

Fibrosarcoma del seno maxilar izquierdo

Fibrosarcoma of the left maxillary sinus

Dr. Henry Ronda Marisy; Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dra. Margarita Pila Peláez; Dra. Carmen Guerra Rodríguez

Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 80 años con un fibrosarcoma del seno maxilar, se destacan sus características clínicas, diagnósticas y terapéuticas, asimismo reseñamos algunos aspectos de frecuencia, etiología e histopatología. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz en esta enfermedad de comienzo lento, pero con diagnósticos diferenciales comunes.

DeCS: NEOPLASMAS DEL SENO MAXILAR /diagnóstico; NEOPLASMAS DEL SENO MAXILAR/etiología; NEOPLASMAS DEL SENO MAXILAR/terapia.

ABSTRAC

An 80 years - old patient with a fibrosarcoma of the maxillary sinus is presented. Its clinical, diagnostic and therapeutic characteristics, are stressed, and also some aspects of frequency, etiology and histopathology are redesigned. The importance of early diagnostic and slow beginning of disease but with common differential diagnostics is shown.

DeCS: MAXILLARY SINUS NEOPLASMS/diagnosis; MAXILLARY SINUS NEOPLASMS/etiology; MAXILLARY SINUS NEOPLASMS/therapy.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de las cavidades perinasales se conocen desde la lejana antigüedad, incluso Hipócrates y Galeno los dividirían en blandos y duros.

La incidencia de las neoplasias malignas es relativamente baja en las cavidades perinasales representando aproximadamente el 0, 2% al 0, 3% de todos los tumores malignos y el 5% al 7% de los que afectan el territorio cérvico facial. ¹

Su incidencia absoluta es de aproximadamente tres casos por 100 000 habitantes, ² para otros autores ³ es de 1 por 100 000 habitantes, según datos de diferentes investigadores, la frecuencia de estos tumores es de 0, 5% al 2 % de los blastomas del cuerpo humano. ⁴

Ha motivado la realización de este trabajo la observación de un enfermo con esta entidad de difícil diagnóstico positivo y diferencial, así como su conducta terapéutica, debido a su rareza en nuestro medio, ya que en la mayoría de los casos se tiene por un proceso benigno cuando la realidad es una enfermedad agresiva y por ello muchas veces sorprende a los médicos que la descubren, siendo el índice de sospecha vital para la futura cura del paciente.

Presentación del caso

Paciente femenina, blanca de 80 años que concurre a consulta refiriendo que hace unos seis meses presenta obstrucción nasal izquierda, progresiva que en este momento era intensa y acompañada de cefalea frecuente, siendo más intensa en horas de la tarde, con sangramientos esporádicos por dicha fosa nasal de intensidad variable, rinorrea y anosmia.

A.P. Familiares : no datos de interés

A.P: Personales: Hipertensión Arterial hace 10 años aproximadamente llevando tratamiento con Metildopa y Diuréticos.

Examen Físico: Rinoscopia anterior: Tumoración redondeada rojiza que ocupa la posición baja de 1/3 posterior de la fosa nasal izquierda con secreciones amarillentas escasas. Rinoscopia posterior: coana izquierda ocupada por tumoración de iguales características que se proyecta un poco hacia nasofaringe.

Resto del examen de O.R.L: Negativos, cuello sin nódulos linfáticos palpables.

Exámenes de laboratorio: Normales, excepto VSg 111 mm1/ hora.

Imagenología: Radiografía de senos perinasales: opacidad total del seno maxilar izquierdo con borramiento del contorno interno del techo del seno (**Figura. 1**).



**Figura. 1: Radiografía de senos perinasales:
Opacidad Total del seno maxilar izquierdo
con borramiento del contorno interno del techo del seno.**

Radiografía de Tórax: Aorta elongada dilatada, ateromatosa, índice cardiotorácico: normal, pulmones: normales.

TAC: Se observa masa hiperdensa que ocupa el seno maxilar izquierdo erosionado destruyendo su pared interna, extendiéndose hasta celdas etmoidales y fosa nasal izquierda. (**Figura. 2 y 3**)





Figura. 2 y 3: TAC: Se observa masa hiperdensa que ocupa el seno maxilar izquierdo erosionando y destruyendo su pared interna, extendiéndose hasta celdas etmoidales y fosa nasal izquierda.

Es sometida a intervención quirúrgica según técnica de Caldwell Luc donde se aprecia que el seno maxilar izquierdo está ocupado por una tumoración de aspecto polipoide que ocupa además celdas etmoidales y parte de la fosa nasal izquierda a través de la pared interna del seno parcialmente destruida. Se realiza la exéresis total de la tumoración. El resultado histopatológico (B-1760-91) es de fibrosarcoma de bajo grado de malignidad del seno paranasal izquierdo. Se realiza tratamiento radiante postoperatorio en el Hospital Madame Curie de Camagüey y después de seis años la evolución es favorable clínica y radiológicamente sin residua de la lesión.

COMENTARIOS

Se ha informado que estos tumores ocurren en todas las edades, pero con mayor frecuencia se observan entre 50 y 80 años,⁵ como ocurrió en nuestra enferma que tenía 80 años. En lo referente al sexo no existen diferencias significativas, algunos autores^{6, 7} consideran que son más frecuentes en mujeres y otros^{4, 5} que son tumores más comunes en los hombres.

Aunque su origen no está todavía determinado, las observaciones clínicas indican que influyen en la aparición de estos tumores la sinusitis crónica de drenaje insuficiente, procesos sépticos en los dientes así como las contaminaciones profesionales: industrias de ebanistería, carpintería, fabricación de botas o zapatos, panaderías e industria harinera y el Thorostrat (contraste radiológico que contiene Thorio).⁴⁻⁷ Otros autores^{8, 9} plantean la exposición a agentes químicos como el cromo, el níquel y el alcohol isopropílico.

Estos tumores malignos de senos perinasales presentan una evolución lenta, pero se consideran muy agresivos por la infiltración que producen a los tejidos adyacentes, como pudimos apreciar en nuestra paciente. Son poco frecuentes las metástasis, prácticamente nunca se ha hablado de casos de tumores de senos que presenten adenopatías cervicales.³

Los síntomas iniciales pueden ser bastante poco significativos y no relacionados de inmediato con tumor maligno.¹ Epistaxis, rinorrea dificultades de respiración nasal y anosmia son los signos precoces, pero no característicos⁴ como pudimos apreciar en nuestro caso. La precocidad y sintomatología dependen, obviamente, de la localización de la neoplasia,⁶ cuando el tumor se localiza en el seno maxilar o en el etmoides, el curso inicial es larvado y la neoplasia se manifiesta clínicamente en forma tardía, como ocurrió en esta paciente. Cuando el tumor se extiende más allá del seno se pueden presentar deformaciones de nariz, mejilla, órbita, caída de los dientes y engrosamiento del paladar duro.^{4,7,9}

Por tanto, entre los signos iniciales se encuentra con bastante frecuencia el hallazgo radiológico que al evidenciar una destrucción de las estructuras óseas limitantes proporciona la evidencia segura de la existencia de una neoplasia maligna (7% a 8%).¹⁰ El dolor en general es inconstante y tardío,⁸ por el contrario, la hipo o anestesia del territorio de la segunda rama del trigémino, puede ser un signo precoz y sugestivo.

Aproximadamente el 80% de las neoplasias malignas de las cavidades nasales y paranasales son carcinomas espinocelulares, el restante 20% son adenocarcinomas, cilindromas, linfomas malignos y por variedades histológicas todavía más raras como estensioneuroepitelioma, fibrosarcoma, condrosarcoma, etc.^{8,9,11}

Los adenocarcinomas, cilindromas y linfomas se localizan frecuentemente en las fosas nasales y celdas etmoidales;^{1,3} los fibrosarcomas y condrosarcomas se localizan casi siempre en el seno maxilar⁴ como ocurrió en nuestra paciente.

Los mejores resultados terapéuticos se consiguen mediante la resección quirúrgica.⁴ Las lesiones infraestructurales en estado inicial pueden ser reseçadas y curadas con el empleo aislado de la cirugía, pero para la mayoría de los casos se empleará la irradiación postoperatoria,¹² incluso si las márgenes son negativas, la extensión del cáncer a la base craneal y nasofaringe contraindican la exéresis quirúrgica. En nuestro caso seguimos esta conducta terapéutica y la paciente después de seis años de evolución se encuentra totalmente recuperada a pesar de su ancianidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hommerich K. Tumores de fosas nasales y de sus senos. En: Berendes J, Link R, Zólomer F. Otorrinolaringología. Madrid: Ed Científico -Médica. 1969; t1: 515-617.
2. Jerome C, Goldstein Y, Sisson G. Tumores de la nariz, senos perinasales. En: Otorrinolaringología de Paparella M, Shuminer D. La Habana: Ed Revolucionaria; 1982. P. 2062-2107.
3. Peterson B. Tumores de las cavidades nasales y senos perinasales. Estudio clínico patológico de 492 casos. *Cáncer*,1973; 31: 117-129.
4. Million R, Cassisi N, Hellman S, Rosemberg S eds. *Cáncer de Cabeza y cuello*. En: Devita V, Hellman S, Rosemberg S eds. *Cáncer. Principios y Prácticas en Oncología*. La Habana: Ed. Revolucionaria; 1985. P.281-349.
5. Acheson E, Cowdell R, Hadfield R. Nasal Cancer in wood workers in furniture industry. *Br Med J* 1980; 2: 587-596.
6. Acheson E, Cowdell R, Jolles B. Nasal Cancer in the Northamptonshire boot and shoe industry. *Br Med J* 3:385-93
7. Ironside P, Matthews J. Adenocarcinoma of the nose and paranasal sinuses in wood workers in the estate of Victoria, Australia. *Cancer* 1985; 36: 1115-21.
8. Ellingood K, Million R. Cancer of the nasal cavity and ethmoid-sphenoid sinuses. *Cancer* 1979; 43: 1517-1526.
9. Frazell E, Lewis J. Cancer of the nasal cavity and accessory sinuses: A report of the management of 416 patients. *Cancer* 1983; 55: 1293-1301.
10. Fletcher G, Million R. Malignant tumors of the nasopharynx. *A.J.R* 1975; 93: 44-55.
11. Robbins SL, Cotram RS. Aspectos clínicos de las Neoplasias. En: *Patología Estructural y Funcional*, México DF . Ed Interamericana 1988; 252-68.
12. Haynes W, Tapley N. Radiation treatment of carcinoma of the nasal sinuses. *A.J.R*.

Dr. Henry Ronda Marisy. Especialista de II Grado en O. R. L. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.