

CARCINOMA EPIDERMÓIDE NASOSINUSAL CON INVASIÓN A SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

HOSPITAL REGIONAL DR. VALENTÍN GÓMEZ FARIÁS
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CCC



AUTOR: ELSA ELENA BYERLY ROSAS

COAUTORES: LETICIA MIRELES GARCIA, JOSE RAMON LEAL LOMELI, DAVID FERNANDO VALLEBUENO ESTRADA

INTRODUCCION: El carcinoma epidermoide de senos paranasales es raro, teniendo una incidencia de 30/100000 habitantes. El riesgo de aparición aumenta a partir de la cuarta década de la vida, con pico de incidencia entre los 55 y 65 años en hombres, y 60 a 80 años en mujeres. Tiene una prevalencia mayor en hombres 4:1. El seno maxilar suele ser el más afectado. Se ha asociado a la exposición prolongada a partículas de maderas blandas, como abeto y pino. La supervivencia a 5 años es de 40 a 50%. Sus principales manifestaciones clínicas son obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis, dolor y edema facial, diplopía, epifora, proptosis y pérdidas dentales. La invasión ganglionar a cabeza y cuello es poco frecuente representando el 10%. Metástasis a distancia solo se presentan en el 1 a 2% generalmente por vía hematogena los sitios más frecuentes de metástasis son pulmón, huesos e hígado.

OBJETIVO: Describir un caso clínico poco frecuente de una paciente con carcinoma epidermoide nasal con metástasis a SNC.



FIGURA 1: TUMORACION EN FOSA NASAL DERECHA, VISION ENDOSCOPICA 0°.

REPORTE DE CASO:

Femenino de 58 años de edad, acude por presentar epistaxis y obstrucción nasal. Fumador pasivo, con traumatismo facial en 2012. Inicia 3 meses atrás con obstrucción nasal predominante en fosa derecha, continua y progresiva. Acompañada de cefalea frontal opresiva, EVA 6. Un mes más tarde se agrega epistaxis de inicio súbito. Dos semanas después describe asimetría facial a expensas de ojo derecho con disminución de la agudeza visual ipsilateral, con parestesias en región maxilar derecha. A la exploración se observa tumoración a nivel de cornete medio en fosa nasal derecha, obstruyendo la luz en su totalidad de coloración violácea y apariencia friable, costra hemática en la superficie. Septum con desviación a la izquierda. Ojo derecho con proptosis, conjuntiva hiperémica.

PROTOCOLO DIAGNOSTICO:

Se realiza endoscopia y se observa tumoración en área IV de la fosa nasal derecha de la misma coloración de la mucosa (FIGURA 1). No friable. TC simple con cortes axiales y coronales se observa ocupación isodensa a tejidos blandos desde la cabeza del cornete medio de fosa nasal derecha y se extiende hasta la coana, misma tumoración se extiende hasta seno maxilar derecho, etmoides y esfenoides, con erosión en pared lateral nasal, lamina perpendicular con extensión orbitaria, así como erosión de base de cráneo media a nivel de esfenoides con lesión sugestiva de metástasis en fosa media. (FIG. 2, 3, 4, 5) En resonancia magnética se observa tumoración isointensa a tejidos blandos en T1 y T2 que ocupa fosa nasal derecha, seno maxilar derecho, etmoides y fosa pterigopalatina, extendiéndose a esfenoides y fosa media. Se aprecia invasión a órbita derecha. (FIG. 6, 7, 8). Se realiza biopsia incisional reportando Carcinoma epidermoide invasor poco diferenciado. (FIG 9).

DISCUSIÓN:

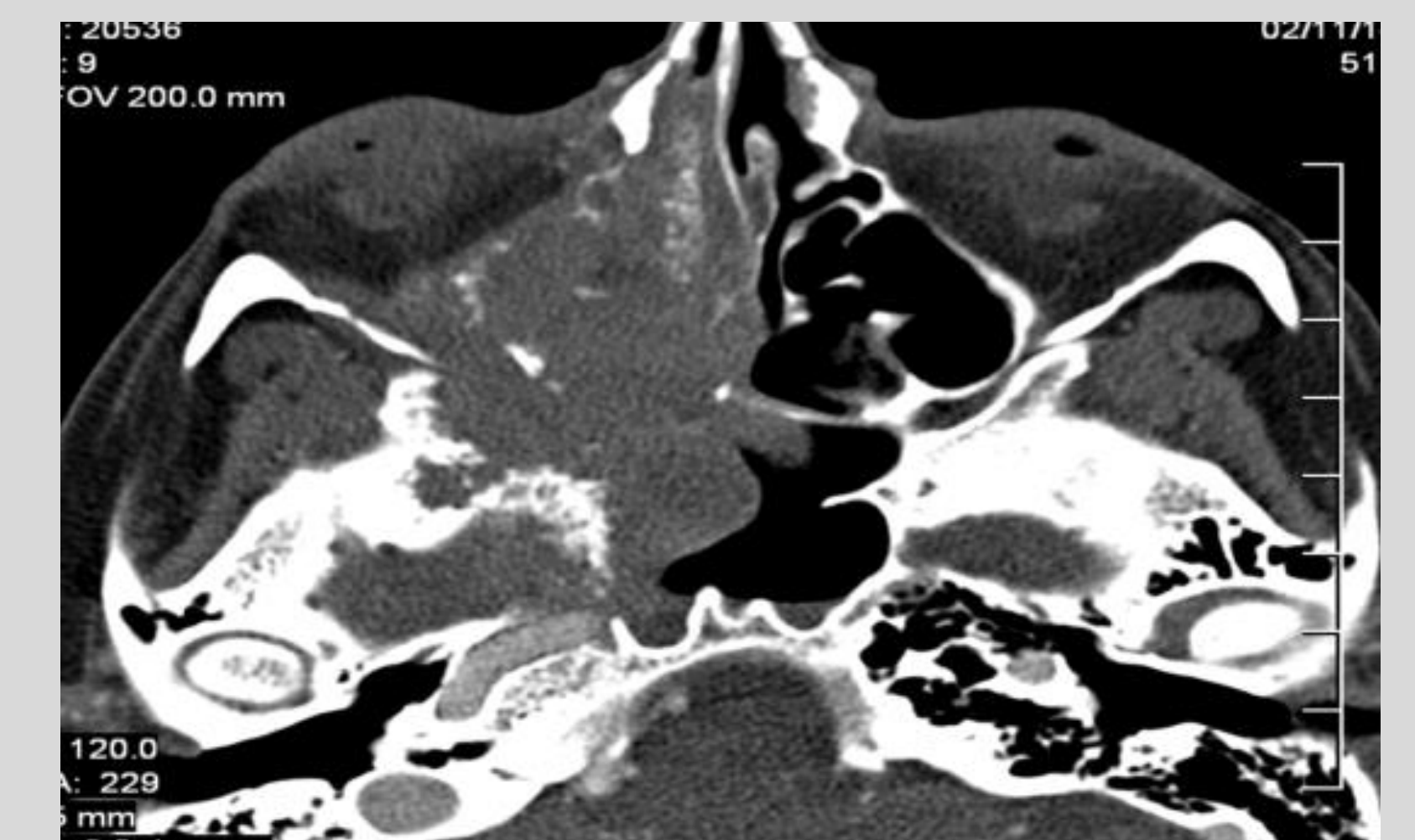
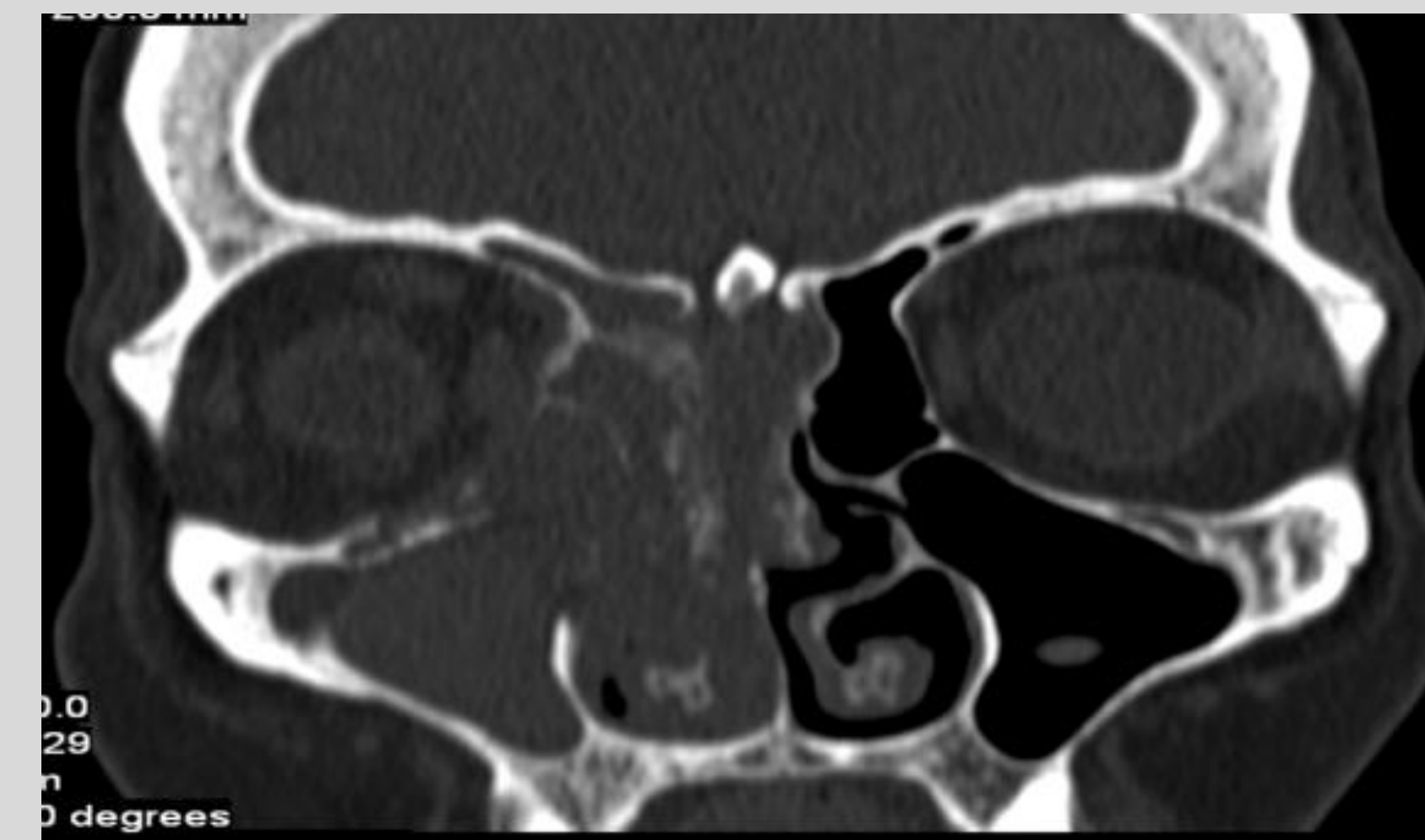
Se plantea que 2 % de los carcinomas se forman en la nariz y no hacen metástasis con facilidad. Estos tumores se originan principalmente en los cornetes medio e inferior y con menos frecuencia en el septo y en el etmoides. Desde el punto de vista histológico se clasifican como tumores malignos de la serie epitelial y conjuntiva. Estos pueden ser indiferenciados o diferenciados (epidermoides, cilíndricos y glanduliformes); asimismo, constituyen el grupo más importante y mayoritariamente son espinocelulares o epidermoides. Como regla general, los del segmento anteroinferior y nasal son bien diferenciados y los del posterosuperior, indiferenciados. El diagnóstico de los tumores nasosinusales constituye un desafío para los especialistas en esta materia de salud, quienes deben utilizar todos los medios posibles para ello, a fin de indicar un tratamiento oportuno.

CONCLUSION:

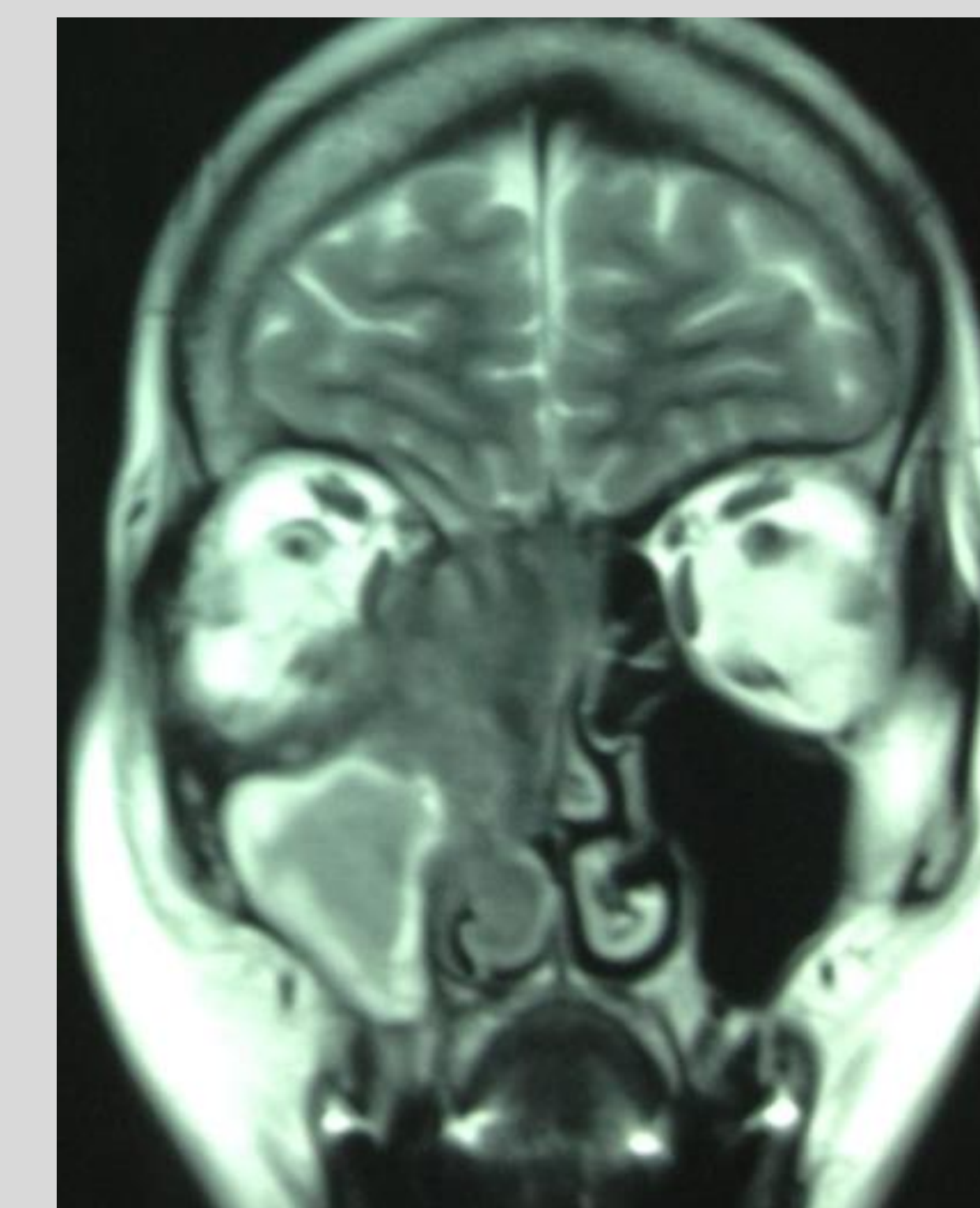
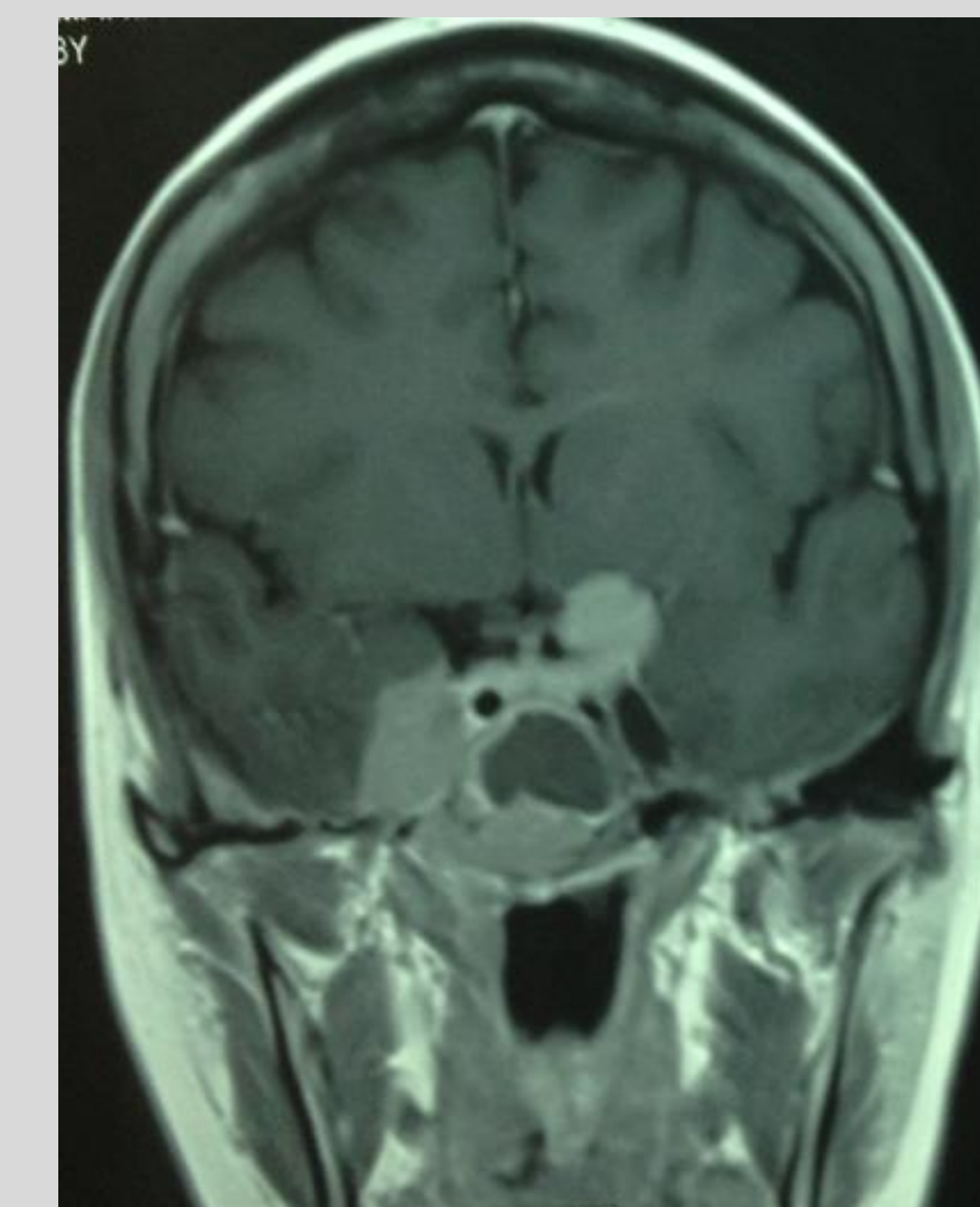
El carcinoma epidermoide en cabeza representa el 2% de los tumores malignos y menos del 10% de estos causan invasión a SNC. Por lo que es importante una correcta evaluación clínica y más aun una radiológica para determinar oportunamente el diagnóstico de este tipo de patologías tumorales.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ferreira Gomes E, Beserra de Menezes D, Macedo Ferreira LM, Sales do Nascimento Rios A. Rare nasosinusal tumors: case series and literature review. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008; 74(2): 36-54.
2. Paranasal sinus cancer [citado 22 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Cancertypes/Headneck/Typesoftheadneckcancers/Paranasalsinuscancer.aspx>
3. National Cancer Institute. Paranasal sinus and nasal cavity cancer treatment [citado 22 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.meb.uni-bonn.de/CancerNet/CDR0000258028.html>
4. Stenson K, Haraf D. Paranasal sinus cancer [citado 22 Ene 2012]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/paranasal-sinus-cancer?source=search_result&selectedTitle=1~10.
5. A. A. D'Unne, H. H. Müller, D. W. Eisele, K. Keßel, R. Moll, and J. A. Werner, "Meta-analysis of the prognostic significance of perinodal spread in head and neck squamous cell carcinomas (HNSCC) patients," European Journal of Cancer, vol. 42, no. 12, pp. 1863-1868, 2006.
6. Ejaz A, Wenig BM. Sinonasal undifferentiated carcinoma: clinical and pathologic features and a discussion on classification, cellular differentiation, and differential diagnosis. Adv Anat Pathol 2005;12:134-43.
7. Tanzler ED, Morris CG, Orlando CA, Werning JW, Mendenhall WM. Management of sinonasal undifferentiated carcinoma. Head Neck 2008;30:595-9.



FIGURAS 2, 3, 4 Y 5. TOMOGRAFIA DE NARIZ, SENOS PARANSALES Y CRANEO. CORTES CORONALES Y AXIALES.



FIGURAS 6, 7, 8. RESONANCIA MAGNETICA DE NARIZ Y SENOS PARANSALES. CORTES CORONALES. SECUENCIA T1 T2.

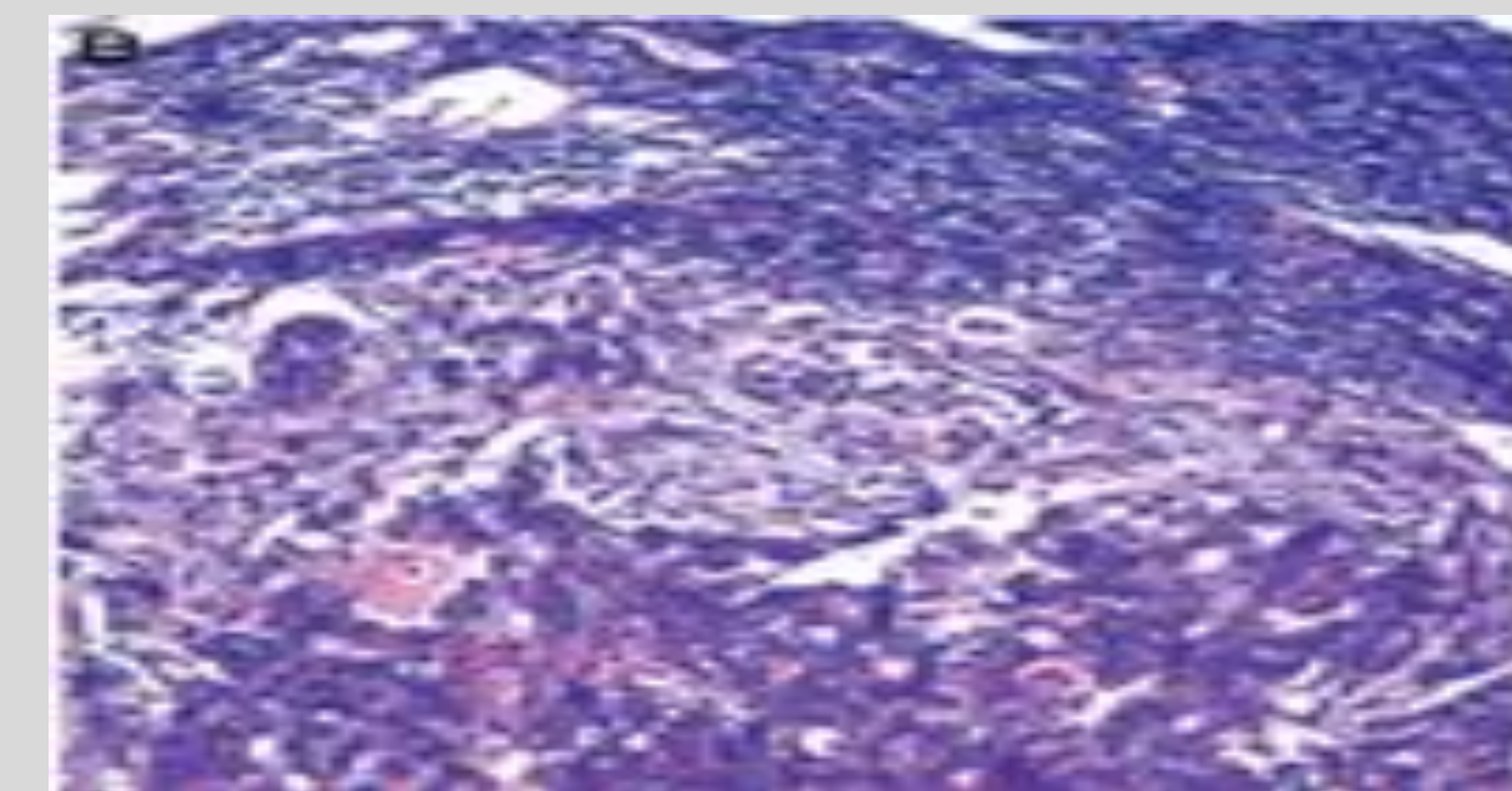


FIGURA 9. HISTOPATOLOGIA