

ANÁLISIS DE LA RECURRENCIA POSTQUIRURGICA DEL PAPILOMA NASAL INVERTIDO

Dr. Ricardo Hans Hernández Blanco. Otorrinolaringólogo HGZ/IMF #2 (Tulancingo, Hidalgo).
Dr. Eduardo Desentis Vargas. Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología HE CMN SXXI.
Dr. Alejandro Martín Vargas Aguayo. Jefe del Servicio de Otorrinolaringología HE CMN SXXI.

RESUMEN

Los papilomas nasales son tumores benignos epiteliales, originados en la mucosa nasal. Su etiología se relaciona con el virus del papiloma humano tipos 11 y 6 b. Entre el 10 y el 15% de los papilomas nasales sufren transformación maligna y, cerca del 44% de estas lesiones, recurren a pesar del tratamiento. Objetivos: comparar el índice de recurrencia postquirúrgica de la papilomatosis nasal entre los pacientes en estadios tempranos (T1 y T2 de Krouse) y los pacientes en estadios avanzados (T3 y T4 de Krouse). Se analizaron un total de 16 expedientes entre los años 1998 y 2000 del Servicio de Otorrinolaringología del HECMN SXXI. 4 pacientes se incluyeron en el estadio T1, 6 en estadio T2 y 4 en estadio T3. Se observaron recurrencias en 2 pacientes en estadio T2 y en 2 pacientes en estadio T3. El procedimiento quirúrgico más empleado para su tratamiento, en nuestra institución, es el desguante facial. Al parecer, el desguante facial es un método seguro en estadio T1. No se encontró recurrencia en los pacientes tratados en estadio T1. Los pacientes tratados en estadio T2 y T3 presentaron, al parecer, una recurrencia similar a la estadística internacional. No se capturaron pacientes en estadio T4.

Palabras clave:
Papilomas, maxilectomía,
desguante facial.

ABSTRACT

The nasal papyomas are benign epithelial tumors, originated in the nasal mucosa. Its etiology is related with the human papyoma virus 11 and 6b. Between 10 to 15% of the nasal papyomas have malignant degeneration and near the 44% of these lesions recur despite the treatment. Objective: Compare the rate of postquirurgic recurrence of the nasal papyomas between patients in early phases (Krouse T1 and T2), and advanced phases (Krouse T3 and T4). A total of 16 expedients were analyzed between the years of 1998 and 2000 at the service of otolaryngology of the HECMN SXXI. 4 patients were included at phase T1, 6 at the phase T2, and 4 at the phase T3. Recurrences in 2 patients with phase T2 were observed, and 2 in phase T3. The most used method for the treatment of these tumors in our institution is the facial degloving. It seems that facial degloving is a safe method for phase T1. Patients in phase T2 and T3 seems to present a similar recurrence than the worldwide reports. Patients in phase 4 were not cached.

Key Words:
Papyoma, medial maxilectomy
facial degloving.

INTRODUCCIÓN

Descritos por Ward, en 1854, y por Billroth, en 1855, los papilomas nasales son tumores benignos epiteliales, originados en la mucosa respiratoria nasal.^{1,2} Es una patología con predominio mayor en el sexo masculino, entre la quinta y séptima décadas de la vida, cuya etiología se relaciona con el virus del papiloma humano tipos 11 y 6 b. Su frecuencia entre los tumores de nariz y senos paranasales varía entre el 0.5 y el 4%.^{3,4} Aproximadamente, entre el 10 y el 15% de los papilomas nasales

les sufren transformación maligna; mientras que cerca del 44% de estas lesiones recurren a pesar del tratamiento.⁵

La sintomatología es poco específica, pudiéndose encontrar: obstrucción nasal unilateral, epistaxis, rinorrea, dolor facial, anosmia, anestesia y epífora.^{6,7,8,9} Cerca del 60% de los pacientes cuentan con antecedentes de cirugías nasales: polipectomía, cirugía de senos paranasales y septoplastia.

Se conocen 3 tipos de papilomas nasales: papiloma septal, fungiforme o exofítico: corresponde al 50% de los papilomas nasales;

se caracteriza por ser una lesión exofítica, verrucosa, pedunculada o sésil. No se han reportado casos de malignización de esta variedad. Papiloma invertido: constituye el 47% de los papilomas nasales. Se caracteriza por una masa voluminosa, de color rojo grisáceo y de aspecto polipoideo, que se origina de la pared lateral nasal. Su incidencia real es desconocida; sin embargo, se calcula que abarca entre el 0.5 y el 4% de los tumores nasales; aproximadamente, el 10% de estas lesiones sufren de malignización.¹⁰ Papiloma cilíndrico o columnar: constituye el 3% de los papi-

lomas nasales. Su aspecto es papilar, de color rojo pardo. Se origina en la pared lateral nasal o de los senos paranasales. Cuenta con muy pocos casos reportados de malignización en la literatura.^{6,11,12}

A pesar de la importancia de la extensión de los papilomas nasales para la planeación de la cirugía, no se cuenta con un sistema universal de estadificación. Recientemente, Krouse ha clasificado a estos tumores de la siguiente manera:

- T1:** Tumor confinado a la cavidad nasal, sin extensión paranasal. No debe existir malignidad.
- T2:** Tumor que afecta al complejo osteomeatal, celdillas etmoidales, y/o a la porción medial del seno maxilar. No debe existir malignidad.
- T3:** Tumor que afecta a las paredes lateral, inferior, superior, anterior o posterior del seno maxilar, al seno esfenoidal y/o al seno frontal. No debe de existir malignidad.
- T4:** Tumor con extensión extranasal o extranasal y/o cualquier tumor asociado con malignidad.^{3,12}

Las anomalía radiológica más frecuente es la destrucción de la pared interna del maxilar. Debido al alto índice de recurrencias y a la posibilidad de malignidad, muchos autores han recomendado resecciones abiertas en bloque, tales como la rinotomía lateral, la maxilectomía subtotal, la maxilectomía total y el desguante facial; siendo la maxilectomía subtotal y el desguante facial, las resecciones más recomendadas en la actualidad.^{3,4}

La rinotomía lateral, descrita por Moure en 1902, y popularizada por Doyle en 1968,¹³ es una vía básica en la cirugía oncológica de la nariz, la cual tiene como objetivo reseca la pared externa de la nariz. Por su parte, la maxilectomía es la operación básica para la mayor parte de los tumores maxilares que no han destruido el piso orbitario, tumores de la pared nasal externa con expansión al antro maxilar y neoplasias alveolares que han destruido el piso del maxilar. Se denomina maxilectomía subtotal cuando se penetra al antro maxilar por su pared anterior, mientras que en la maxilectomía total no se penetra la cavidad del antro maxilar, reseca la misma en su totalidad mediante ostetomías. Finalmente, el desguante facial consiste en la exposición de la cavidad nasal, levantando las estructuras superficiales de la nariz por vía intercartilaginosa, transfrontral o sublabial. No obstante, pese a los grandes beneficios de

los métodos descritos, el paciente tiene que enfrentarse con problemas estéticos postquirúrgicos, además de problemas funcionales secundarios a los procedimientos mencionados.¹⁴⁻¹⁶ Por lo anterior, actualmente se han sugerido abordajes más conservadores para lesiones pequeñas. Recientemente se ha difundido el uso de la endoscopia para lesiones confinadas en la nariz, senos etmoidales y pared medial de los senos maxilares; sin embargo, se contraindica este procedimiento ante la presencia de malignidad.^{17,18}

La radioterapia ofrece muy pobres resultados, razón por la cual no se contempla dentro del tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con papilomatosis nasal operados en estadios tempranos (T1 y T2 de Krouse) deben presentar un índice de recurrencia menor, en comparación con los pacientes operados en estadios más avanzados (T3 y T4 de Krouse)

HIPÓTESIS

Si la estadificación de la papilomatosis nasal está en relación con la extensión de la enfermedad entonces, los pacientes operados en estadios tempranos (T1 y T2 de Krouse), deben presentar una recurrencia menor en comparación con los pacientes con papilomatosis nasal, operados en estadios más avanzados (T3 y T4 de Krouse).

OBJETIVOS

Comparar el índice de recurrencia postquirúrgica de la papilomatosis nasal entre los pacientes en estadios tempranos (T1 y T2 de Krouse) y los pacientes en estadios avanzados (T3 y T4 de Krouse).

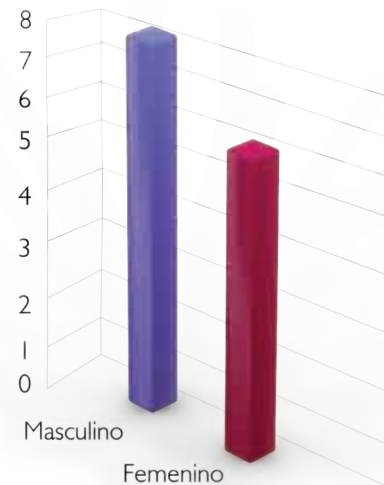
MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

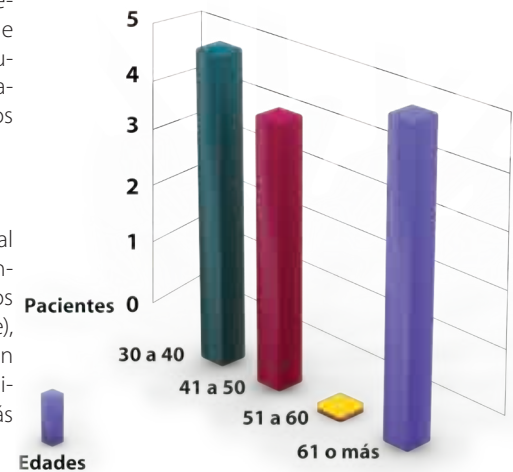
Retrospectivo, comparativo y observacional. Se revisaron expedientes de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, Siglo XXI con diagnóstico de papilomatosis nasal en el periodo de enero de 1998 a diciembre del 2000.

Variables independientes

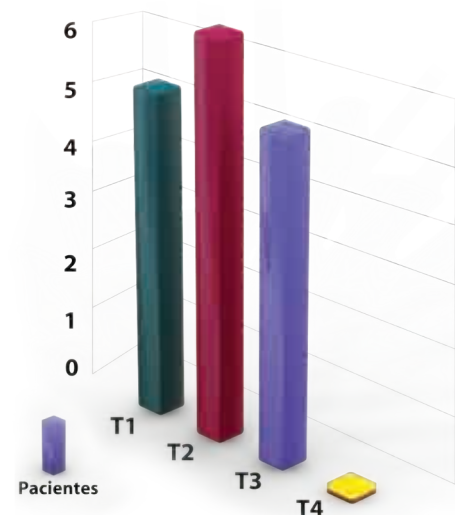
Procedimientos quirúrgicos y la estadificación de los papilomas nasales. Variables dependientes: Recurrencia de la papilomatosis nasal.



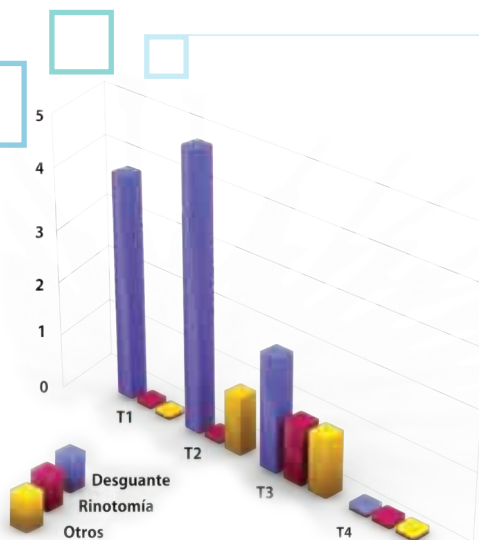
Gráfica 1. Distribución por sexo



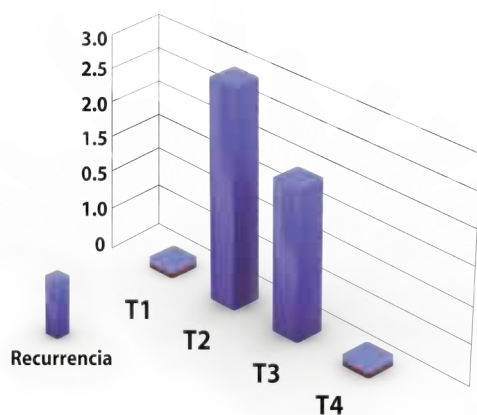
Gráfica 2. Distribución por edades



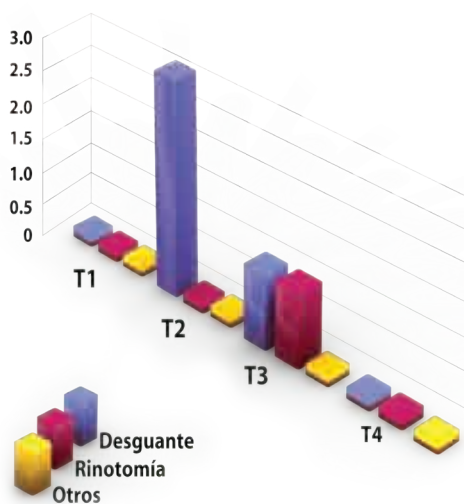
Gráfica 3. Distribución por estadio



Gráfica 4. Distribución por tipo de procedimiento quirúrgico



Gráfica 5. Distribución de recurrencia por tipo de estadio



Gráfica 6. Distribución de recurrencia por tipo de cirugía

Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de papilomatosis nasal confirmados por patología.

Criterios de no inclusión

Pacientes con diagnóstico de papilomatosis nasal con tratamiento previo.

Criterios de exclusión

Pacientes con diagnóstico de papilomatosis nasal, sin expediente.

Procedimiento

Se revisaron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de papilomatosis nasal confirmado por patología, sin tratamiento previo. Se registraron la edad, sexo y existencia de reporte de patología en el periodo comprendido de enero de 1998 a diciembre del 2000. Los pacientes y los procedimientos realizados fueron estadificados según la clasificación de Krouse. Se registró el seguimiento de los pacientes en un periodo de dos años a través de controles (consulta externa, tomografía computada de nariz y senos paranasales y/o resonancia magnética) así como las recurrencias postquirúrgicas.

Análisis estadístico

Se compararán las frecuencias relativas a la frecuencia de recurrencia en ambos grupos quirúrgicos. Las diferencias se estimarán por la prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS

Se capturaron un total de 30 pacientes con diagnóstico de papilomatosis nasal. 8 pacientes de sexo masculino (57%), y 6 pacientes de sexo femenino (43%). Gráfica 1 El rango de edad encontrado entre los pacientes fue de los 30 a los 69 años; teniendo como media la edad de 49 años. Tabla 2 Se presentaron 4 pacientes en estadio T1 (28.5%), 6 en estadio T2 (42.8%), 4 en estadio T3 (28.5%), y ningún paciente en estadio T4 de Krouse. Tabla 3

Los 4 pacientes en estadio T1 de Krouse fueron sometidos a resección por desguante facial.

De los 6 pacientes en estadio T2 de Krouse, 5 (83.3%) fueron sometidos a resección por desguante facial, y uno (16.6%) a resección por desguante facial + etmoidectomía anterior.

En cuanto a los pacientes en estadio T3 de Krouse, 2 (50%) fueron sometidos a resección por desguante facial, uno (25%) fue sometido a resección, vía rinotomía lateral ampliada, y otro más (25%) fue sometido a rinotomía

lateral ampliada + etmoidectomía + esfenoidectomía. Gráfica 4

Ninguno de los 4 pacientes en estadio Krouse T1 presentó recurrencias.

Dentro de los pacientes en estadio T2 de Krouse, tres pacientes (50%) sometidos a resección por desguante facial presentaron recurrencia de la patología dentro del periodo de seguimiento de 2 años.

En cuanto a los pacientes en estadio T3 de Krouse, un paciente (25%) sometido a resección por desguante facial, y otro (25%) sometido a resección, vía rinotomía lateral ampliada, presentaron recurrencia tumoral (50%). Gráficas 5 y 6

DISCUSIÓN

Los papilomas nasales son tumores nasales de origen epitelial que abarcan entre el 0.4 y el 5% de todos los tumores nasosinuales; presentan un alto índice de recurrencia tal y como está reportado en la literatura; 5,12 no obstante, no se cuenta con un criterio de estadificación universal, siendo la estadificación de Krouse la que mayor aceptación tiene hasta la fecha. 3,12

El tratamiento quirúrgico es, sin duda, la resección quirúrgica, para lo cual existen diversos métodos, siendo los más aceptados la maxilectomía media, la rinotomía lateral y el desguante facial. Con el desarrollo de la cirugía endoscópica de nariz y senos paranasales, se ha abierto la posibilidad de reseccionar papilomas nasales en estadios tempranos. 13,17

En la actualidad se cuentan con estudios que relacionan el estadio T1 con la resección vía endoscópica, obteniendo muy buenos resultados; sin embargo, no se ha publicado aún un estudio prospectivo que relacione a la estadificación, con los procedimientos quirúrgicos y el pronóstico a largo plazo.

Por todo lo anterior, es importante el comenzar a relacionar la estadificación de los papilomas nasales con los procedimientos quirúrgicos y con el pronóstico a largo plazo, con el propósito de brindar a los pacientes un diagnóstico oportuno y un procedimiento quirúrgico confiable, con la posibilidad de que sea menos agresivo éste último.

En el presente estudio se capturaron un total de 30 pacientes en un periodo de 3 años; sin embargo, únicamente se contaron con 15 expedientes ya que el resto presentaban números de afiliación erróneos. Se excluyó a una paciente con cirugías previas.

Se encontraron a 8 pacientes (57%) de sexo masculino y a 6 (47%) de sexo femenino con una relación de 1.3:1, no siendo significativa. Los pacientes estudiados se encontraban en-

tre la cuarta y la séptima décadas de la vida. En la literatura encontramos una predilección del sexo masculino (3:1), así como una mayor incidencia entre la quinta y la séptima décadas de la vida (3,4); por lo cual, nuestro estudio, no concordó con la predilección por el sexo masculino, pero sí con las edades de los pacientes.

En el presente estudio se apreció que todos los pacientes en estadio T1 y T2 de Krouse se abordaron por desguante facial, teniéndose que hacer una etmoidectomía, de manera adicional, en uno de los casos de pacientes en T2. En los casos de papilomas nasales en estadio T3 se encontraron dos casos tratados por desguante facial, uno tratado por rinotomía lateral ampliada, y otro más tratado por rinotomía lateral ampliada + etmoidectomía + esfenoidectomía.

Por lo que toca a la recurrencia, la literatura la reporta en el 44% de los casos. En el presente estudio no se apreció recurrencia en los tumores en estadio T1; en los tumores en estadio T2 la recurrencia ocurrió en 3 casos (50%); y finalmente, en los tumores en estadio T3 se presentó recurrencia en 2 casos (50%), teniendo así en los estadios T2 y T3 congruencia con la estadística internacional.⁵

No se captaron pacientes con tumores en estadio T4, en los cuales se presenta extensión extranasal o extrasinusal y/o cualquier asociación con malignidad. Pensamos que es probable que algunos pacientes se hayan derivado al servicio de oncología y que, por lo tanto, no hayan sido atendidos en nuestro hospital; asimismo, la sintomatología ocasionada en este tipo de patología tal vez ha ocasionado que los pacientes buscaran atención médica antes de alcanzar el estadio T4.

Creemos que es importante la elaboración de estudios prospectivos enfocados en la estadificación y su asociación con el tipo de tratamiento a elegir, así como en el pronóstico de la patología con base en lo anterior.

En la actualidad se cuenta con algunos estudios anglosajones donde se reporta un muy buen resultado con la resección endoscópica en estadio T1; sin embargo, son pocos y, en el ámbito nacional, prácticamente nulos. Por lo anterior, consideramos útil explorar métodos menos invasivos en estadios tempranos, que ofrezcan una buena cosmesis y, sobre todo, una baja reincidencia.

CONCLUSIONES

No se encontró una predilección por algún sexo. Es una patología frecuente entre los adultos, en especial entre la cuarta y la séptima décadas de la vida. El procedimiento

quirúrgico más empleado, en nuestra institución, para su tratamiento, es el desguante facial. Al parecer, el desguante facial es un método seguro en estadio T1. No se encontró recurrencia en los pacientes tratados en estadio T1. Los pacientes tratados en estadio T2 y T3 presentaron, al parecer, una recurrencia similar a la estadística internacional. No se captaron pacientes en estadio T4. Consideramos que se debe realizar un estudio prospectivo con un mayor número de pacientes que relacionen estadificación y método quirúrgico con el pronóstico, que contemple a la cirugía endoscópica con opción terapéutica.

Bibliografía.

- 1.-Bbatsakis JG. Pathology consultation: Nasal (Schneiderian) papillomas. *Ann Otol Laryngol*. 1981; 90: 190-1.
- 2.-Vrabec DP. The inverted Schneiderian papilloma: a clinical and pathological study. *Laryngoscope* 1990; 100: 481-90.
- 3.-Escajadillo J Ramón; Oído, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello. Manual Moderno. Segunda edición. 2002. p 343-3.
- 4.-Bailey B. J; Head and Neck Surgery-Otolaryngology. Segunda edición. Philadelphia Lippincott-Raven. P 405.
- 5.-F. Dammann, P. Pereira. Inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses: using CT for primary diagnosis and follow-up: *AJR* 1999; 172: 543-548.
- 6.-Lee K. J; Ortorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Mc. Graw Hill. Séptima edición. 2002. p 843.
- 7.-Buchwald C, et. al. Carcinomas occurring in papillomas of the nasal septum associated with Human Papilloma Virus: *Rhinology* 1997; 35: 74-78.
- 8.-Lawson W, Ho BT, Shaari CM, Biller HF. Inverted papilloma: a report of 112 cases. *Laryngoscope* 1995; 105: 282-288.
- 9.-Buchwald C, Franzmann MB, Tos M. Sinonasal papillomas: a report of 82 cases in Copenhagen County, including a longitudinal epidemiological and clinical study. *Laryngoscope* 1995; 105: 72-79.
- 10.-Fradis M, Podoshin L, Gertner R, Sabo E (1993). Squamous cell carcinoma of the nasal septum mucosa. *ENT J* 72: 217-221.
- 11.-Guichard C. et. al. Epithelial cell proliferation, apoptosis, and apoptosis inhibition in inverted papillomas: *The Laryngoscope* 1998; 108: 716-720.
- 12.-Krouse H. Development of a staging system for inverted papilloma: *The Laryngoscope* 2000; 110 965-968.
- 13.-Doyle PJ. Approach to tumors of the nose, nasopharynx, and paranasal sinuses. *Laryngoscope* 1968; 78:1756-62.
- 14.-Lueg A, Irish C, Roth Y. An objective analysis of the impact of lateral rhinotomy and medial maxillectomy on nasal airway function. *Laryngoscope* 1998; 108 : 1320-24.
- 15.-Cole P. Toronto rhinomanometry: laboratory, field and clinical studies. *J Otolaryngol* 1994; 23:454-8.
- 16.-Cole P, Roithmann R, Roth Y. Measurement of airway patency. A manual for users of the Toronto systems. *Ann Otol Rhino Laryngol* 1997; 106 (10): 7-21.
- 17.-Chee L, Sethi Ds. The endoscopic management of sinonasal inverted papillomas. *Clin Otolaryngol* 1999; 24: 61-6.
- 18.-Stankiewicz JA, Girgis SJ. Endoscopic surgical treatment of nasal and paranasal sinus inverted papillomas. *Otolaryngo Head Neck Surg* 1993; 109: 988-995.