

Coordinador: Dr. Manuel de la Llata-Romero
Colaboradores: Dr. Juan Urrusti-Sanz
Dr. Jesús Aguirre-García
Dr. Adalberto Poblano-Ordóñez

Hombre de 74 años de edad con rinorrea y epistaxis recurrentes

Isabel Alvarado-Cabrero,^{a*} Jazmín De Anda-González,^a Gonzalo Valdez-Duarte^b

^aJefatura del Departamento de Patología del Hospital de Oncología, CMN Siglo XXI, IMSS

^bDepartamento de Anatomía Patológica, Hospital de Pemex, Picacho
México, D.F., México

Presentación del caso

V arón de 74 años de edad originario de Morelos y de oficio carpintero se presentó a consulta con antecedentes de apendicetomía e hipertensión arterial esencial.

Padecimiento: se inició en marzo de 2003 con síntomas inespecíficos como sensación de obstrucción nasal, secreción de narina izquierda en principio hialina, posteriormente fétida y purulenta. Acudió con facultativo quien diagnosticó sinusitis crónica, por lo cual recibió tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, con ligera mejoría de sus síntomas. Dos semanas después se agregó epistaxis, cefalea y sensación de cuerpo extraño. En esta ocasión se dio tratamiento con vasoconstrictores. A pesar del tratamiento, la epistaxis fue cada vez más frecuente y profusa, por lo que en la tercera visita del paciente al médico se le indicó tomografía axial computarizada helicoidal de senos paranasales.

La tomografía axial computarizada helicoidal de senos paranasales mostró una neoplasia sólida, originada en nasofaringe y que ocupaba en su totalidad los senos paranasales, con destrucción ósea de la cavidad nasal, septo y celdillas etmoidales, por lo cual se programó para cirugía.

La biometría hemática, química sanguínea y pruebas de coagulación fueron normales.

En mayo de 2003, el tumor fue resecado en su mayor parte a través de un abordaje craneo facial. Posterior a la cirugía el paciente recibió radioterapia.

Anatomía patológica

En patología se recibió una lesión polipoide, gelatinosa, con áreas hemorrágicas, que midió 6 × 4 cm de eje mayor. En el estudio histológico se observó neoplasia epitelial formada por glándulas de contornos irregulares, revestidas por células

cilíndricas y caliciformes, estratificadas, con núcleos grandes y vesiculosos (Figura 1). En varias áreas, las glándulas estaban inmersas en un material mucoso, basófilo (Figura 2). El diagnóstico fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal de senos paranasales.

En enero de 2004, el paciente presentó nuevamente epistaxis, la tomografía axial computarizada mostró masa nodular en seno paranasal izquierdo, por lo que se realizó nueva resección de la lesión. En patología se recibieron múltiples fragmentos de tejido de forma irregular, blanquecinos, de aspecto mucoso, que variaban en diámetro de 0.8 a 1.5 cm. En el estudio microscópico, la neoplasia tenía el mismo aspecto que la inicial, pero con áreas más sólidas y con necrosis (Figuras 3 y 4). El diagnóstico fue de adenocarcinoma tipo intestinal moderadamente diferenciado recidivante.

Discusión

El caso presentado muestra adenocarcinoma tipo intestinal de senos paranasales cuya sintomatología es inespecífica e incluye síntomas obstructivos, epistaxis y dolor; en la mayoría de los casos estos síntomas son secundarios a sinusitis crónica, más que a un proceso neoplásico. En los tumores nasofaríngeos, la sintomatología puede durar desde meses hasta años antes de que se descubra la neoplasia.^{1,2} Cuando aparecen datos más alarmantes como epistaxis repetitiva y profusa, o parálisis facial, se deben realizar estudios de imagen de la región para descartar un proceso neoplásico.

Este tipo de adenocarcinoma se origina de los senos etmoidales en 40% de los casos, de cavidad nasal en 28% y antro maxilar en 23%. Se ha vinculado con exposición a polvos industriales, por lo que predomina en hombres y es esporádico en mujeres.^{3,4}

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Isabel Alvarado-Cabrero. Jefatura del Departamento de Patología, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, 06725 México, D.F., México. Tel.: 5627 6957. Correo electrónico: isa98@prodigy.net.mx



Figura 1. Adenocarcinoma sinonasal. Vista panorámica, glándulas tipo vellosa, alternando con focos de necrosis.

El paciente referido mostró síntomas inespecíficos que progresaron de intensidad, además del antecedente ocupacional de carpintería.^{2,5-8}

Los adenocarcinomas de la región sinusal se originan en el epitelio respiratorio o en las glándulas mucoseras hasta en 60% de los casos, en el senomaxilar. Se clasifican histológicamente como tipo glándula salival y no glándula salival. Los adenocarcinomas tipo no glándula salival se subdividen en tipo intestinal y no intestinal. Los tipo intestinal se subclasifican en papilares, colónicos, sólidos y mucinosos. Batsakis y colaboradores los clasifican como papilar, sésil y alveolar.⁹ El aspecto macroscópico es similar al adenocarcinoma tipo colónico: son tumores polipoides, de aspecto gelatinoso.

Por el patrón morfológico es necesario realizar varios diagnósticos diferenciales, tanto de lesiones benignas (papi-

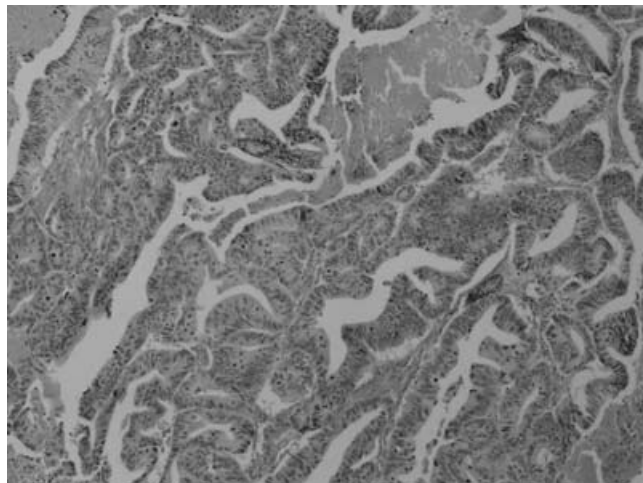


Figura 2. Adenocarcinoma sinonasal. Proliferación de glándulas tipo entérico.

loma schneideriano) como neoplásicas (carcinoma colónico metastásico, carcinoma de alto grado, linfomas e incluso neuroblastoma olfatorio). Para esto, en múltiples ocasiones es necesario complementar el diagnóstico morfológico con reacciones de inmunohistoquímica; el adenocarcinoma tipo intestinal muestra positividad para citoqueratinas, en especial citoqueratina 7, 20 y cromogranina.¹⁰

La sobrevida del adenocarcinoma tipo glándula salival es de 40 a 60% a 10 años. A diferencia del adenocarcinoma tipo intestinal, el pronóstico depende del grado de diferenciación, su historia natural es de múltiples recurrencias, con mejor sobrevida en pacientes que cuentan con historia de exposición a polvos, ya que se detecta en estadios tempranos. En el paciente reseñado se han documentado dos recurrencias sin metástasis a ganglios linfáticos regionales. Ha recibido radioterapia y continúa en vigilancia.

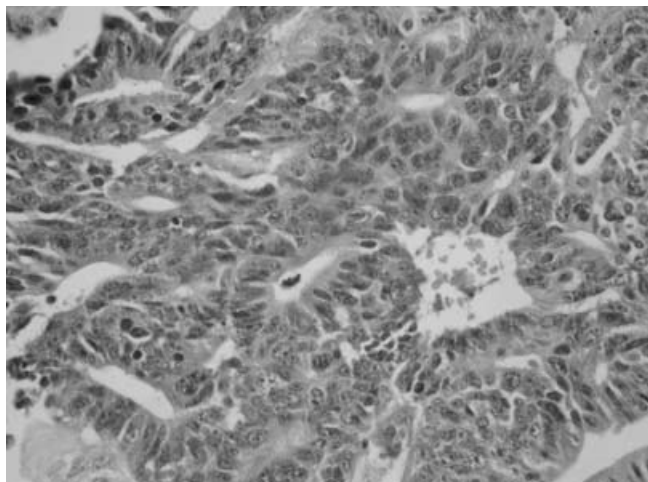


Figura 3. Adenocarcinoma sinonasal. Proliferación glandular con áreas sólidas.

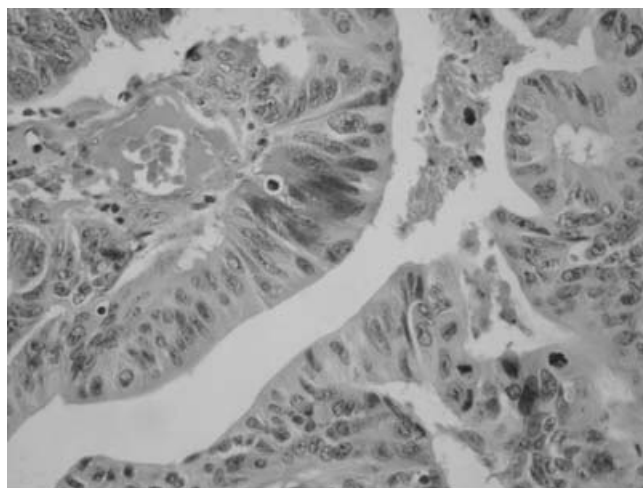


Figura 4. Adenocarcinoma sinonasal. Glándulas revestidas por epitelio cilíndrico estratificado, con células de núcleos pleomórficos.

El tratamiento de elección es la resección total del tumor, con márgenes quirúrgicos adecuados, además, de radioterapia locorregional, como en este paciente.

De forma independiente al grado de diferenciación, todas las formas de adenocarcinoma tipo intestinal son localmente agresivas y suelen ser fatales.

Referencias

1. **Andersen HC, Andersen I, Solgaard J.** Nasal cancers, symptoms and upper airway function in woodworkers. *Br J Ind Med* 1977;34:201-207.
2. **Barnes L.** Intestinal-type adenocarcinoma of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Am J Surg Pathol* 1986;10:192-202.
3. **Mills SE, Fechner RE, Cantrel RW.** Aggressive sinonasal lesion resembling normal intestinal mucosa. *Am J Surg Pathol* 1982;6:803-809.
4. **Wenig BM, Hyams VJ, Heffner DK.** Nasopharyngeal papillary adenocarcinoma. A clinicopathologic study of a low-grade carcinoma. *Am J Surg Pathol* 1988;12:946-953.
5. **Batsakis NJG, Mackay B, Ordoñez NG.** Enteric-type adenocarcinoma of the nasal cavity. An electron microscopic and immunocytochemical study. *Cancer* 1984;54:855-860.
6. **Bernstein JM, Montgomery WW, Balogh K Jr.** Metastatic tumors to the maxilla, nose and paranasal sinuses. *Laryngoscope* 1966;76:621-650.
7. **Heffner DK, Hyams VJ, Hauck KW, Lingeman C.** Low grade adenocarcinoma of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Cancer* 1982;50:312-322.
8. **McKinney CD, Mills SE, Franquemont DW.** Sinonasal intestinal type adenocarcinoma. Immunohistochemical profile and comparison with colonic adenocarcinoma. *Mod Pathol* 1995;8:421-426.
9. **Sánchez-Casis G, Devine KD, Weiland LH.** Nasal adenocarcinomas that closely simulate colonic carcinomas. *Cancer* 1971;28:714-772.
10. **Kleinsasser O, Schroeder HG.** Adenocarcinoma of the inner nose alter exposure to Wood dust: morphological findings and relationships between histopathology and clinical behavior in 79 cases. *Arch Otorhinolaryngol* 1988;245:1-15.