

Carcinoma epidermoide de etmoides: caso clínico

Ethmoid squamous cell carcinoma: clinical case

Barrios Recio • Esteban Sánchez • Rodríguez Domínguez • Moraleda Deleito • Caraballo Polanco • Castaño Zapatero
Calero del Castillo J.

RESUMEN

Los autores presentan el caso clínico de un paciente de 72 años, intervenido de poliposis nasosinusal en tres ocasiones, la última en el año 2003 con diagnóstico anatomopatológico de papiloma invertido en fosa nasal izquierda, que acude a consulta por presentar insuficiencia respiratoria nasal bilateral y anosmia. Se realiza estudio ambulatorio, con diagnóstico clínico sugestivo de recidiva de papiloma invertido, por lo que se interviene de nuevo mediante cirugía endoscópica. El estudio anatomopatológico de las muestras reveló la presencia de un papiloma invertido en fosa nasal derecha y de un carcinoma epidermoide infiltrante en fosa nasal izquierda, indicándose la realización posterior de un abordaje externo transfacial con resección del etmoides, maxilar homolateral, paredes medial e inferior orbitarias y posterior reconstrucción con malla de titanio.

Palabras clave: Carcinoma de etmoides; papiloma invertido.

ABSTRACT

The authors report a case of a patient of age 72, intervened of sinonasal polyposis in three times, which presented nasal respiratory insufficiency and anosmia. Outpatient study was conducted with diagnosis of sinonasal inverted papilloma recurrence, therefore intervenes again by endoscopic surgery. The pathological study revealed the presence of inverted papilloma in the right nostril and invasive squamous cell carcinoma in left nostril. Subsequently was performed a left ethmoidectomy by a transfacial approach with a medial resection of the ipsilateral maxillary bone, and removal of medial and inferior orbital walls. Reconstruction was performed with titanium mesh.

Key words: Ethmoid carcinoma; inverted papiloma

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos de fosas y senos paranasales representan un escaso porcentaje de todos los tumores de cabeza y cuello, entre el 3-6%, y de éstos, los de etmoides representan entre el 15- 30%.¹⁻³

Al igual que sucede con otros tipos de tumores de fosas y senos paranasales, los tumores etmoidales suelen diagnosticarse en estadios avanzados, generalmente debido a lo poco específico de su sintomatología durante el comienzo de la enfermedad, lo que no permite diferenciarlos de otros cuadros nasosinuales banales. Por lo general, cursa con rinorrea, epistaxis y obstrucción nasal unilateral, acompañándose de cefaleas a medida que crece el tumor. En fases avanzadas es frecuente la afectación orbitaria, por lo que normalmente no se establece el diagnóstico correcto hasta que aparecen síntomas como el exoftalmos o la diplopía.

En su diagnóstico resultan imprescindibles las pruebas de imagen, sobre todo la tomografía computerizada, que permite definir la extensión y la posible erosión ósea por parte del tumor, y la resonancia magnética, que determina con más exactitud la invasión tumoral del contenido de la órbita, con especial importancia de la afectación del nervio óptico.

El mejor protocolo terapéutico se basa en la cirugía combinada con radioterapia.

ANDRÉS BARRIOS RECIO

Médico Residente de Otorrinolaringología

TOMÁS ESTEBAN SÁNCHEZ

Facultativo Especialista en Otorrinolaringología

FRANCISCO J. RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ

Facultativo Especialista en Otorrinolaringología

JAVIER MORALEDA DELEITO

Médico Residente de Otorrinolaringología

RAMSÉS CARABALLO POLANCO

Médico Residente de Otorrinolaringología

IGNACIO CASTAÑO ZAPATERO

Facultativo Especialista en Otorrinolaringología

JUAN BAUTISTA CALERO DEL CASTILLO

Jefe de Servicio de Otorrinolaringología

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA MARÍA DEL ROSELL

Cartagena

CORRESPONDENCIA:

Andrés Barrios Recio. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Paseo Alfonso XIII, 61. 30203 Cartagena (España).
E-mail: andresbarriosrecio@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 72 años de edad que acude a consulta por presentar cuadro de insuficiencia respiratoria nasal de aproximadamente un año de evolución, sobre todo por fosa nasal izquierda. Entre sus antecedentes personales destaca estar intervenido de poliposis nasosinusal en tres ocasiones antes de 1994 y una cuarta intervención mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) en el año 2003 con resultado histológico de papiloma invertido en fosa nasal izquierda, permaneciendo asintomático durante un periodo de cuatro años hasta que en el último año comienza con un cuadro de insuficiencia respiratoria nasal y anosmia, de carácter progresivo y continuo que afecta sobre todo a fosa nasal izquierda, acompañada ocasionalmente de epistaxis autolimitadas coincidiendo con los esfuerzos. Además, como antecedentes personales el paciente es bebedor moderado, fumador de 20 cigarrillos/día y ha sido marino mercante, actualmente jubilado.

En la exploración física mediante rinoscopia anterior y endoscopia nasal se observan pólipos que bloquean ambas fosas nasales, de grado I en fosa nasal derecha (FND) y grado II en fosa nasal izquierda (FNI), persistentes a pesar de corticoide intranasal. Como exploraciones complementarias se realiza TC axial y coronal observando ocupación por masas de partes blandas de ambas fosas nasales y senos paranasales izquierdos en su totalidad, compatible con poliposis nasosinusal.

El paciente se intervino mediante CENS, realizando limpieza de ambas fosas nasales, apreciándose material polipoide en FND y FNI, pero el seno maxilar izquierdo se encuentra ocupado por un material friable y sanguinolento, realizándose en el lado izquierdo meatotomía media ampliada, etmoidectomía anterior y posterior, y esfenoidotomía. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica revela que se trata de un papiloma Schneideriano invertido en FND y un carcinoma epidermoide infiltrante en FNI.

Se realiza nueva TC en la que se observa ocupación completa del seno maxilar izquierdo y parcial de celdillas etmoidales izquierdas, con erosión de la pared medial de la órbita izquierda, quedando adyacente a músculo recto interno.

Tras consulta con el Comité Oncológico de Cabeza y Cuello se decide que el paciente sea intervenido de nuevo, realizándose un abordaje combinado mediante CENS y externo a través de una incisión paralateronasal de Moure, ampliándola hacia la zona frontal. Una vez expuesto el hueso se practica una osteotomía que abarca los huesos propios nasales, pared medial del



Figura 1 - Sección coronal de TC de senos paranasales en la que se observa ocupación completa de seno maxilar izquierdo y parcial de celdillas etmoidales izquierdas por material de densidad de partes blandas que impronta levemente en FNI y significativamente en la órbita izquierda, destruyendo la pared interna del mismo y comprimiendo el recto interno.

maxilar izquierdo, pared medial de la órbita y parte de la porción horizontal del frontal. Posteriormente se extirpa el tumor, el resto de la pared medial orbitaria invadida por el mismo y la pared medial del seno maxilar homolateral, además del cornete medio, respetando cornete inferior. Tras la extirpación del tumor se procede a la reconstrucción de la pared medial de la órbita con malla de titanio.

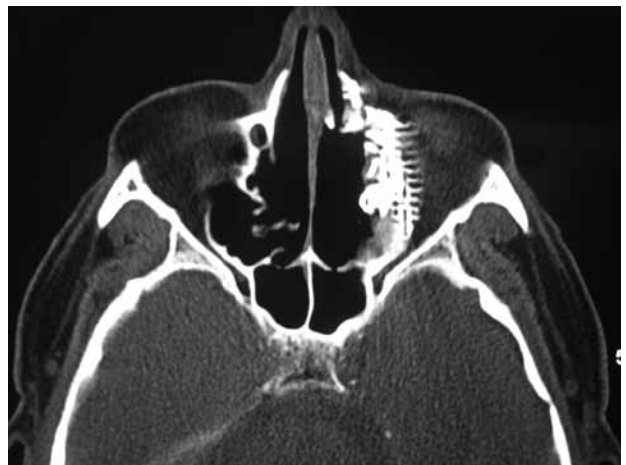


Figura 2 - Sección axial de TC en la que se observa la reconstrucción orbital con malla de titanio.

Posteriormente se realiza tratamiento radioterápico con dosis fraccionadas de 200 cCy hasta administrar un total de 66 Gy.

Doce meses después de la intervención el paciente se encuentra con buen estado general y sin signos de recidiva tumoral.

DISCUSIÓN

Los tumores malignos que afectan a las fosas y senos paranasales representan un escaso porcentaje de todos los tumores malignos de cabeza y cuello, variando según distintos estudios entre el 3% y 6%. Los senos que se ven afectados con mayor frecuencia son los maxilares, seguidos por los senos etmoidales, representando estos últimos entre el 20 y el 40% de los mismos.^{1,3} Suelen aparecer entre los 50 y 70 años, siendo su incidencia aproximadamente el doble en hombres que en mujeres, lo que los distingue de otros tumores malignos del área ORL, en los que la proporción llega a ser de 9/1.

Al igual que otras localizaciones corporales, los tumores malignos que asientan en los senos paranasales comprenden una amplia variedad de tipos histológicos, siendo el carcinoma epidermoide el más frecuente, seguido por el adenocarcinoma.^{1,4}

Se trata de tumores que no están claramente relacionados con los factores clásicos como el tabaquismo y el alcohol, sino que se relacionan con factores de ámbito laboral. De entre éstos destacan la exposición de manera prolongada al polvo de madera y curtidos, relacionados más frecuentemente con los adenocarcinomas que con los carcinomas escamosos. Otros menos frecuentes son la exposición al asbesto, que se relaciona con el carcinoma escamoso^{1,3} y otros polvos metálicos, así como la polución ambiental. Además se han relacionado con el virus del papiloma humano, sobre todo con los subtipos 6,11,16 y 18, tanto en carcinomas escamosos como no escamosos. En el caso que describimos el carcinoma es secundario a un papiloma schneideriano invertido, el cual se sabe que maligniza hasta en un 12% de los casos⁵, sobre todo en aquellos casos con recidivas reiteradas del papiloma tras la cirugía. Es importante tener en cuenta que el virus del papiloma humano está también relacionado con la génesis del papiloma invertido.⁵

Desafortunadamente, el diagnóstico de los tumores que afectan a los senos etmoidales, así como a otros senos paranasales, suele ser tardío. Este retraso en el diagnóstico se debe fundamentalmente a que en las fases iniciales de la enfermedad la sintomatología no permite distinguirlos de la patología banal que habitualmente afecta a fosas y senos, pudiendo incluso

estar completamente asintomáticos. El debut de estos cuadros suele manifestarse con obstrucción nasal unilateral acompañada de rinorrea, así como de dolor a nivel de fosas y/o senos, epistaxis y anosmia. Dadas las características anatómicas del área que ocupan, los tumores etmoidales ven facilitada su progresión y la afectación de estructuras vecinas. De este modo, es frecuente que se produzca invasión orbitaria, hasta en el 78% de los casos³, a través de la lámina papirácea, así como afectación de la fosa cerebral anterior a través de la lámina cribosa. Cuando se produce este tipo de expansión hacia la órbita se producen síntomas como proptosis ocular, diplopía, epífora o dolor ocular. Para su diagnóstico son imprescindibles las pruebas de imagen. Nos basaremos principalmente en la endoscopia nasal, así como en la TC y la RMN, permitiendo estas últimas definir el alcance de la lesión, diferenciar entre patología inflamatoria y tumoral mediante la administración de contraste y comprobar si existe infiltración de estructuras adyacentes. El signo más característico de la patología maligna es la erosión ósea.

La cirugía constituye la piedra angular del tratamiento. Para el abordaje de los tumores de etmoides podemos optar por la vía endoscópica o por la transfacial. La primera debe quedar reservada para aquellos tumores de bajo grado o que no invaden estructuras vecinas, aunque puede utilizarse como complemento del abordaje transfacial o de las resecciones craneofaciales. En cuanto al abordaje transfacial, existen múltiples vías de acceso. Nosotros optamos por realizar la incisión paralateronasal de Moure con ampliación supraciliar, con el objetivo de conseguir un fácil acceso al etmoides anterior y a la porción más craneal de las fosas, además de tener un buen control de la pared lateral de la órbita. En aquellos casos en los que exista afectación de la lámina cribosa o de la fosa anterior será necesario la realización de una resección craneofacial, técnica



Figura 3 - Resección tumoral



Figura 4 - Reconstrucción de la órbita con malla de titanio

descrita por Ketcham en 1963 que continua siendo la técnica de elección cuando existe afectación de la zona anterior de la base del cráneo.²

La reconstrucción de los defectos craneofaciales puede realizarse utilizando diversos tipos de injertos, ya sean tejidos autólogos, alogénicos o con materiales sintéticos. La utilización de malla de titanio ofrece numerosas ventajas, tales como la reconstrucción anatómica estable en 3-D, su aplicación universal, su disponibilidad sin necesidad de donante y la posibilidad de combinarla con injertos óseos o cartilagosos (6), así como presentar una alta compatibilidad con los tejidos blandos.⁷

La radioterapia se utiliza como complemento de la cirugía, utilizándose en la actualidad la radioterapia modulada en intensidad ya que consigue un mejor control local con menor afectación del tejido sano peritumoral. Resulta especialmente útil cuando existe afectación de los márgenes quirúrgicos, en caso de recurrencia o en aquellos casos en los que la enfermedad se encuentre en fases avanzadas.⁴ La dosis habitual suele ser de 65 Gy durante 6 a 7 semanas. Si la resección se considera adecuada puede reducirse a 50 Gy, ya que dosis superiores a 55 Gy pueden ocasionar complicaciones.⁸ Además puede utilizarse la quimioterapia basada en el cisplatino como tratamiento de inducción, concomitante, de mantenimiento o paliativa. La combinación de quimio-radioterapia parece mejorar el control local de la enfermedad y quizás también la supervivencia, aunque no está del todo clara su influencia en la supervivencia a largo plazo.⁸

La supervivencia a los 5 años es variable, situándose entre aproximadamente el 50% y 60% según distintos estudios si no se tiene en cuenta la estirpe del tumor, entre los que destaca el realizado por Dulguerov et al. en el que obtienen una supervivencia del 48% en su serie de 220 pacientes. Sin embargo, la supervivencia de aquellos que presentan carcinomas epidermoides es menor, describiendo Uchida et al. una supervivencia a los 5 años del 25%.^{4,9,10}

CONCLUSIONES

Aunque en principio se trate de una patología benigna, resulta imprescindible no olvidar que la poliposis nasosinusal enmascara en ocasiones otra patología mucho menos frecuente pero de una gran importancia, los papilomas invertidos. Está ampliamente demostrado que en un pequeño porcentaje de ocasiones éstos pueden malignizar, por lo que debe llevarse a cabo un estudio anatomopatológico minucioso en todas las cirugías nasosinusales.

En aquellos casos en los que se establezca el diagnóstico de carcinoma nasosinusal recurriremos al tratamiento quirúrgico, si se puede, asociado a radioterapia

postoperatoria, ya que este constituye el mejor protocolo terapéutico, aunque la carencia actual de estudios prospectivos randomizados, no permite establecer un tratamiento estándar para las tumoraciones malignas de etmoides. La introducción del titanio como material de reconstrucción ofrece numerosas ventajas, permitiendo una buena reconstrucción con un mínimo de alteraciones funcionales y estéticas.

REFERÊNCIAS

1. Gras JR, Orús C, Montserrat JR, Roland J, et al. Epidemiologic analysis of 72 carcinomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2006 Oct;57(8):359-63.
2. Cantù G, Riccio S, Bimbi G, et al. Craniofacial resection for malignant tumours involving the anterior skull base. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2006 Jul;263(7):647-52.
3. Iannetti G, Valentín V, Rinna C, et al. Ethmoido-orbital tumors: our experience. *J Craniofac Surg.* 2005 Nov;16(6):1085-91.
4. Wright B, Hamilton J, Osborne R. Malignant ethmoid sinus tumor masquerading as chronic ethmoid sinusitis. *Ear Nose Throat J.* 2006 Dec;85(12):814, 816.
5. Miller PJ, Jacobs J, et al. Intracranial inverting papilloma. *Head Neck.* 1996 Sep-Oct;18(5):450-3; discussion 454.
6. Kutenberger JJ, Hardt N. Long-term results following reconstruction of craniofacial defects with titanium micro-mesh systems. *Journal Craniomaxillofac Surg.* 2001 Apr;29(2):75-81.
7. Shubert W, Gear AJ, Lee C, et al. Incorporation of titanium mesh in orbital and midface reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2002 Sep 15;110(4):1022-30.
8. Klossek JM, Bataille B, Fontanel JP. Tumores malignos del etmoides. In: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale.* E-20-405-C-10.
9. Uchida D, Shirato H, Onimaru R, et al. Long-term results of ethmoid squamous cell or undifferentiated carcinoma treated with radiotherapy with or without surgery. *Cancer J.* 2005 Mar-Apr;11(2):152-6.
10. Dulguerov P, Jacobse Ms, Allal AS, et al. Nasal and paranasal sinus carcinoma: Are we making progress? A series of 220 patients and a systematic review. *Cancer* 2001;92:3012-29.