



# Tumores de las fosas nasales y de los senos paranasales

X. Dufour, K. Ouaz, B. Fouillet, J.-M. Goujon, C. Beauvillain de Montreuil

*Los cánceres de las fosas nasales y de los senos paranasales forman parte de los cánceres de las vías aerodigestivas superiores, pero son más raros y la proporción varón:mujer es más equilibrada. El desarrollo de estos tumores en regiones anatómicas confinadas y la ausencia de signos clínicos específicos suele hacer que los pacientes se traten cuando tienen lesiones avanzadas, clasificadas como T3-T4 en la mayoría de los casos. Las pruebas de imagen, con la asociación de tomografía computarizada y resonancia magnética, son indispensables para la realización del estudio preterapéutico. Existen diversos tipos patológicos, entre los que predomina el carcinoma epidermoide en el seno maxilar y el adenocarcinoma en el seno etmoidal. El pronóstico de estos tumores, cuya evolución es esencialmente local, es desfavorable y correlaciona con el control local. El tratamiento de referencia admitido en la actualidad en los tumores nasosinusales es la asociación de cirugía y radioterapia. Como alternativa, se recurre a la asociación de radioquimioterapia. Estos tumores son raros desde los puntos de vista de su localización anatómica y de su tipo patológico. Se deben registrar en las bases de datos de cánceres otorrinolaringológicos raros, tras haber obtenido el consentimiento del paciente.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Carcinoma del seno maxilar; Adenocarcinoma etmoidal; Radioterapia; Quimioterapia

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Extensiones de los tumores nasosinusales</b>	2
Extensiones intrasinusales	2
Frecuencia de las extensiones locales	2
Extensiones a distancia	3
■ <b>Signos clínicos</b>	3
Signos funcionales y rinológicos	3
Signos funcionales no rinológicos	3
■ <b>Exploración física otorrinolaringológica</b>	3
■ <b>Pruebas de imagen</b>	3
Tomografía computarizada	3
Resonancia magnética	4
Clasificación TNM (tumor, ganglios [node], metástasis)	4
■ <b>Formas anatomoclínicas</b>	5
Carcinoma epidermoide	5
Adenocarcinoma del etmoides	6
Carcinoma indiferenciado nasosinusal (sino nasal undifferentiated carcinoma)	8
Carcinoma adenoide quístico	8
Estesioneuroblastoma	9
Melanoma	10
Carcinoma mucoepidermoide	11
Otros	12

■ <b>Métodos terapéuticos</b>	12
Cirugía	12
Radioterapia	12
Quimioterapia	13
■ <b>Seguimiento postoperatorio</b>	13

## ■ Introducción

Los cánceres de las fosas nasales y de los senos paranasales constituyen una misma entidad clínica, lo que justifica que el cáncer del seno maxilar y el del etmoides se describen simultáneamente. El planteamiento fisiopatológico, clínico y diagnóstico es similar, con independencia de su localización. Quedan excluidos los tumores del velo del paladar, los tumores odontogénicos, los tumores hematológicos, las metástasis intrasinusales de otros cánceres y los sarcomas. Los progresos tecnológicos han permitido mejorar el análisis clínico, paraclínico y terapéutico.

Los tumores malignos nasosinusales son raros respecto a los otros tumores de las vías aerodigestivas superiores (VADS): 0,2-0,8% de los cánceres en general y 3% de los cánceres de las VADS<sup>[1,2]</sup>. Algunos tumores se relacionan con una exposición crónica a una sustancia cancerígena (níquel, cromo, formaldehído) y pueden entrar dentro

del marco de una enfermedad profesional. Los adenocarcinomas del etmoides se desarrollan principalmente en pacientes expuestos al serrín y los carcinomas epidermoides se desarrollan principalmente en el seno maxilar.

Según un estudio de la red Francim realizado entre 1978 y 1997, se registraron 692 cánceres nasosinusales desarrollados en varones en Francia. Entre ellos, 259 (37,8%) se localizaron en las fosas nasales, 164 (23,7%) en los senos maxilares, 187 (27,0%) en el etmoides y 82 (11,8%) en los otros senos.

Según un estudio de casos y controles realizado por Luce et al<sup>[3]</sup> entre 1986 y 1988 en 27 servicios hospitalarios franceses, que incluyeron 166 casos de cánceres nasosinusales, la localización se distribuyó de la siguiente manera: seno etmoidal (60%), seno maxilar (22%) y fosas nasales (17%).

## ■ Extensiones de los tumores nasosinusales

Los tumores nasosinusales suelen diagnosticarse en un estadio avanzado (T3-T4). La semiología no es específica y el punto de partida no siempre es fácil de determinar. Las pruebas de imagen y las formas patológicas permiten definir el punto de partida. Dependiendo de la localización, el tipo histopatológico es variable y se distribuye del modo siguiente:

- etmoides: adenocarcinoma;
- seno maxilar: carcinoma epidermoide;
- fosas nasales: linfoma, melanoma, esteseoneuroblastoma;
- infraestructura: carcinoma adenoide quístico (CAQ).

Debido a que el diagnóstico de los cánceres del seno maxilar y/o del etmoides es tardío, es excepcional observar una afectación aislada de un seno. En la mayoría de los casos, se trata de un tumor maxiloetmoidal o nasoetmoidomaxilar.



### Extensiones intrasinusales

#### Seno maxilar

Los tumores originados en el seno maxilar, a nivel de la supraestructura, se extienden en la mayoría de los casos por el orificio del seno o por la invasión de los orificios accesorios. A continuación, invaden el meato medio, seguido de la cavidad nasal. El techo del seno es delgado y puede estar dehiscente en el trayecto del conducto supraorbitario, lo que explica las extensiones hacia la órbita. El agujero supraorbitario permite el acceso hacia los tejidos blandos de la cara a través de la pared anterior del seno maxilar. La pared lateral, el ángulo superolateral y el piso del seno son gruesos. En ocasiones, un adelgazamiento o una dehiscencia del piso al nivel de las raíces de los premolares y de los molares explican las extensiones hacia la cavidad oral. La pared posterior del seno es delgada y la extensión hacia la fosa infratemporal (FIT) es frecuente<sup>[4]</sup>.

Cuando el punto de partida se sitúa en la supraestructura, el tumor es visible en la cavidad bucal. En las porciones anterolaterales o mediales, la extensión se produce hacia las fosas nasales o a la cavidad sinusal y, en la porción posterior, el tumor también se extiende hacia la FIT.



#### Etmoides

El seno etmoidal tiene unas paredes óseas muy finas y presenta una relación estrecha con la órbita y la fosa craneal anterior. Los tumores que se originan en el meato medio pueden extenderse por todo el seno etmoidal e incluso infiltrar el seno contralateral por invasión del tabique y, después, invadir las fosas nasales, el seno maxilar, así como los senos frontales y esfenoidales. En sentido lateral, el tumor puede extenderse hacia la órbita y el

vértice orbitario a través de la lámina papirácea, que es muy frágil, incluso dehiscente en algunos lugares, pese a que el periostio orbitario es difícil de atravesar. Se pueden observar extensiones:

- hacia atrás: el etmoides posterior o el esfenoides y después la fosa craneal media;
- hacia delante: el tumor puede extenderse hacia las vías lagrimales, con aparición de una masa paracantal, hacia el conducto nasofrontal y el seno frontal, lo que es un factor de mal pronóstico<sup>[5, 6]</sup>;
- hacia arriba: el tumor puede extenderse a nivel del techo etmoidal y de la lámina cribosa para alcanzar la fosa craneal anterior, sobre todo porque las celdillas etmoidales son una zona de debilidad natural. La invasión de los lóbulos frontales no es excepcional.



#### Fosas nasales

Un tumor incipiente de las fosas nasales puede invadir todos los senos, así como destruir el tabique y el hueso nasal. La extensión puede producirse:

- hacia arriba: a través de la lámina cribosa, siguiendo el trayecto de los nervios olfatorios;
- hacia atrás, al nivel de la rinofaringe, con una repercusión sobre el oído medio;
- hacia delante, al nivel del hueso nasal y de los tejidos blandos glabellares;
- hacia abajo: al nivel del paladar duro, del vestíbulo y de los tejidos subcutáneos;
- lateralmente: al nivel de los senos maxilares.



#### Fosa infratemporal

La invasión de la FIT es un factor de mal pronóstico<sup>[4]</sup> y la presencia de elementos vasculonerviosos facilita la diseminación tumoral. El trismo puede ser un signo de extensión a la FIT, que puede verse invadida por un tumor originado en las siguientes localizaciones:

- seno maxilar por lisis de la pared posterior;
- cavidad nasal y/o etmoides con afectación orbitaria y después de la fisura orbitaria inferior.

### Frecuencia de las extensiones locales

Las afectaciones de la órbita y de la fosa craneal anterior son las más frecuentes y oscilan entre el 5% y el 60% según los autores. La afectación de la lámina cribosa es frecuente y debe buscarse en el estudio de extensión locoregional. Su afectación hace que el tumor se clasifique, como mínimo, en T3 y modifica el tratamiento. Esta extensión es importante en los esteseoneuroblastomas<sup>[7]</sup>. La FIT es una región que suele invadirse en los carcinomas epidermoides del seno maxilar y su extensión se evalúa adecuadamente mediante la resonancia magnética (RM)<sup>[4]</sup>.

La extensión ganglionar de los tumores de las cavidades nasales y paranasales es infrecuente y se estima en un 10-20%, pero es probable que su frecuencia esté subestimada. La invasión ganglionar varía en función del tipo patológico: 10% para los pacientes que tengan un carcinoma epidermoide del seno maxilar y 2,4% para los pacientes con adenocarcinoma del etmoides<sup>[8, 9]</sup>. La afectación ganglionar es más frecuente cuando la lesión se localiza en la infraestructura y en las formas poco diferenciadas<sup>[10]</sup>. En un estudio de Cantu<sup>[11]</sup> se ha observado una recidiva ganglionar en 5 de 305 casos (1,6%) de adenocarcinoma de etmoides y en 33 de 399 casos (8,3%) de carcinoma epidermoide del seno maxilar. Se necesitan estudios prospectivos para confirmar estos datos<sup>[11]</sup>.

Los sitios de drenaje varían en función de la localización tumoral inicial:

- porción anterior de las fosas nasales: adenopatías paratídeas, grupos Ia, Ib, IIa;
- porción posterior de las fosas nasales: grupos Ib, IIa y adenopatía retrofaringea.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053030>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053030>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)