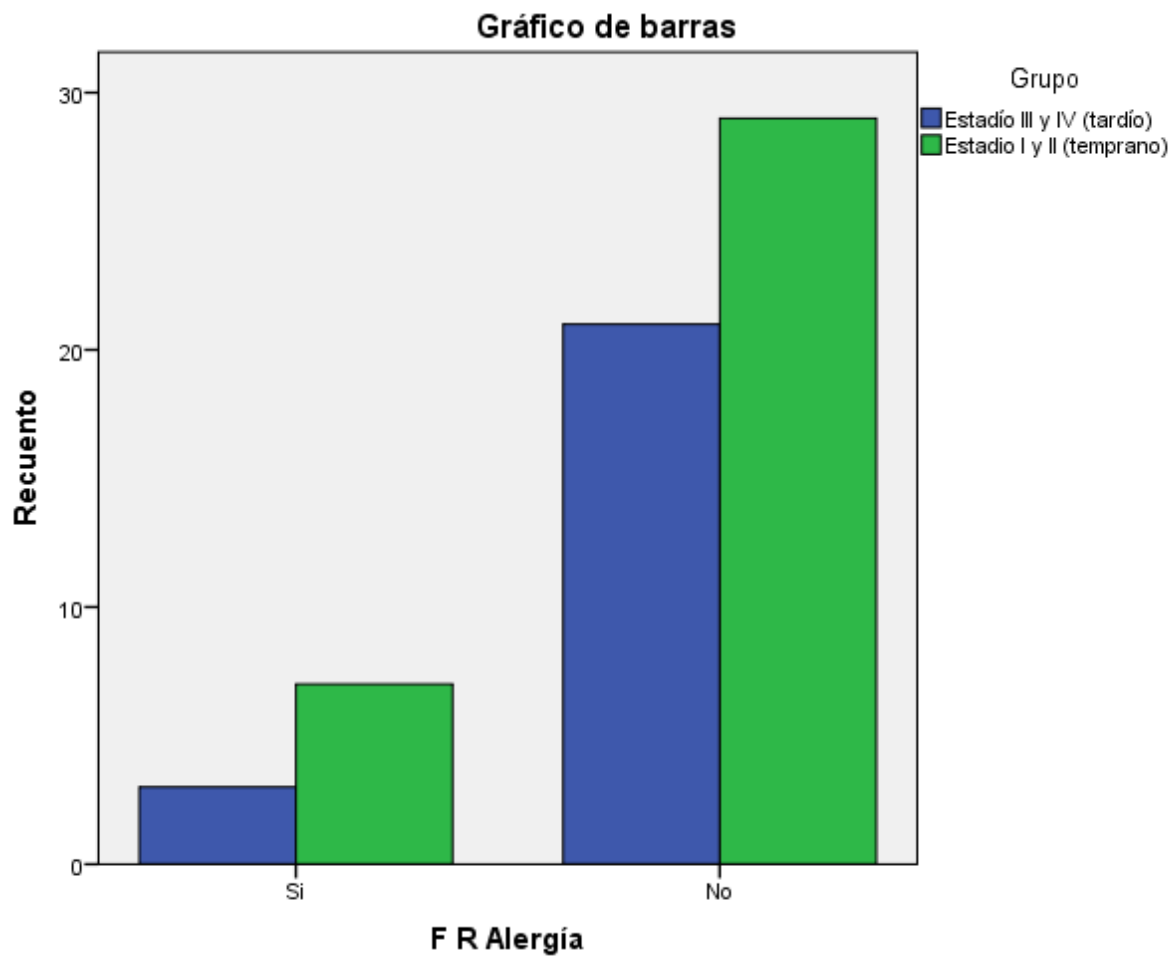
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.500 <sup>a</sup>	1	.480		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.125	1	.724		
Razón de verosimilitudes	.515	1	.473		
Estadístico exacto de Fisher				.725	.368
Asociación lineal por lineal	.492	1	.483		
N de casos válidos	60				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.00.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para F R Alergia (Si / No)	.592	.137	2.560
Para la cohorte Grupo = Estadio III y IV (tardío)	.714	.262	1.944
Para la cohorte Grupo = Estadio I y II (temprano)	1.207	.755	1.930
N de casos válidos	60		



**F R VPH \* Grupo**

**Tabla de contingencia**

Recuento		Grupo		Total
		Estadio III y IV (tardío)	Estadio I y II (temprano)	
F R VPH	Si	7	10	17
	No	17	26	43
Total		24	36	60

**Pruebas de chi-cuadrado**

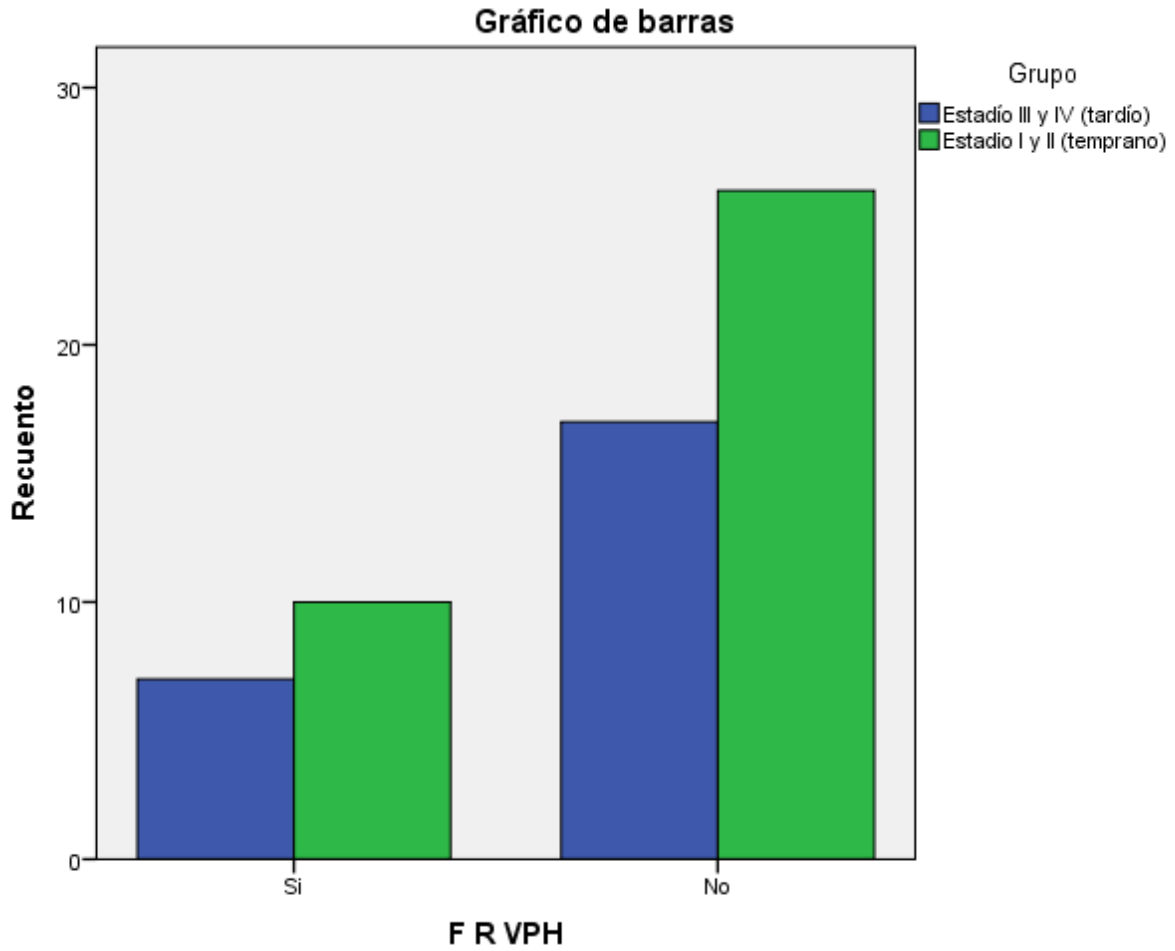
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.014 <sup>a</sup>	1	.907		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitudes	.014	1	.907		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.566
Asociación lineal por lineal	.013	1	.908		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.80.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para F R VPH (Si / No)	1.071	.341	3.358
Para la cohorte Grupo = Estadio III y IV (tardío)	1.042	.529	2.051
Para la cohorte Grupo = Estadio I y II (temprano)	.973	.611	1.549
N de casos válidos	60		



**F R Inmunosupresión \* Grupo**

**Tabla de contingencia**

Recuento		Grupo		Total
		Estadio III y IV (tardío)	Estadio I y II (temprano)	
F R Inmunosupresión	Si	9	12	21
	No	15	24	39
Total		24	36	60

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.110 <sup>a</sup>	1	.740		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.003	1	.956		
Razón de verosimilitudes	.110	1	.741		
Estadístico exacto de Fisher				.787	.476
Asociación lineal por lineal	.108	1	.742		
N de casos válidos	60				

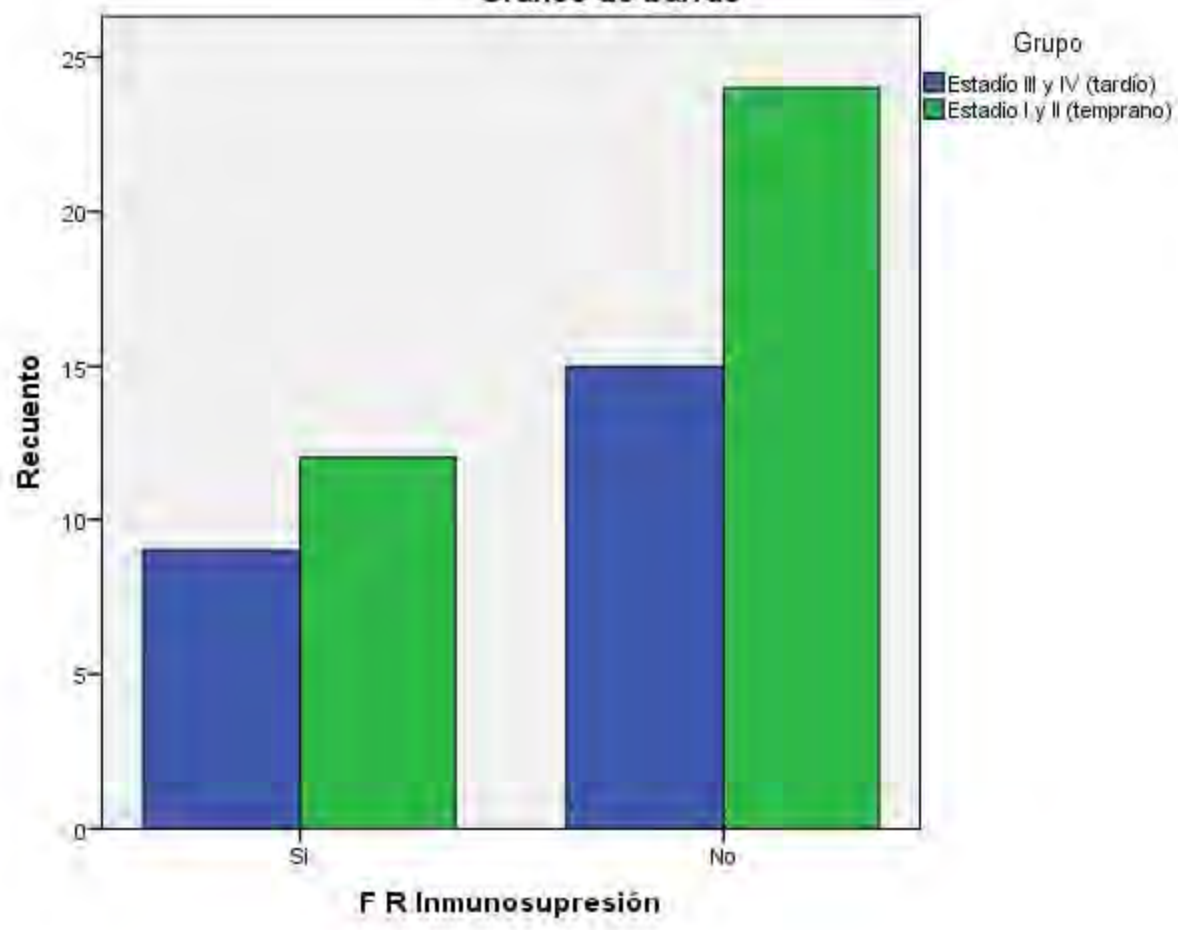
a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.40.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para F R Inmunosupresión (Si / No)	1.200	.408	3.528
Para la cohorte Grupo = Estadio III y IV (tardío)	1.114	.591	2.100
Para la cohorte Grupo = Estadio I y II (temprano)	.929	.595	1.450
N de casos válidos	60		

Gráfico de barras





## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos son semejantes con los resultados de otros trabajos en cuanto a edad y sexo. 5 La obstrucción nasal fue el síntoma preponderante, pero con relación a otros síntomas como ser la rinorrea y la epistaxis tuvieron, alto porcentaje en relación a otros estudios<sup>14</sup>. Todos se localizaron en la pared lateral nasal coincidiendo con otras series al igual que la extensión al seno maxilar la que fue la más frecuente, no se encontraron tumores que se confinen sólo a algún seno paranasal<sup>13</sup>. Para el diagnóstico debe realizarse una biopsia, siendo recomendable realizarlo bajo visión endoscópica, previa imagen tomográfica para mejor definición del tumor y planteamiento quirúrgico. 8 La resonancia magnética sería un estudio complementario para un diagnóstico más preciso. 18

En esta serie de pacientes se vio tumores con extensiones variables y solo un caso con transformación maligna, elevándolos al estadio IV, lo cual hace pensar, teniendo en cuenta, el estadio que dicho tumor tendría una extensión mayor, en tal sentido se propone crear un estadio V, en caso de presentarse la malignidad de esta forma se tendría una mejor visión global de la patología. 19

En cuanto al tipo de cirugía realizada no hubo criterios unificados para la elección del tipo de abordaje quedando a decisión del cirujano, las cirugías endoscópicas, la combinación de cirugía endoscópica y Caldwell-Luc, y el degloving medio facial fueron las que tuvieron mejor resultado, donde se vio que los estadios III y IV de Krause tuvieron mayores porcentajes de recidiva y esto se relacionaba a la exposición de pintura e insecticidas o enfermedades crónicas degenerativas preexistentes, encontrándose en varios casos los 3 factores de riesgo. Estadísticamente está demostrado que la localizaciones más frecuentes de los papilomas son: en el seno maxilar en el 69 % de los casos, seguido por el seno etmoidal del 53 % al 89 %, en el esfenoidal entre 11 % y 16 % y seno frontal 11 % al 16 %.<sup>14</sup> Se describen estudios, donde el etmoides ha alcanzado hasta un 87 %, por su cercanía anatómica las extensiones orbitarias e intracraneales son menos comunes (9 % al 32 %), se describe un compromiso focal en 4 % de los casos y de manera bilateral se describe una incidencia de 0 % a 13 %.<sup>10-13</sup>

En la literatura revisada, los autores no se ponen de acuerdo en la técnica específica a realizar, mientras algunos defienden la idea de la maxilectomía medial a través de una vía endoscópica, debido a que los tele-endoscopios dan una amplia visualización y una remoción completa de la tumoración; otros defienden la técnica de rinotomía lateral, que en nuestro medio, también es la que se emplea, pues esta vía brinda una amplia visión tanto en nariz como en senos maxilares y etmoides, lo cual permite hacer una resección amplia de la tumoración que incluye las partes óseas que estén dañadas.<sup>11-13</sup>

Waitz, et al, 13 en 1995, en un estudio de 112 casos, mediante rinotomía lateral, encontraron una tasa de recurrencia de un 14 %.<sup>4,9,12</sup> Otros estudios como los de Han, et al, 14 en un análisis retrospectivo de 15 años, no encontraron diferencias significativas de recurrencia: 10 % por la técnica endoscópica y 8 % para la técnica por vía externa. Aunque cabe mencionar que existen otros artículos donde se encontraron recurrencias del 0 al 80%.<sup>5,9,12,15</sup>

Los avances tecnológicos existentes especialmente la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), la TC y la tele-endoscopia, conllevan a que algunos autores como Krouse, 11 comparen los resultados basados en la extensión y localización del tumor. A pesar de la aparición de medios más sofisticados y dentro de ellos la tele-endoscopios, éstos no han podido suplantar completamente las vías abiertas transfaciales, que en el estudio presentado fue la técnica más

usada. La tomografía computarizada nos ofrece grandes beneficios a la hora de mostrarnos la localización y el tamaño del tumor, aunque se debe tener cuidado; según Sukennk, et al 1 pues puede llevar a sobreestimar el tamaño y la extensión de la lesión. Para algunos autores aproximadamente en un 1 % de pacientes, aparecen imágenes con calcificaciones en su interior; como si fueran huesos atrapados, lo que hace pensar en signos de malignidad. 9, 12,13

En un estudio de 160 pacientes Lawson, et al 16 encontró erosión ósea en un 44 %, pero solamente malignidad en 12,5 %; lo que explica, que la misma no es siempre signo de malignidad. Mediante la RMN, se puede diferenciar un tumor de secreciones post obstructivas, lo que define la utilidad de este estudio. 15-17

Los estudios radiográficos con frecuencia presentan limitaciones para mostrar el origen del tumor, hecho que se demuestra en la endoscopia intraoperatoria, pues ayuda mucho más a identificar el área o las áreas afectadas, con una sensibilidad de un 69 % y una especificidad del 68 %.1 En coincidencia con todos los autores consultados, la tumoración debe ser resecada siguiendo criterios oncogénicos; extendiendo la resección a una buena porción de mucosa sana, mucoperiostio e incluso hueso, cuando sea necesario y así reducir el riesgo de las recidivas postquirúrgicas . 18-20

En este estudio se encontró la correlación clínica con factores de riesgo asociados que resultaron de importancia para la presencia de recurrencia así como en la severidad de la enfermedad la presencia de Inmunosupresión por enfermedades crónico degenerativa, exposición a pintura y exposición a insecticida. El estadio mediante la clasificación prequirúrgica tomográfica da un parámetro amplio para el tipo de abordaje y reduce de manera significativa la recidiva de la enfermedad en un 95% de los casos. Se afirma que la determinación del virus Papiloma humano no tiene relación con la recurrencia, malignidad ni como pronóstico. Se presentó un caso de carcinoma de células escamosas, por la extensión prequirúrgica se podría proponer un estadio V. Se encontró un 34% de recidiva de la patología a 6 meses, 70% se encontraban en el estadio III – IV, 30% en estadio II, ningún paciente que se encontrara en estadio I de Krause independientemente de los factores de riesgo asociados recidivó lo que nos indica que mientras más temprano sea el diagnóstico y el tratamiento mejor pronóstico y menor recidiva.

## CONCLUSIONES

El gran éxito del tratamiento del papiloma nasal invertido está dado por el logro de la total o más completa remoción del mismo, empezando por la mucosa comprometida, el periostio e incluso hueso, si es necesario, dejando siempre, un margen que de cierta seguridad y algo muy importante: tratar siempre de encontrar el lugar de origen.

Es indispensable contar con un diagnóstico prequirúrgico adecuado mediante la biopsia y tomografía computarizada, para una adecuada planeación quirúrgica ya que coincidió un 95% transquirúrgico y disminuir las recidivas de la patología.

En nuestro medio hemos utilizado el abordaje, mediante rinotomía lateral la maxilectomía y la etmoidectomía; es digno señalar que gracias a los avances adquiridos por la medicina actual: la imagenología diagnóstica, la endoscopia y la microcirugía, permiten que mediante la vía endoscópica puedan abordarse gran número de pacientes y que en ellos se obtenga un porcentaje elevado de resultados positivos. La vía externa, a pesar de conllevar a una mayor morbilidad postoperatoria inmediata, tiene sus indicaciones específicas como y da la ventaja de permitirnos usar microscopios o endoscopios para hacer revisiones en áreas de difícil acceso o que subsistan dudas sobre las porciones a reseñar.

Se afirma que la determinación del virus Papiloma humano no tiene relación con la recurrencia, malignidad ni como pronóstico. Se presentó un caso de carcinoma de células escamosas, por la extensión prequirúrgica se podría proponer un estadio V. Mientras más temprano sea el diagnóstico y el tratamiento mejor pronóstico y menor recidiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Párraga, D. Clemente A., Sánchez, D. y González A. "Papiloma invertidos nasosinusales: A propósito de 11 casos y revisión de la bibliografía". *Rinología Xeral-Cies*. 2010; 45: 11-116
2. J Osorio, L Aguayo, P Gajardo Revisión de 25 casos de papiloma invertido en 8 años. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2013; 73: 146-150
3. Krouse JH. Development of a staging system for inverted papilloma. *Laryngoscope* 2000; 110: 965-8.
4. D.K. Lee, S.K. Chung H.-J. Dhong H.Y. Kim,H.-J. Kim K.H. Bok. Focal Hyperostosis on CT of Sinonasal Inverted Papilloma as a Predictor of Tumor Origin *AJNR Am J Neuroradiol* 28:618 –21 \_ Apr 2007e
5. C. Jorge Santana Álvarez I; Dr. Manuel León Molina II; Dr. Jesús Chávez GarcíaIII; Dr. Joel Trujillo López IV Nasosinusal inverted papiloma *Archivo Médico de Camag,e y*, ISSN: 1025-0255
6. Lawson W, Ho BT, Shari CM, Biller HF. Inverted papilloma: A reported of the 112 cases. *Laryngoscope* 1995; 105:228-38.
7. Hiroya Ojiri. Masuo Ujita, Shimpei Tada, Kunihiko Fukuda. Potentially Distinctive Features of Sinonasal Inverted Papilloma on MR Imaging; *AJR*:175, Agosto 2000; 465-468
8. Juan P. Díaz Molina, José L. Llorente Pendas\_, Juan P. Rodrigo Tapia, Cesar Álvarez Marcos, Sergio Obeso Agüera y Carlos Suárez Nieto. Inverted sinonasal papillomas. Review of 61 cases. *Acta Otorrinolaringol Esp.*. 2009;60(6):402–408
9. Narmaya Thapa. Diagnosis and treatment of sinonasal inverted papiloma. *Nepalese of Journal of ENT Head & Neck Surgery*. Vol No.1 Issue 1, Enero - Junio 2010; 31-33
10. Minerva Lazos-Ochoa, Graciela Sandoval-Villicaña, América Arroyo-Valerio, Lorena Flores-Hernández, Nayelli Martínez-Consuegra. Papilomas schneiderianos rinosinusales. Estudio clinicopatológico de 29 casos. *Revista Médica del Hospital General de México*, S.S. Vol. 67, Núm. 1 Ene.-Mar. 2004 pp 22 – 28
11. Dong-Young Kim, MD; Sung-Lyong Hong, MD; Chul Hee Lee, Inverted Papilloma of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses: A Korean Multicenter Study. *Laryngoscope*, 122:487–494, 2012
12. *Otorrinolaringología de Cummings*. Capítulo 48: Benign Tumors of sinonasal tract.
13. Hope H. Wu, et al. Fascino over Expression is associated with Displastic Changes in Sinonasal inverted Papillomas: A Study of 47 Cases. *Head and Neck Pathol* (2009) 3: 212-216
14. G. Mortuaire, E. Arzul, J. A. Darras, D. Chevalier. Surgical management of sinonasal inverted papilomas through endoscopic approach. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2007; 264:1419-1424.
15. Nagendra P. B. Kadapa, L. Sudarshan Reddy, Venkataram Reddy, P. Kumuda, M. Vishnu Vardhan Reddy, L. M. S. Chandra Sekhara Rao. Nasal Endoscope: An Armamentarium the management of Sinonasal Inverted Papilloma. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. (Apr- Jun 2014) 66 (2) 200-204
16. Jonh W Wood, M. D; and Roy R Casiano, M. D. Inverted papillomas and benign nonneoplastic lesions of the nasal cavity. *American Journal of Rhinology & Allergy*. 2012; 26:157- 163.
17. Huan Xun Yu and Gang Liu. Malignant transformation of sinonasal inverted papilloma: A retrospective analysis of 32 cases. *Oncology letters* 8 Departament of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. Tianjin Huanhu Hospital, China. (Feb 18, 2014) Accepted July 23, 2014
18. Jasna But – Hadzic, Klemen Jenko, Mario Poljak, Bostjan J Kocjan, Nina Gale, Primož Steojan. Sinonasal inverted papilloma associated with squamous cell carcinona. *Radiol Oncol Sep* 2011; 45 (4) 267 - 272

19. Glant C Lin, Sarah Akkina, Steven Chinn, Mark E Prince, Janothan B McHugh, Thomas Carey, Mark A Zacharek. Sinonasal Inverted Papilloma: Prognostic Factors with Emphasis on Resection Margins. *J. Neurol Surg B* 2014; 75: 140-146
20. Primož Strojani, Simona Eb, Imne Borsos, Jasna But-Hadžić, Nina Zidar. Radioterapy for inverted papilloma: a case report and review of the literature. *Radiol Oncol.* 2013; 47 (1) 71 – 76

## ANEXOS



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

\_\_\_\_\_

(Nombre completo)

En este acto médico, el(la) doctor(a) \_\_\_\_\_  
previo análisis de mis antecedentes, datos de la historia clínica y del examen físico, me ordenará exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulté. Posteriormente me hablará del(los) tratamiento(s) o procedimiento(s) que considere idóneos para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsible(s) de éstos.

Entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.



Firma \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

## RECOLECCIÓN DE BASE DE DATOS

Estudio de las recidivas post quirúrgicas del papiloma nasal invertido. Distribución, frecuencia y factores de riesgo asociados.				
No.	Variable	Pregunta	Base de datos: Herramienta original	
			Tipo	Observaciones
1	ID	ID Respuesta	Numérica	Genera el sistema
2	NOMBRE	Nombre (s)	Texto	
3	EDADUS	Edad Usuario	Numérica	
4	SEXOUS	Indica si eres... 1. Hombre 2. Mujer		
5	EXPLEÑ	Indica si tienes o tuviste exposición con madera 1. SI 2. NO	Numérica	
6	EXPPIN	Indica si tienes o tuviste exposición con pintura 1. SI 2. NO	Numérica	
7	EXPINS	Indica si tienes o tuviste exposición a insecticida 1. SI 2. NO	Numérica	
8	FRECFUM	Actualmente, ¿con qué frecuencia fumas cigarros? 1. Todos los días (pasa a la pregunta 24) 2. Ocasionalmente (pasa a la pregunta 25)	Numérica	
9	NUMCIG	¿Cuántos cigarros fumas al día?	Numérica	
10	TECQX	Colocar si fue abierta o endoscópica 1. Endoscópica 2. Abierta	Numérica	
11	ALER	Mencionar si presentas algún tipo de alergia  1. Si 2. NO	Numérica	
13	VPH	Mencionar si existe asociación prequirurgica con VPH  1. SI 2. NO	Numérica	
14	INMC	Menciona si presentas alguna enfermedad crónica degenerativa  1. SI 2. NO		
			Numérica	