

# CASO CLINICO

## Femenina de 45 Años de Edad con Obstrucción y Rinorrea en Fosa Nasal Izquierda

Jorge Iván Arce-Rosas 1, J. Rigoberto Flores-Ochoa 2, Héctor Macías-Reyes 3

1 - Médico Interno de Pregrado del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

2 - Médico Residente del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

3 - Médico Adscrito del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

### Abstract

**Introducción:** Las neoplasias de nariz y senos paranasales corresponden al 3% de los canceres de cabeza y cuello, siendo el más común el Carcinoma Epidermoide.

**Presentación del Caso:** Se trata de un paciente femenino de 45 años que presenta obstrucción nasal izquierda de un año de evolución, agregándose cefalea frontal y sensación de presión facial, posteriormente secreción fétida, sin antecedentes de importancia en la exploración física se encuentra secreción fétida en fosa nasal izquierda, se practica TAC, endoscopía y biopsia llegando al diagnóstico final.

**Discusión:** El Carcinoma Epidermoide tiende a afectar con mayor frecuencia al seno maxilar, seguido, por el etmoidal y en último lugar al frontal. Para su diagnóstico, la tomografía axial computarizada está considerada como el estudio de primera intención, ya que delimita la tumoración y nos da una ventana excelente para ver deformidad ósea; sin embargo, no distingue edema de un tumor subyacente. El tratamiento es totalmente quirúrgico, se pueden utilizar distintos abordajes dependiendo del estadio inicial del paciente.

**Palabras Clave:** Carcinoma Epidermoide, Obstrucción Nasal, Senos Paranasales, Cáncer de Cabeza y Cuello  
(Hipoc Rev Med No 23, Nov-Dic, 2010)

### Presentación del Caso

Paciente femenino de 45 años de edad que acude al servicio de Otorrinolaringología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, por presentar obstrucción nasal izquierda de un año de evolución. Inicia con obstrucción nasal izquierda intermitente de predominio matutino y nocturno. Agregándose cefalea frontal y sensación de presión facial. Acude con facultativo, se realiza Tomografía Axial Computada (TAC) y diagnostican sinusitis aguda más rinitis alérgica. Recibe tratamiento a base de antibiótico, corticoides tópicos y antihistamínicos, presentando leve mejoría. Posteriormente se suma rinorrea fétida e inicia de nueva cuenta con la sintomatología previa, motivo por lo que decide acudir a nuestro servicio.

Como antecedentes de importancia refiere madre y 2 hermanos con hipertensión arterial, padre con cáncer de pulmón, alergias a gatos y perros, rinitis alérgica y rinosinusitis de 4 años de evolución.

A la exploración física se encuentra; Cavidad Oral: Mallampatti Grado 1, paladar íntegro, úvula central, leve hiperemia en pilares anteriores, amígdalas intravelicinas, orofaringe normotrófica, múltiples piezas dentarias con amalgamas. Rinoscopia Anterior: Con desviación septal hacia la derecha en área I y II, no contactante; cornetes inferiores grado II, pálidos, retráctiles con vasoconstrictor, secreción purulenta por meato medio izquierdo.

Implantación de pabellón auricular adecuada, CAE permeable, MT retracción grado I, reflejo lumínoso disminuido, disminución de la movilidad timpánica. Movimientos faciales respetados.

Se solicitaron los siguientes exámenes de laboratorio y gabinete: Se realizó biometría hemática y toma de IgE, las cuales se encontraron dentro de parámetros normales. Se tomó una TAC de nariz y senos paranasales, donde se aprecia; en los cortes axiales, lado izquierdo con sinusitis de senos maxilares, etmoides anterior y frontal, hipertrofia turbinal, deflexión septal hacia la derecha, datos de osteítis de la pared medial del seno maxilar (Imagen 1). Nivel hidroaereo en seno maxilar derecho. En cortes coronales se corrobora lo antes mencionado y se aprecia dilatación del ostium de drenaje del seno maxilar izquierdo (Imagen 1.1)

Se realiza una endoscopia, en la cual se aprecia en fosa nasal izquierda, una masa de características similares a la mucosa nasal, proveniente de la pared lateral nasal, la misma obstruyendo el meato medio, con secreción purulenta amarillenta y fétida (Imagen 2). Se toma biopsia de dicha masa (Imagen 2.1)



Imagen 1

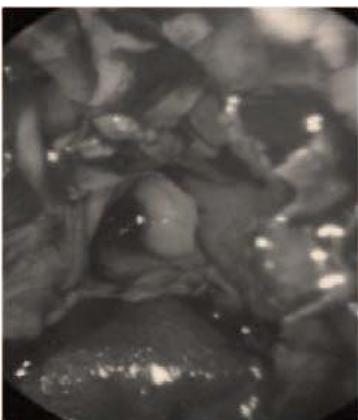


Imagen 2.1: Toma de biopsia dirigida mediante endoscopia



Imagen 1.1



Imagen 2. Endoscopia dirigida a fosa nasal izquierda

### Diagnóstico:

Papiloma Nasal Invertido que condiciona Rinosinitis Crónica.

### Evolución y manejo:

Se dió tratamiento a base de claritromicina 500mg cada 12 horas, erdosteina 300 mg cada 12 horas, prednisona 1mg/Kg día con dosis descendente y corticoide tópico; se piden requisitos quirúrgicos y se procede a realizar abordaje endoscópico; se realiza uncinectomía y etmoidectomía anterior con excéresis de la tumoración. Se envía nueva muestra a patología y se corrobora el diagnóstico.

### Discusión:

Las neoplasias de nariz y senos paranasales corresponden al 3% de los cánceres de cabeza y cuello. El más común es el Carcinoma Epidermoide. El seno maxilar es el más frecuentemente afectado, después el etmoidal, seguido por el frontal (1). Los tumores benignos se tratan principalmente con cirugía, pero es fundamental el seguimiento (2). Aparecen con síntomas como: obstrucción nasal, rinorrea, congestión, dolor facial, epistaxis, diplopía, proptosis, pérdida visual, cefalea. A la exploración se debe hacer énfasis en diferentes aspectos: a la rinoscopia anterior; búsqueda de masas y desviaciones septales. Cavidad oral, en especial piezas dentarias y paladar duro. Cara; dolor y edema en zona del pómulo y nariz. Orbita; proptosis, alteraciones de la agudeza visual (4). Además alteraciones de pares craneales y otros como otitis media serosa y masas en cuello. El diagnóstico se corrobora con: A) Tomografía Computada: Es el estudio de primera intención, delimita la tumoración, excelente para ver deformidad ósea, solo que no distingue edema de un tumor subyacente. B) Resonancia Magnética con gadolinio: determina la participación de fosa la craneana; útil en órbita y además distingue tumor de edema. C) Endoscopia y Biopsia: Nos proporciona el diagnóstico definitivo y determina el tratamiento (5). Se debe tener precaución con tumores vascularizados o que contengan líquido cefalorraquídeo (LCR).

Topográficamente aparece con patrón de circunvoluciones cerebriformes, como una masa focal realzada, centrada en el meato medio, obstruyendo el complejo osteomeatal y dilatando el infundíbulo. Puede haber remodelación y en el 10% muestra calcificaciones (6).

El tratamiento es totalmente quirúrgico, se pueden utilizar distintos abordajes dependiendo del estadio inicial del paciente. Se recomienda en estadio I y II abordaje endoscópico y en estadios, III, IV y recidivas abordaje externo rinotomía lateral, degloving, Caldwell-Luc (7).

Tumores Benignos	Tumores Malignos
Cementoma	Adenocarcinoma
Condroma	Carcinoma Adenoideo Quístico
Hemangioma	Hemangiopericitoma
Papiloma Invertido	Linfoma
Angiofibroma Juvenil	Melanoma maligno
Meningioma	Estesioneuroblastoma Olfatorio
Neurofibroma	Sarcoma
Fibroma osificante	Carcinoma Sinusal Indiferenciado
Osteoma	Carcinoma Celulas escamosas
Schwannoma	Teratoma o Teratocarcinoma

Tabla 1.- Diagnóstico diferencial de tumores de nariz y senos paranasales

**Papiloma Nasal Invertido:** se originan del epitelio escamoso o Schmeideriano, su incidencia va de 0.5% al 7% de los tumores nasosinusales. Es más frecuente en varones con un promedio de edad a los 50 años, se encuentra relacionado con VPH 11 y 16. Típicamente se encuentra en el meato medio obstruyendo algún seno paranasal. Es unilateral en la mayoría de los casos, sólo es bilateral en un 13% de los casos y tienen un 75% de posibilidades de recidiva y 15% de malignización.

**Histológicamente se divide en:** Papiloma nasal invertido, Papiloma Fungiforme y de Células Cilíndricas, y se presenta como un papiloma epitelizado con islotes en su interior acompañado de metaplasia severa y rodeado de tejido conectivo.

**Clinicamente se presenta con:** Obstrucción nasal ( 58%), epistaxis (17%), secreción nasal (14%), obstrucción nasal bilateral (12%), Sinusitis (9%).

Tabla 2.- Principales Aspectos clínico-patológicos del Papiloma Nasal Invertido. (7).

## CLASIFICACIÓN DE KRAUSE(8)

- Estadio I: Enfermedad limitada solamente a la cavidad nasal.
- Estadio II: Enfermedad limitada al seno etmoidal y paredes medial y superior del seno maxilar.
- Estadio III: Enfermedad que compromete las paredes lateral o inferior del seno maxilar o extensión hacia los senos frontal o esfenoidal.
- Estadio IV: Enfermedad que compromete más allá de los límites de la nariz o senos paranasales al igual que cualquier degeneración maligna.

En general se considera, que el porcentaje de recidivas en diferentes series analizadas varía alrededor del 27%. Con posibilidad de malignizarse alrededor de 6%. La alta tasa de recidivas y la posibilidad de malignización hacen que independiente del tratamiento por el cual optemos, éste debe darnos las suficientes garantías de que hemos logrado una escisión del tumor.(9) El seguimiento debe ser a largo plazo, indicando una cirugía lo más radical posible ante una sospecha de recidiva.

## Referencias

1. Bailey, Byron J.; Head & Neck Surgery - Otolaryngology, 4th Edition, 2006 Vol 2 Chap 107 - Neoplasms of the Nose and Paranasal Sinuses.
2. Cummings C. Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 4th Edition, 2005 Part Four, Paranasal Sinus Chap 51 - Neoplasms.
3. Anil K. Lalwani. Current Diagnosis & Treatment in Otolaryngology—Head & Neck Surgery, 4th Edition, 2006 Part IV. Sinuses Chap 15. Paranasal Sinus Neoplasms.
4. Lore J.; An Atlas of Head & Neck Surgery, 4th Edition, 2005, Part V. The Sinus and Maxilla, Endoscopic Diagnosis and Surgery for Sinus.
5. Suárez C.; Tratado de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, Segunda edición, 2009, Tomo IV, Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello y de la Base del Cráneo. Cap. 209.
6. Escajadillo J.; Oídos, Nariz, Garganta y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2a Edición. 2002, Capítulo 15, Tumores de nariz y senos Paranasales.
7. Henriquez M, Altuna X.; Papiloma Invertido: Tratamiento y Evolución. Servicio Otorrinolaringología. San Sebastián. Acta Otorrinolaringol Esp 2003; 54: 242-248.
8. Melroy C.; Benign Sinonasal Neoplasms: A Focus on Inverting Papilloma, Otolaryngol Clin N Am 39 2006; 601–617.
9. Mena F, Carlos Mena C, Virgilio J.; Surgery in the inverted papillomas of the nose, Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2010; 70: 43-48.