



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Tumores Rinosinuales de boca, labios, orofaringe y laringe.

Dr. Rodrigo Iñiguez Sasso
Dr. Rodrigo Iñiguez Cuadra.

Los tumores de cabeza y cuello en EE.UU. comprenden el 2-3% de todos las neoplasias malignas del organismo, y el 1-2% de de todas las muertes por cáncer, además, pueden tener enfermedad metastásica regional en un 43% de los pacientes con tumor y a distancia en un 10%, y pueden desarrollar un segundo primario en el 3-7% de los casos especialmente en vía aerodigestiva o pulmones.

La anatomía de cabeza y cuello es compleja y se puede dividir en sitios y subsitios, y es fundamental comprender que cada sitio tiene una epidemiología particular, una anatomía que es fundamental conocer en detalle, ya que de estos factores dependerá el enfoque terapéutico.

EPIDEMIOLOGIA:

Género:

El cáncer de cabeza y cuello es más común en hombres 66%-95% dependiendo de la localización, sin embargo esta diferencia tiende a estrecharse en la medida que se incrementan los fumadores entre las mujeres.

Edad:

La incidencia del cáncer en cabeza y cuello se incrementa con la edad especialmente después de los 50 años de edad.

Raza:

Aunque la raza no es un factor determinante en la incidencia de la mayoría de los canceres de cabeza y cuello, la sobrevida a 5 años es distinta entre blancos (56%) y negros (34%), en nuestro país es probablemente similar dependiendo de factores sociales y económicos, al que se asocian otros factores como por Ej.: alcoholismo, mal nutrición, educación, precocidad en el diagnóstico y acceso a tratamiento adecuado y oportuno.

Geografía:

Según la región geográfica existen variaciones en la incidencia de distintos tumores de cabeza y cuello, el cáncer de laringe es 6 veces más frecuente en la India que en

Escandinavia, es de alta incidencia en Asia, donde existen factores de riesgo por mascar betel o tabaco, es mayor incidencia entre hombres urbanos por exposición a alcohol y tabaco.

El cáncer de nasofaringe es endémico en el sur de China, norte de África y regiones alejadas del hemisferio norte donde el consumo de carnes y pescado salado es alto, cuando estos habitantes migran a lugares de baja incidencia el riesgo cae con menor incidencia pero permanece elevado, se le ha asociado en esas zonas geográficas al virus de Epstein–Barr.

CLASIFICACIÓN:

- 1) Nasales y cavidades perinasales
- 2) Faríngeos:
 - a) Nasofaríngeos
 - b) Orofaringeos (paladar blando, amigdalinos y base de lengua)
 - c) Hipofaringeos
- 3) Cavidad oral:
 - a) Labios
 - b) Mucosa bucal
 - c) Alveolares, dentarios, trigono retromolar
 - d) Piso de boca
 - e) Paladar duro
 - f) Lengua oral
- 4) Laríngeos
- 5) Otros menos frecuentes como tumores malignos del espacio parafaríngeo e infratemporal.

Sitio de la Patología:

La distribución en la cabeza y cuello es la siguiente: cavidad oral 44%, Laringe 31%, faringe 25%, nariz y cavidades perinasales 3%, tumores rinofaríngeos 3% (excepto en Asia 18% del total de tumores).

Etiología y factores de riesgo:

Uso de Tabaco y alcohol, exposición a luz ultravioleta, infecciones virales y exposición ambiental

Tabaco:

Los tumores de cabeza y cuello son 6 veces más frecuentes entre los fumadores, en el cáncer de laringe existe una relación lineal al consumo, y en fumadores exagerados es 20 veces más frecuente la muerte por esta causa que en los no fumadores.

El uso de tabaco en forma de puros desplaza la frecuencia del cáncer de laringe y pulmonar a la orofarinx y esófago, como también la costumbre de mascararlo.

Alcohol:

El consumo de alcohol es factor de riesgo por si solo, para cáncer de laringe y faringe pero es menos carcinogénico que el tabaco, pero su uso asociado produce un efecto sinérgico, multiplicándose como factor de riesgo asociado.

Radiación ultravioleta:

El 33% de los pacientes con cáncer de labio tienen trabajos a la intemperie.

Exposición ocupacional:

Los cánceres nasales se han asociado a la exposición de polvo de madera y los cánceres escamosos de cavidades perinasales a la exposición al Níquel, el cáncer de faringe se le ha asociado a exposición a petróleo pero su relación no ha sido probada.

Exposición a radiaciones:

Se le ha asociado como un factor importante al cáncer de tiroides y ha sido asociada con cáncer de glándulas salivales.

Virus:

Existe una fuerte asociación entre cáncer de rinofarinx y exposición al virus de Epstein-Barr, otros virus como herpes simple y virus papiloma su asociación es incierta, aunque un 10% de los pacientes con papilomas laríngeos pueden presentar cáncer de laringe.

Dieta:

Estudios epidemiológicos sugieren que un incremento en la dieta de vitamina A, Beta – caroteno, y alfa –tocoferol puede reducir el riesgo a desarrollar cáncer de cabeza y cuello.

Consideraciones anatómicas:

Algunas consideraciones anatómicas importantes a considerar son importantes en los distintos tipos de lesiones malignas a considerar en esta clase:

1.- Tumores de nariz, cavidades perinasales y rinofarinx: es muy importante considerar las diferentes asociaciones anatómicas con la base de cráneo desde el seno frontal a esfenoides y órbita a través de la lámina papirácea, lugares hacia donde se van a extender estas lesiones y que debemos considerar en la extensión y etapificación de estas lesiones lo cual nos dará una idea de el pronóstico y tratamiento a emplear en los diferentes casos que se presenten.

2.- Tumores orofaríngeos y su relación con la boca y retrofaringe.

3.- Tumores de laringe y sus diferentes relaciones con el cuello.

Las diferentes regiones del cuello, estructura de los linfáticos y su relación con los diferentes zonas de la rinofaringolaringe, nos permitirá establecer un diagnóstico, etapificación de la diseminación maligna de los tumores en las distintas zonas y del pronóstico y tratamiento de las lesiones.

NIVEL I: Submentoniano: labio inferior, mentón, cavidad oral anterior (anterior de lengua y piso de boca).

Submandibular: labio superior, piel facial, lengua oral y piso de boca.

NIVEL II: Cavidad oral y faringe (incluyendo paladar blando, base de lengua y seno piriforme)

NIVEL III: Laringe, hipofaringe y tiroides

NIVEL IV: Laringe, hipofaringe, tiroides, esófago cervical y traquea

NIVEL V: Nasofaringe, tiroides cavidades perinasales y cráneo posterior
Supraclavicular: lesiones infraclaviculares.

NIVEL VI: Laringe y tiroides.

Diagnóstico:

El diagnóstico temprano de estas patologías es fundamental, y muchas veces dependerá de médico general el efectuarlo o sospecharlo en forma precoz, por lo que un acucioso examen clínico a nivel primario será de capital importancia en la derivación oportuna, para efectuar un diagnóstico precoz, evaluación y tratamiento por parte de los especialistas, lo que incidirá directamente en la sobrevivencia del paciente.

Historia:

Una adecuada anamnesis que explore los antecedentes de consumo importante de tabaco u ingesta exagerada de alcohol, exposición ambiental, edad del paciente y análisis de síntomas nasales obstrucción nasal, epistaxis mantenida o importante, dificultad en la deglución, disfonía de más de 15 días de evolución, disfagia alta persistente o masa cervical asintomática, hacen sospechar una lesión maligna.

Examen físico:

Examen de la piel en fosas nasales, aumento de volumen sangrantes o no.

Examen orofaríngeo: Halitosis, asimetría, úlceras persistentes, movilidad del velo y de la lengua, aumento de volumen de la base de esta.

Estudio de pares craneanos: III, IV Y VI Pares, Movilidad ocular, reflejos, V par, sensibilidad de la cara, VII par movilidad facial, audición hipoacusia sensorioneural o de conducción, ex. vestibular, reflejo faríngeo IX Par, movilidad cordal X par, elevación del hombro XI Par, y movilidad de la lengua XII Par.

Examen de ojos: asimetría, oídos: otitis media con efusión.

Examen faríngeo: amígdalas asimétricas, úlcera o aumento de volumen persistente, alteración de la movilidad del velo del paladar, aumento de volumen de la lengua.

Examen del Cuello: aumento de volumen de ganglios sospechosos o en relación a una estructura mayor glándula o laringe por ejemplo.

Exámenes importantes para el Otorrinolaringólogo:

- 1- Examen directo laringoscopia indirecta con espejo laríngeo + rinoscopia anterior y posterior, palpación.

- 2- Nasofibrolaringoscopia, este examen ha sido un gran avance tanto para la visión interna de la nariz, rinofarinx y laringe, permite pesquisar lesiones y movilidad de cuerdas vocales.

Existen lugares en que la sintomatología es silenciosa como son los tumores de nariz, amígdalas, base de lengua y seno piriforme que dan tardíamente síntomas por lo que se debe estar alerta en el examen ante mínima sintomatología.

Diagnóstico por imágenes:

Radiografía de tórax: es fundamental para etapificar la lesión y debe solicitarse como examen de regla en paciente que se diagnostica una lesión maligna nasorinofaringolaríngea. permite descartar además segundos primarios.

TAC:

Es de fundamental importancia en el diagnóstico, nos permite delinear la extensión de la lesión, determinar compromiso ganglionar, sería más preciso que el examen físico, y nos permite distinguir lesiones quísticas y sólidas, y determinar en otras regiones del cuerpo el origen del primario en caso de metástasis, supera al MRI en distinguir lesiones óseas, el contraste permite distinguir mejor los vasos, nódulos o masas, el TAC helicoidal es capaz de hacer reconstrucciones óseas muy útiles para tener un concepto tridimensional de las lesiones.

MRI:

Distingue mejor que el TAC las lesiones del tejido blando normal, y los vasos sin necesidad de contraste, no sería superior al TAC en Laringe e hipofaringe si en rinofarinx, en distinguir lesiones blandas en cavidades perinasales permite distinguir grasa o cerebro de tumores.

PET:

Sirve para estudiar lesiones recurrentes y diferenciar de tejido cicatricial, uso poco difundido.

Biopsia:

Biopsia por aspiración: dependerá de la experiencia de efectuarla, se hace con aguja fina 22, tiene en buenos centros un 7% de falsos negativos.

Biopsia abierta:

Rápida inmediata o diferida, la rápida inmediata por congelación permite definir vaciamentos de cuello, dependiendo del tipo histológico.

Patología:

MÁS DEL 90% DE LOS TUMORES DE CABEZA Y CUELLO SON CARCINOMAS DE CELULAS ESCAMOSAS.

Grado histológico:

Hay tres grados histológicos dependiendo del grado de queratinización: bien diferenciados con un 75% de queratinización, moderadamente diferenciado con 25-50%, y pobremente diferenciados con menos de 25% de queratinización. En general mientras menos diferenciados dan más metástasis regionales y empeora el pronóstico.

Patrones morfológicos de crecimiento:

- 1- Ulcerada la más común
- 2- Infiltrante que se extienden en profundidad.
- 3- Exofítica que tienden a crecer más superficialmente y da metástasis más tardíamente
- 4- Verrucosa ocurre en pacientes añosos con pobre higiene o dentaduras en mal estado, tiene aspecto fungoso y rara vez da metástasis.

Otros tumores menos frecuentes son carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoideoquístico, los cánceres con componente neuroendocrino incluyen el cáncer de células pequeñas indiferenciado y el estesioblastoma (neuroblastoma olfatorio) Linfoma de Hodgkin y no-Hodgkin se encuentra en los tumores del anillo de Waldayer.

ESTADO Y PRONÓSTICO:

En los tumores de cabeza y cuello la supervivencia en los tumores en estado I es de más de un 80% en los estados avanzados III y IV cae a un 40%.

El desarrollo de metástasis linfáticas reduce en aprox. 50% la supervivencia aún con un tumor primario pequeño.

TRATAMIENTO:

Los tumores de cabeza y cuello se pueden tratar con cirugía o radioterapia o combinando ambas, la quimioterapia se puede combinar con la irradiación en el manejo de los estados avanzados (estados III/IV) en lesiones de orofarinx, hipofaringe, y laringe y nasofaringe en cánceres más avanzados que estado T2b.

Radioterapia:

Enfermedad inicial T1-T2 tratamiento radioterapia sola.

Tratamientos combinados cuando los ganglios son más de 3cm.

Radioterapia con hiperfraccionamiento, más dosis con menos riesgo y mejor resultado.

IMRT. radioterapia tridimensional, mayores dosis más precisas con menor daño.

Tumores avanzados radioquimioterapia concomitante.

Quimioterapia:

Neoadyudante: previa a la radioterapia

Coadyuvante: junto con la radioterapia.

Efectos secundarios:

Problemas de alimentación

Dolor

Mucositis: inflamación de mucosas

Nefrotoxicidad y ototoxicidad: cisplatino

Xerostomía

Reflujo GE.

Tratamiento del cuello:

Disección radical de cuello: se extirpa, cadena linfática cervical, el músculo esternocleidomastoideo. Yugular interna y nervio espinal

Disección cervical modificada en que se conservan espinal, y/o yugular Y/o esternocleidomastoideo.

Disección cervical selectiva de uno o más grupos ganglionares en forma específica.

TUMORES BENIGNOS Y PREMALIGNOS NASOSINUSALES

Tumores Benignos de la Orofaringe

Papiloma: Su localización es más frecuente en el istmo de las fauces, especialmente en la úvula, bordes libres de los pilares amigdalinos y en las propias amígdalas. Pueden ser múltiples o simples, sésiles o pediculados.

El papiloma de las amígdalas es con mayor frecuencia múltiple que simple, y presenta el contorno general de un racimo de uvas.

En general, no producen síntomas. Sin embargo, ocasionalmente los pacientes refieren una sensación de cuerpo extraño faríngeo, especialmente cuando el papiloma se localiza en la úvula y cuelga hacia la faringe.

El tratamiento es quirúrgico y, si bien pueden recidivar, no es lo habitual.

Fibroma de la amígdala: Se presenta con igual frecuencia en ambos sexos, siendo más frecuente en individuos jóvenes que en las edades media y avanzada de la vida. Es una neoplasia benigna que sigue en frecuencia al papiloma. Raramente se transforma en maligno. Es de crecimiento lento y se limita habitualmente a una amígdala. En general, es pediculado, simple más que múltiple. Es de consistencia firme e irrigado con algunos vasos sanguíneos, aunque a veces, puede sufrir una degeneración quística.

Habitualmente, no presenta síntomas, excepto en el tipo pediculado de gran tamaño, en el cual se puede producir obstrucción de tipo mecánica.

El diagnóstico es clínico, y en los casos de duda se puede obtener una biopsia incisional. El tratamiento definitivo es quirúrgico con la extirpación completa de la lesión.

Hemangioma: Se observa con mayor frecuencia en la base de la amígdala o la lengua, originándose de un plexo venoso. Se puede asociar con lesiones cutáneas.

Quistes de las glándulas mucosas: Estos quistes por retención pueden formarse en cualquier glándula mucosa de la boca, excepto en las encías y en la superficie superior de la lengua. Puede ocluirse el conducto o su orificio produciendo la formación de un pseudoquiste. Cuando se ubican en el piso de boca, pueden confundirse con la rínula.

Quistes de las amígdalas: Los quistes de la amígdala son raros. Su situación puede ser superficial o profunda. Su tamaño es variable y pueden contener una cantidad variable de líquido o una masa de secreciones espesas y restos epiteliales. Estos quistes son, en general, el resultado de una oclusión inflamatoria de la boca de la cripta.

Cistoadenoma: Se cree que es de origen embrionario o se origina en la capa germinativa del epitelio del paladar. Por regla general, se afecta el paladar duro, pero también el paladar blando y las encías.

Se trata de neoformaciones sésiles de forma irregular, oval o redondeada, con coloración gris o rosada grisácea, de consistencia variable. Se presentan generalmente encapsulados, pero pueden abrirse camino a través de la cápsula. En el interior de esta cápsula puede

allarse una sustancia coloide, epitelio glandular y, en ocasiones, cartílago, hueso, tejido linfoide.

El tratamiento es la excisión de la lesión.

Tiroides lingual: Puede ser el resultado de una detención del descenso del esbozo tiroideo. En esta forma puede faltar el tiroides cervical. Otra forma se desarrolla a partir de restos aberrantes (tiroides aberrante, tiroides accesorio). El tejido tiroideo se localiza, en la inmensa mayoría de los casos, en la base de lengua o en su interior, entre la epiglotis y las papilas circunvaladas, o en el agujero ciego.

Su tamaño varía desde pequeñas tumoraciones hasta el tamaño de un huevo de gallina. Sus dimensiones habituales son 2 cms de ancho por 2 cms de longitud, y situados a 2-3 cms por encima de la base de lengua.

Los síntomas del tiroides lingual, cuando existan, obedecen al aumento de tamaño de la lengua. El paciente refiere una sensación de cuerpo extraño, disfagia, y si es de gran tamaño, disnea y asfixia. Pueden presentar hemorragias débiles.

Al examen, se observa una tumoración roja circunscrita en la base de lengua, sésil o pediculada, en ocasiones con vasos dilatados. Es indolora y no se decolora por la presión.

El examen histológico revela tejido tiroideo normal.

Antes de tomar una decisión quirúrgica es necesario determinar la presencia o no de otro tejido tiroideo. En general, el tiroides lingual es asintomático, no requiriendo su extirpación. La intervención quirúrgica debe reservarse para aquellos casos que presenten disnea o disfagia.

Tumores mixtos extraparotídeos: El tratamiento de los tumores mixtos benignos de las glándulas salivales consiste en la extirpación completa de la lesión. En el caso de las glándulas submaxilar y sublingual, la glándula se extirpa junto con el tumor con el objeto de obtener la menor tasa posible de recidivas.

Los tumores del paladar y de otras localizaciones de la cavidad oral y faringe, se eliminan por extirpación procurando no romper la cápsula.

Otros tumores benignos de las glándulas salivales que se pueden localizar en la orofaringe incluyen los adenomas benignos y los tumores de glándulas sebáceas.

Lipoma del paladar blando: Es una presentación poco frecuente de lipoma. Se presenta como un aumento de volumen del paladar blando, de consistencia firme, límites poco definidos, no dolorosa en general. El manejo y tratamiento es el mismo que se aplica a lipomas de otras localizaciones.

Introducción

Los tumores benignos de cavidades paranasales (CPN) originan una proporción significativa de las visitas al otorrinolaringólogo.

No hay datos seguros de la incidencia global de los tumores benignos de CPN en la literatura.

Sin embargo, se sabe que los tumores malignos de CPN son poco frecuentes (1 a 2 en 100 mil habitantes al año).

Los tumores benignos y malignos de CPN dan cuenta de menos del 3% de los cánceres del tracto aerodigestivo superior y en muchos países de menos del 1% de todos los tumores malignos del cuerpo.

El diagnóstico diferencial entre un tumor benigno, premaligno y maligno de CPN puede ser difícil, ya que los síntomas pueden ser similares y a veces el hallazgo de una lesión maligna sólo puede ser advertido a la histología. Por ello, resulta crucial realizar un diagnóstico clínico y anatomopatológico precoz.

ANATOMIA

Para poder tratar esta patología hay que conocer la anatomía de:

- Los senos paranasales y sus vías de drenaje
- Estructuras adyacentes (orbita, fosa craneana anterior, silla turca, cavidad bucal, fosa pterigopalatina)
- Drenaje linfático de las CPN (ganglios retrofaríngeos y cervicales)
- Irrigación de las CPN (arteria maxilar interna, esfenopalatina, etmoidales anteriores y posteriores)
- Curso de los pares craneanos
- Base de cráneo

DIAGNÓSTICO

El estudio diagnóstico debe ser guiado a través de la historia y los hallazgos del examen físico, complementados por una adecuada evaluación endoscópica nasal (o nasofibrososcópica) y el uso de imágenes, para concluir con un adecuado estudio con biopsia.

SÍNTOMAS

Los principales síntomas son obstrucción nasal, rinorrea uni o bilateral y epistaxis. A medida que van comprometiendo otras estructuras pueden producir

- Alteraciones del olfato
- Cefalea
- Diplopia o pérdida de visión
- Epifora por compresión de la vía lagrimal
- OME por obstrucción de la trompa de Eustaquio
- Deformidad facial

EXAMEN FÍSICO

Es fundamental incluir en el examen físico una evaluación mediante rinoscopia anterior

(evaluación con espéculo nasal), rinoscopia posterior y visión endoscópica o nasofibroscópica nasal, que nos permitirán observar el compromiso real de las estructuras anatómicas intranasales y realizar una mas adecuada interpretación del estudio imagenológico.

Los hallazgos al examen físico pueden incluir alteraciones sinusales, oculares y/o neurológicas:

- Masa rinosinusal, facial o intraoral
- Rinorrea mucopurulenta unilateral.
- Asimetría facial
- Proptosis
- Diplopia
- Aflojamiento de piezas dentarias de la arcada superior
- Molestias con prótesis dental, principalmente de la arcada superior.
- Lesiones (aumento de volumen, úlcera) a nivel del paladar.
- Déficit de pares craneanos.
- Tímpanos con signos de efusión en oído medio.

Debe inspeccionarse y palpase el contorno orbitario, el ojo, la superficie de la cara, la pared anterior de los maxilares y el paladar.

Puede necesitarse de evaluación oftalmológica.

ESTUDIO DE IMÁGENES

TAC de cavidades paranasales con y sin contraste que incluya cortes axiales y coronales.

Cuando la evidencia de una neoplasia es casi obvia, el estudio debe ser dirigido directamente a la TAC y no solicitar radiografía de cavidades paranasales. La TAC es útil para definir la lesión en tres dimensiones, evaluar el compromiso de la órbita (piso, lámina papirácea o techo), la infiltración de nasofaringe o fosa pterigopalatina. Cuando la lesión se extiende al endocráneo, el uso de contraste ayuda a diferenciar y delimitar mejor el tumor del tejido meningoencefálico adyacente. Es el examen de elección para evaluar el compromiso óseo. La destrucción ósea no es patognomónica de una lesión maligna, pero sí se traduce en un comportamiento localmente agresivo y, por lo tanto, es muy sugerente de lesión maligna.

Angiografía.

Es muy útil en tumores vasculares, o bien, muy vascularizados, en los que se necesita delimitar la lesión, ver su fuente de irrigación y embolizar este tipo de tumores para realizar una resección quirúrgica segura, evitando sangrados masivos en el intraoperatorio.

RMN es un complemento de la TC en la evaluación de los tumores.

La RMN permite definir mejor la extensión del tumor en los tejidos blandos, diferenciar secreciones de tumor. Típicamente el edema, el tejido inflamatorio y las secreciones retenidas tienen baja intensidad en T1 y alta intensidad en T2 por su alto contenido de agua. Por otro lado, el 95% de los tumores son altamente celulares y con menos agua, dando una señal intermedia a baja en T1 y T2. La única consideración es que a veces las secreciones pueden ser antiguas y acumular gran cantidad de proteínas, cambiando con ello su señal.

Es útil en el seguimiento post tratamiento **y especialmente útil en el caso de tumores que comprometen la fosa anterior y se requiere definir si hay extensión o compromiso de tejido meningoencefálico.**

No es buena para la evaluación del compromiso óseo.

El gadolinio permite contrastar mejor muchos tumores y sus bordes.

CLASIFICACIÓN

1. TUMORES INFLAMATORIOS
2. TUMORES EPITELIALES
3. TUMORES NO EPITELIALES
 - a) Tumores de hueso y cartílago
 - b) Tumores de tejidos blandos
 - c) Tumores de tejidos vecinos

Aunque los tumores inflamatorios no son una neoplasia propiamente tal, deben ser considerados, por su frecuencia mayor que la de los tumores neoplásicos y a veces dificultad para ser diferenciados de una neoplasia benigna o maligna.

TUMORES INFLAMATORIOS (PSEUDOTUMORES O TUMORES NO NEOPLÁSICOS)

- Poliposis (incluyendo al pólipo antrocoanal).
- Quiste de retención
- Granuloma **Piórico**
- Mucocele
- Micetoma
- Granuloma de colesterol
- **Granuloma por cuerpo extraño**
- **Amiloidosis**

TUMORES EPITELIALES

Sin considerar los tumores inflamatorios, **los tumores epiteliales son los más frecuentes entre las neoplasias rinosinuales. Entre ellos están:**

- Papiloma nasosinusal

- Adenomas (pleomorfo y de células basaloides)
- Mioepitelioma
- Oncocitoma

TUMORES NO EPITELIALES

TUMORES DE HUESO Y CARTILAGO

- Osteomas y condromas
- Fibroma osificante y cementoma
- Displasia osteofibrosa
- Tu de células gigantes
- Osteblastoma
- Osteoma osteoide

TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS

- Fibroangioma juvenil
- Fibroma
- Fibromatosis agresiva
- Mixoma
- Histiocitoma fibroso
- Leiomioma
- Hemangioma
- Hemangiopericitoma
- Neurofibromas
- Paragangliomas
- Neurilemoma
- Plasmocitoma

TUMORES DE TEJIDOS VECINOS

- Meningioma
- Tumores odontogénicos (Ameloblastoma, Tu epitelial calcificado de Pindborg)
- Tumor neuroectodérmico
- Teratoma

Algunos autores consideran dentro de esta clasificación de tumores benignos de cavidades paranasales a los tumores secundarios a alteraciones del desarrollo como son el quiste epidermoide (o colesteatoma) , quiste dermoide, glioma nasal, meningocele y meningoencefalocele, quiste aracnoides y la bolsa de Rathke entre otros. Si bien no las analizaremos, hay que considerarlas en el diagnóstico diferencial.

TUMORES INFLAMATORIOS

Poliposis nasosinusal:

Es el tumor no neoplásico más común de la cavidad nasal.

Asociada con alergia, fibrosis quística, triada de Sampter (alergia al ácido acetil salicílico, asma y poliposis nasal). Su etiología es controvertida. Se ha visto que 25% de los pacientes con rinitis alérgica presentan poliposis; y 54% de los pacientes con poliposis presentan alergia.

Una poliposis en niños es una situación que nos debería hacer sospechar una fibrosis quística y descartarla.

Se originan usualmente de la pared nasal lateral y del meato medio, bilateralmente. Si es unilateral, considerar papiloma invertido, encefalocele, glioma, angiofibroma, entre otros.

Dentro de su patogenia no se sabe exactamente como se inician, pero existe un proceso inflamatorio de la mucosa donde participan citoquinas y células de la inflamación. Según [Stamberger](#) existiría un proceso de retención de sodio y agua generándose edema de la mucosa.

Producen obstrucción nasal y oclusión de los ostium de drenaje de los senos paranasales y con ello pueden causar rinosinusitis aguda o crónica. Pueden modificar la forma del hueso por compresión, remodelándolo y en ocasiones erosionándolo.

Se clasifican en:

1. Pólipo antrocoanal: se originan desde la mucosa del seno maxilar y emergen a través del ostium para dirigirse hacia la coana.
2. Pólipo grande aislado
3. Poliposis asociada a rinosinusitis crónica no eosinofílica
4. Poliposis asociada a rinosinusitis crónica eosinofílica ([RS Fúngica Alérgica?](#))
5. Poliposis asociada a otras patologías sistémicas ([enfermedades metabólicas](#))

Su tratamiento es inicialmente médico con corticoides tópicos y sistémicos, que son los elementos más importantes. También pueden usarse antileucotrienos, antialérgicos, de acuerdo a cada caso. [En el caso de pacientes que presentan la triada de Sampter, las medidas dietéticas son también importantes \(evitar ác. Acetil salicílico\).](#)

De no existir respuesta a tratamiento médico es necesario realizar cirugía endoscópica o un abordaje mixto (vía externa-endoscópica).

[Los pólipos tienen tendencia a recidivar, por lo que es muy importante mantener un tratamiento post-cirugía por largo plazo. Tener presente que el tratamiento quirúrgico y](#)

médico va dirigido al control y alivio sintomático de la enfermedad, no a la causa.

Quiste mucoso de retención

Se producen por obstrucción de una glándula mucosa o salival menor y usualmente son vistos en el seno maxilar. **Ocupan sólo parcialmente el seno en que se encuentran.** Habitualmente no producen manifestaciones clínicas y son frecuentes hallazgos radiológicos. **Están presentes en el 10% de la población general.** No se deben intervenir quirúrgicamente a menos que produzcan síntomas. **Radiológicamente, se presenta como una masa de borde superior convexo, liso, bien delimitado, separado de las paredes del seno salvo por su sitio de implantación.**

Granuloma nasal

Aunque son mas frecuentes en la cavidad oral, también pueden ocurrir en la cavidad nasal, tanto en la piel como en la mucosa. Su etiología es desconocida, pero se cree que se originan de una reacción secundaria a traumatismo de la piel o la mucosa. Su tratamiento es la resección quirúrgica

Mucocele

Es una formación quística que se produce por la obstrucción del ostium de drenaje del seno paranasal y están localizados más comúnmente en el seno frontal y menos frecuentemente en el etmoides, esfenoides y en el maxilar. **Ocupan completamente el seno en el cual se localizan y pueden producir una alteración en sus dimensiones (ensanchamiento).** Se caracterizan por tener un crecimiento lento pero pueden causar reabsorción ósea, cefalea, o extenderse dentro de la órbita causando proptosis y diplopia y comprometer el endocraneo. Además pueden infectarse (piomucocele). El tratamiento es quirúrgico (cirugía externa y/o cirugía endoscópica).

TUMORES EPITELIALES

Papiloma Nasosinusal

Hay 2 tipos

Papiloma escamoso. Usualmente localizado en el vestíbulo nasal o en el área alar. Se origina de epitelio escamoso estratificado. Su tratamiento es la resección quirúrgica

Papiloma Schneideriano: originado de epitelio respiratorio nasal. Se presentan habitualmente como una masa polipoídea unilateral. En ocasiones pueden ser encontrados con pólipos nasales alérgicos, de ahí la importancia de realizar siempre una biopsia nasal por separado de cada fosa nasal cuando uno realiza una polipectomía en forma rutinaria.

Su histología consiste de epitelio que puede ser escamoso (usualmente ubicados en el vestíbulo nasal o en el área alar), transicional o respiratorio (asociado con virus papiloma

humano serotipos 6 y 11)

La incidencia de transformación maligna es de un 10% aproximadamente, especialmente los tipos escamoso.

Incluso cuando no son malignas, estas lesiones deben ser tratadas con cautela por que una escisión inadecuada puede muy probablemente llevar a una recurrencia). Es aconsejable fresar la zona de implantación del pedículo tumoral en el hueso.

Se clasifican en:

- **Fungiforme o septal o exofítico (50%)** histología similar a una verruga vulgaris, predilección por hombres en edad media de la vida. Se ve en el tabique nasal.
- **Invertido (47%)** el epitelio invade las capas de estroma subyacente y por ello reciben el nombre de invertidos. Se originan de la pared nasal lateral , principalmente en pacientes adultos (5ª y 6ª década de la vida)
- **Cilíndrico (3%)** Se originan de la pared nasal lateral o seno maxilar.

El abordaje clásico es con cirugía nasal externa (una rinotomía lateral combinada con una maxilectomía medial). Pero la mayor experiencia con cirugía endoscópica permite tratar casos seleccionados, considerando siempre que la resección debe ser mas agresiva en los bordes, por su tasa de recidiva y posibilidad de malignización.

TUMORES NO EPITELIALES

TUMORES DE HUESO Y CARTÍLAGO

Osteomas

Son formados por hueso lamelar maduro. [Se clasifican en compactos, esponjosos y mixtos. Su incidencia es de 0.25%.](#)

Causan síntomas solamente cuando interfieren el drenaje sinusal o comienzan a comprimir estructuras, como la duramadre o pares craneanos. Edad :15 a 40 años.

Mas comúnmente encontrados en el seno frontal (80%), etmoides (16%) y maxilar (4%). Pueden ser un hallazgo radiológico.

La conducta frente a ellos es la observación por otorrinolaringólogo, quién realizará un seguimiento radiológico seriado durante 1 o 2 años para evaluar su patrón de crecimiento. Cuando el osteoma [se hace sintomático produciendo dolor local](#), un mucocele frontal ([por obstrucción del ostium de drenaje del seno](#)), [proptosis o/y diplopia](#), está indicado [el tratamiento quirúrgico con la obliteración quirúrgica del seno frontal o un amplio drenaje quirúrgico del mismo](#). (Obliteración osteoplástica o etmoidectomía externa.)

Condromas

Pueden desarrollarse en cualquier parte del tracto rinosinusal.

Según Batsakis la naturaleza benigna o maligna de estas lesiones está incompletamente definida. Por ello, la resección debe ser más agresiva y radical.

Fibroma osificante y cementoma

Ocurren principalmente en pacientes adultos jóvenes y son caracterizados radiológicamente por márgenes óseos escleróticos que son más evidentes en la cirugía cuando son resecaos y se desprenden fácilmente con la tracción del instrumento quirúrgico.

Los cementomas son una variación de los fibromas osificantes que tienen un elemento óseo parecido al cemento. Estos también son apropiadamente manejados con resección local, pero si se deja parte del tumor su recurrencia es probable.

Displasia osteofibrosa

El hueso normal es reemplazado por tejido fibro-óseo con capacidad de expansión, que puede ocurrir en 3 formas:

- Monostótica: un hueso comprometido (75% de los casos).
- Poliostótica: múltiples huesos comprometidos (20% de los casos).
- Síndrome de Albright: múltiples huesos comprometidos, asociado a pubertad precoz y manchas café con leche en la piel (5% de los casos).

Un 25% de los pacientes tienen compromiso de cabeza y cuello.

Su tratamiento es la resección quirúrgica de las lesiones cuando comprometen nervios o vasos por compresión o producen deformidad estética importante.

Al TAC, su típica imagen se describe como de “vidrio esmerilado”.

TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS

Fibroangioma juvenil

Tumor benigno, pero localmente agresivo, de hombres adolescentes, de etiología desconocida.

Histológicamente, es un tumor compuesto por vasos capilares (sin esfínter percapilar) y tejido fibroso. Posee cápsula. Es un tumor benigno, no produce metástasis, pero localmente agresivo.

Se presenta con obstrucción nasal y epistaxis recurrente, algunas veces bastante severas, y

otitis media con efusión unilateral.

El diagnóstico se realiza por la clínica y el examen físico, complementado con TAC con contraste y RNM- angioRNM.

La angiografía o angioRNM son muy útiles para realizar el diagnóstico, ver su extensión e irrigación.

La biopsia, en general, no está indicada en estos casos ya que puede causar epistaxis importante.

En la radiología se observa un tumor de bordes lisos, lobulado, en relación a la porción posterolateral de las fosas nasales cerca del foramen esfenopalatino.

Tiene un crecimiento agresivo local, a través de los orificios y fisuras óseas, pudiendo invadir la fosa pterigopalatina y la cavidad craneana.

El tratamiento incluye embolización preoperatoria y resección 72 hrs. después. El tratamiento quirúrgico presenta una recurrencia reportada de 6 a 24%.

La radioterapia puede ser usada cuando hay una resección incompleta o compromiso de la cavidad craneana, aunque también ha sido reportada como una terapia primaria. Sin embargo, dado que estos tumores se presentan en niños en etapa pre-adolescente/adolescente, la radioterapia se trata de evitar, y siempre se deja como última opción terapéutica.

Hemangiomas

Pueden ser cavernosos, capilares o mixtos. Cuando se ven en la mucosa nasal usualmente se encuentran en el tabique anterior. En raras ocasiones un hemangioma primario puede ubicarse en el maxilar. Los hemangiomas se caracterizan por una rarefacción en la radiografía aunque pueden hacerse escleróticos con el tiempo. Diagnóstico diferencial: granuloma piogénico

Son típicamente asintomáticos y su extirpación esta indicada sólo en caso de sangrado o **discomfort** mayor. Si se desea resecar hay que embolizar previamente.

Hemangiopericitoma

Típicamente se observa en la nariz, pero puede envolver las cavidades paranasales.

Las características clínicas pueden variar considerablemente de un lento crecimiento elástico a una neoplasia infiltrante y agresiva. Tiene una pérdida de la uniformidad en apariencia, crecimiento y características biológicas. Según Batsakis, estos tumores son totalmente agresivos y pueden recurrir incluso tardíamente, haciendo que la supervivencia a 5 años sea una medición inadecuada de curación.

Schwanomas y neurofibromas

Los Schwanomas y neurofibromas son tumores que se originan de los componentes de los nervios periféricos.

Un schwanoma es una lesión aislada encapsulada mientras que el neurofibroma se infiltra en el nervio y a menudo son múltiples lesiones.

Causan síntomas por crecimiento lento y pueden deformar los tejidos por presión o hacerse sintomáticos por obstrucción de un ostium de drenaje sinusal. Los neuromas y neurilemomas muestran una apariencia irregular y desigual, característica. Estas lesiones son manejadas por resección local conservadora. Es importante recordar que uno de ocho pacientes con Von Recklinhausen tiene transformación maligna.

TUMORES DE TEJIDOS VECINOS

Meningioma

Los meningiomas extracraneales se originan de tejido aracnoideo ectópico y son tumores muy raros. Tienen una histología variable y pueden requerir de microscopia electrónica para su identificación. Ocasionalmente un meningioma intracraneal puede invadir las cavidades paranasales o la órbita. En este sentido la radiografía de cráneo puede mostrar hiperostosis de la región etmoidal. Además la evaluación debe considerar TC y RMN o angiografía si corresponde. La escisión quirúrgica es la única forma de manejo definitiva aunque la radioterapia puede ser efectiva para estabilizar lesiones inoperables.

Rara vez, podemos encontrar un meningocele o encefalocele que invade la cavidad nasal. Están comunicados directamente con los ventrículos encefálicos. Son firmes, no móviles, pulsátil, agrandándose con el llanto y maniobras de valsalva. El signo de Fusterberger es útil, en el cual el tumor se expande al comprimir la yugular interna. No se deben resear sin una previa evaluación neuroquirúrgica.

Tumores odontogénicos

Dan cuenta solo de un 1% de los tumores de la mandíbula. Incluyen el Ameloblastoma y el tumor epitelial calcificado de Pindborg.

Son localmente agresivos y requieren resección con un pequeño margen de tejido normal para evitar recurrencia. La gran mayoría de los odontomas son mejor caracterizados como hamartomas enfatizando su naturaleza benigna y su evolución en la que desarrollan un material odontogénico. Se pueden ver en el seno maxilar.

TUMORES MALIGNOS DE FOSAS NASALES, CAVIDADES PERINASALES Y OROFARINX.

Constituyen el 0,2 % de todos los tumores malignos y el 3% de los tumores de la vía aero digestiva superior, su incidencia es mayor en Japón África y Jamaica , 2 veces más frecuentes en hombres, se asocia mayor exposición a tóxicos : tabaco, alcohol en mujeres que trabajan en industria textil, ebanistas, trabajadores del calzado, o expuestos a polvo de madera y pesticidas agrícolas , a partir de los 50 años aumenta la incidencia en los epiteliales, las localizaciones más frecuentes son en seno maxilar (50%). Etmoidales (30%) y fosas nasales (20%). Por otra parte puede haber malignización de tumores inicialmente benignos como la displasia osteofibrosa y el papiloma invertido (8% de malignización) en que juega un rol importante el virus papiloma, el virus de Epstein –Barr contribuye en el desarrollo de carcinomas indiferenciados, carcinomas transicionales y linfoma no Hodgkin sobre todo en asiáticos.

Los tumores malignos encontrados en orden de frecuencia son.

- 1.- Carcinoma epidermoide 70-80%
- 2.- Adenocarcinoma 4-8%
- 3.- Carcinoma indiferenciado
- 4.- Carcinoma Adenoide quístico
- 5.- Linfomas 1%
- 6.- Sarcomas (rhabdomyosarcoma en niño) 4-6%
- 7.- Neuroestesioblastoma (tumor de el epitelio olfatorio) 1%
- 8.- Melanoma 1%
- 9.- Metástasis, especialmente de carcinoma renal

Etapificación de los tumores nasosinusales:

Como no es lo mismo que la lesión tumoral esta localizada en piso del seno maxilar Ohngreen diseño en 1933, la clasificación si un tumor estaba sobre el plano imaginario que corta entre el ángulo externo del ojo y el ángulo de la mandíbula, y así los clasificó como de la infraestructura o de la supraestructura.

Es fundamental etapificar las lesiones lo que nos da una idea del pronóstico, grado de extensión de la lesión y enfoque del tratamiento médico y quirúrgico.

T1: tumor menor de 2cm sin compromiso óseo

T2: tumor de 2-6 cm. sin compromiso óseo

T3: osteolisis en una pared sin invasión del área nasosinusal

T4. Osteolisis de 2 paredes o salida fuera del área nasosinusal

Existe además una clasificación para determinar invasión INVACIÓN GANGLIONAR REGIONAL y METASTASICA valida para todos los tumores de cabeza y cuello:

NX La invasión linfática regional no puede ser determinada

NO No hay invasión linfática regional

- N1 Metástasis ganglionar única ipsilateral, inferior a 3 cm. en su mayor dimensión
- N2a Metástasis ganglionar ipsilateral mayor de 3 cm. pero no mayor de 6cm
- N2b Metástasis ganglionares múltiples ipsilateral no mayor de 6 cm.
- N2c Metástasis ganglionar bilateral o contralateral no mayor de 6 cm.
- N3 Metástasis ganglionar mayor de 6cm

INVACIÓN METASTASICA A DISTANCIA

- MX La presencia de metástasis a distancia no puede ser determinada
- MO No hay metástasis a distancia.
- M1 Metástasis a distancia

Pronóstico: es malo en general 38-50% a dos años, de diagnóstico tardío, en general se les confunde con cuadros de sinusitis, además los territorios vecinos a invadir son en general de compromiso vital por Ej.: ojo, grandes vasos, cerebro, etc.

Es fundamental sospechar en cuadros rinosinuales, especialmente unilaterales en grupos de alto riesgo, para efectuar un diagnóstico precoz (habitualmente 8 meses), que es lo único que puede determinar un mejor pronóstico.

CUADRO CLÍNICO:

En general simulan una patología inflamatoria, inicialmente asintomático, sospechar especialmente cuando hay compromiso unilateral en pacientes mayores de 60 años.

Entre los síntomas y signos de sospecha tenemos:

- Cuadros de sinusitis con rinorrea, epistaxis u obstrucción nasal unilateral con odontalgia refleja o diente suelto.
- Secreción en meato medio, ulcera de paladar, aumento de volumen facial , proptosis
- La nasofibroscofia es de fundamental importancia para el examen y visualización de estos tumores.
- IMAGENOLÓGÍA:

-TAC: permite visualizar detalles de destrucción ósea, que es el sello del diagnóstico de esta patología, a diferencia de la remodelación ósea producida por la patología benigna.

-RMN: permite diferenciar patología maligna de benigna en tejidos blandos (Ej.: Tumor de encefalocele) y ver invasión endocraneana y vasos sanguíneos.

Tratamiento:

Cirugía: El problema es la extensión de la lesión y de los márgenes de seguridad. Dependerá del tipo histológico y por tanto de la agresividad del tumor y si invade orbita, base de cráneo, meninge-cerebro y grandes vasos.

La cirugía se puede hacer por un abordaje externo (Weber-Ferguson, Deglobing) o endoscópica, o mixta.

La cirugía endoscópica nos ha traído un avance importante en la visualización de estas patologías y nos ha permitido hacer un abordaje más preciso de las lesiones

- Maxilectomía total o parcial

- Etmoidectomía, esfenoidectomía
- Cirugía craneofacial en conjunto con el neurocirujano.
- Exanteración orbitaria.

QUIMIORADIOTERAPIA:

- Neoadyudante: malos resultados
- Concomitante Radioterapia +Quimioterapia al mismo tiempo

Existe patología que considerada entre los linfomas de linfocitos T que es muy maligna con respecto a la sobrevida del paciente y que cabe mencionar como es la Enfermedad de Wegener, y que se puede localizar en nariz y cavidades perinasales, y que se debe a invasión de células de estirpe reticuloendotelial y que provoca un infiltrado angiocéntrico con isquemia secundaria con destrucción extensa de tejidos y su diagnóstico es clínico con reacción ANCA II + y su tratamiento es a base de corticoides e inmunosupresores, con evolución variable pero en general maligna.

TUMORES MALIGNOS DE LA RINOFARINX.

Introducción: Es el 0,25 % de todos los tumores en EE.UU., En Taiwán es el 18% de todos los tumores el más frecuente en hombres y el tercero en mujeres.

Tipos histológicos:

- Carcinoma epidermoide 25%
- Carcinoma no queratinizante 12%
- Carcinoma Indiferenciado (derivado linfoide y epitelial) 60%.

Se le describen factores genéticos HLA-A2 y HLA-B2 loci de histocompatibilidad como posibles marcadores de susceptibilidad genética al cáncer rinofaríngeo, factores extrínsecos como las nitrosaminas que se encuentran en conservas de pescados, carnes secas y ahumadas, exposición a hidrocarburos policíclicos, el virus de Epstein –Barr se le ha relacionado y es útil la determinación de IgG e IgA para este tipo de virus especialmente en los carcinomas indiferenciados, para vigilancia de tratamiento, para estudio en diagnóstico difícil cuando aparece una adenopatía en cuello o para diagnóstico precoz en poblaciones de alto riesgo.

CLÍNICA:

El compromiso de la anatomía local o su extensión nos va a determinar las diferentes manifestaciones clínicas:

- Síndrome rinológico: Obstrucción coanal y nasal, epistaxis en general no copiosas
- Síndrome otológico: por obstrucción de la trompa de Eustaquio con hipoacusia de conducción
- Síndrome neurológico por compromiso de VI par (diplopía) que generalmente es el primero en comprometerse, o de los otros pares orbitarios III y IV Pares y si el tumor se extiende al foramen yugular compromiso del IX, X,yXI y si es más amplia la infiltración compromete el XII en el agujero condileo anterior y si compromete la cadena simpática síndrome de Claud Bernard Horner.

Estos tumores rara vez dan metástasis (3%).

Se pueden extender a:

- lateral: compromiso peritubarico, fosa pterigomaxilar, infratemporal, parótida.
- superior: seno esfenoidal, quiasma óptico, seno cavernoso con parálisis oculomotora.
- posterior: clivus y vértebras cervicales.
- endocráneo: la cual se ve en un 25% de los casos al momento del diagnóstico

Etapificación:

T1 tumor de nasofaringe.

T2 rinofaringe, orofaringe, paladar blando, tejido blando prevertebral, espacio parafaríngeo

T3 tumor que invade estructuras óseas y CPN, compromiso pares craneanos anteriores o posteriores, base de cráneo.

T4 tumor con extensión intracraneal, pares craneanos, infratemporal, hipofaringe y órbita.

N similar a cavidades perinasales con algunas variantes solo resorte de el especialista.

Pronóstico: sobrevida aprox. 40%, pero a diferencia de otros tumores, la recidiva aparece más allá de los 5 años.

Tratamiento: en general es la Biopsia amplia para disminuir masa tumoral + Radioterapia, la quimioterapia no se ha demostrado hasta el momento que sirva más que para calmar el dolor en casos muy diseminados.

Tumores del Espacio parafaríngeo:

Paragangliomas, meningiomas, extensión de tu rinofaríngeos, meningiomas del ala esfenoidal, Neurinomas de pares que atraviesan el espacio para faríngeo, tumores parotídeos profundos

Angiofibroma juvenil:

Tumor de origen vascular de tipo benigno pero que por su extensión a endocráneo puede comprometer la vida del paciente, además de que en muchas ocasiones debuta como epistaxis posterior masiva difícil de controlar, su tratamiento es en general resuelto con cirugía endoscópica o mixta y en algunos casos radioterapia.

TUMORES MALIGNOS DE BOCA Y LABIOS

Los tumores malignos de boca y labios son en su gran mayoría de tipo carcinoma escamoso, se ubican fundamentalmente en labios y lengua, pero pueden ubicarse en cualquier otra región de la boca por lo que es fundamental hacer un adecuado examen de la boca ya sea visualizando adecuadamente la lesión como también palpándola.

Se asocia en labios a exposición actínica fundamentalmente, y al hábito de fumar o masticar tabaco, el alcohol excesivo la irritación local crónica mala higiene, infección por virus papiloma, HIV o uso de inmunosupresores. Es dos veces más frecuente en el hombre que la mujer.

Síntomas: LO MÁS IMPORTANTE ES HACER UN EXHAUSTIVO EXAMEN CLINICO, visualizar una leucoplasia en etapa premaligna o una pequeña úlcera o retracción del labio o lengua que puede producir ardor y escaso dolor inicialmente, es fundamental detectar precozmente la lesión ya que se trata de cánceres que se diseminan

rápidamente. En un estado más avanzado provocan grandes úlceras induradas y dolor y dificultad al deglutir, la mitad de los cánceres orales ya se ha propagado y por tanto una curación que debiera ser de 90 o más por ciento de los cánceres disminuye a un 50% a 5 años.

Tratamiento: es quirúrgico, ojalá lo más precoz, complementada por radioterapia y quimioterapia en los casos más avanzados.

TUMORES MALIGNOS DE OROFARINGE

La orofaringe se extiende desde el plano del paladar duro hasta el hueso hioides inferiormente, el límite lateral lo constituyen los pilares anteriores y posteriores anteriormente consta del istmo de las fauces y la cavidad oral, la pared posterior es la continuación de la nasofaringe y una línea imaginaria de las vallecúlas en su posición inferior. El drenaje linfático es muy rico y por tanto es frecuente de encontrar metástasis ganglionares en el 80% de los casos en el momento del diagnóstico, especialmente yugulodigástrico, seguido de los niveles III y IV, en los tumores de la pared posterior el drenaje es a los ganglios retrofaringeos.

Los agentes etiológicos son los mismos asociados a la nariz, sumándose sífilis terciaria en carcinoma de lengua papiloma virus, y candidiasis crónica, pero son el tabaco y alcohol, los más relacionados como agentes carcinogénicos, en pacientes predispuestos genéticamente o inmunodeprimidos, resaltando la asociación a un segundo primario en un 46% en los tumores de base de lengua contra un 15% en los cánceres de amígdalas.

Tipos Histológicos:

Carcinoma epidermoide:

Puede ser exofítico superficial (paladar blando y arco palatino) o ulcerado infiltrante (amígdala y base de lengua) por lo que da más metástasis y es de peor pronóstico.

Linfoepitelioma o indiferenciado:

Tiene tendencia a dar metástasis ganglionares y a distancia, son muy sensibles a la radioterapia.

Carcinoma verrucoso: da pocas metástasis, crecimiento local

Carcinomas de origen glándular: Ca adenoide quístico el más frecuente de estos, Ca mucoepidermoide y adenocarcinoma.

Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin debe sospecharse ante aumento de tamaño unilateral de amígdala.

Sarcomas: en la pared posterior de la faringe.

Localización

Carcinoma amigdalino:

Este tumor puede extenderse a paladar blando, pared posterior de la faringe, base de lengua, hipofaringe esta extensión puede llegar a la rama mandibular y músculos pterigoideos causando trismus, la invasión al espacio parafaríngeo puede afectar los pares craneanos a nivel de base de cráneo.

Carcinoma de base de lengua:

Puede ser primario o de vecindad, su pronóstico es malo, por diagnóstico tardío y da metástasis regionales bilaterales.

Carcinoma del velo: son exofíticos de mejor pronóstico y pueden extenderse a la faringe y triángulo retromolar.

Carcinoma de la pared posterior: normalmente se descubren tardíamente, crecen bastante antes de invadir la musculatura.

Clínica:

Pueden producir odinofagia, irritación local y otalgia refleja, trismus si invaden los músculos pterigoideos, trastornos de la movilidad lingual, halitosis y disfagia. La palpación manual es muy importante sobre todo en la base de lengua, así como también el examen de cuello por la tendencia a dar metástasis regionales.

Imagenología: Tac de cuello y Tac de tórax, otros ecoabdominal y gammagrafía ósea.

Clasificación:

Aunque en la actualidad existen factores muy importantes en el pronóstico de lesiones como el P53, se sigue usando la clasificación TNM.

T1: tumor menor de 2cm

T2: tumor mayor de 2cm menor de 4cm

T3: Mayor de 4cm

T4: Invasión de tejidos adyacentes.

N y M: similar a las descritas en nariz.

Tratamiento:

El tratamiento fundamentalmente es cirugía, estableciendo como biopsia mínima la amigdalectomía,

Las técnicas quirúrgicas dependerán del tipo de paciente, tamaño y extensión de la lesión pudiendo ser necesario llegar a maxilectomías y uso de técnicas de colgajos, además debemos considerar el segundo primario que es frecuente.

Existen muchos protocolos de cirugía más radioterapia y aún de radioterapia más quimioterapia neoadyudante o concomitante, como también el tipo de radioterapia a emplear, y el protocolo a emplear dependerá de la experiencia de cada centro y de los equipos disponibles, también se ha planteado el uso de braquiterapia.

CÁNCER DE LARINGE

En U.S.A., se notifican 40.000 casos nuevos anuales de cánceres de cabeza y cuello, dentro de los cuales el cáncer laríngeo ocupa el 4º lugar con 11.000 casos.

La información epidemiológica disponible, se relaciona exclusivamente con la mortalidad. El cáncer laríngeo ocupa el 13º lugar como causa de mortalidad específica dentro de todos los cánceres estudiados, en nuestro país la tasa es de 0,8 casos por 100.000 habitantes (la tasa de Ca gástrico es aprox. 20 veces mayor) y es la segunda causa de muerte en otorrinolaringología, con un 11% del total de muertes ocurridas por patologías atingentes nuestra especialidad.

Constituye el 2% de todos los cánceres del organismo, el 25% de los Ca de cabeza y cuello. Al diagnosticarlo 60% se encuentra localizado, 25% presentan metástasis ganglionares y 15% metástasis a distancia.

Según estudios de casos y controles se han determinado algunos factores de riesgo destacables: sexo masculino (7-10 hombres x 1 mujer), mayor de 55 años, tabaquismo crónico (97% de los casos), en los fumadores de 10 cigarrillos al día por 10 años es 30 veces más frecuente, alcoholismo y exposición a asbesto. Últimamente se está dando gran importancia al reflujo gastroesofágico (faringo-laríngeo), que se potencia con el tabaquismo en la génesis del cáncer laríngeo.

Se ha asociado a virus papiloma humano especialmente serotipo 16 y 18. Los marcadores moleculares están en fase de investigación, oncogenes como el bel-1, ras, C-erb-2, C-myc, así como los genes supresores entre los que destacan p53 y p21. Las proteínas glut 3 están asociadas con Ca agresivos, La vitamina A y derivados son protectores para evitar Ca

De todos los factores estudiados el más consistente es el tabaquismo, que se asocia con todas las localizaciones, especialmente con el cáncer glótico. El alcohol se potencia con el tabaco en el cáncer supraglótico.

Cuadro clínico: Los síntomas predominantes son: disfonía o cambios en las características de la voz, dificultad respiratoria, dolor de garganta, tos, hemoptisis, otalgia y disfagia. Toda disfonía de más de 15 días de evolución, especialmente en paciente con 1 o más factores de riesgo se considera un caso de cáncer de laringe hasta que no se demuestre lo contrario, por lo que debe ser enviado al otorrino en el plazo más breve posible.

Dependiendo de la localización las manifestaciones clínicas pueden variar: Los tumores glóticos presentan disfonía precozmente, ya sea por efecto de masa en la cuerda vocal o por parálisis cordal. En la supraglotis, los síntomas son tardíos debido a que el tumor dispone de más espacio libre donde crecer, la disfonía en estos casos se presenta cuando ha alcanzado un tamaño considerable, antes que ella se observa disfagia, odinofagia o "voz de papa caliente". En la subglotis en forma temprana aparecen: dificultad respiratoria, hemoptisis y disfonía.

Se ubican especialmente en la glotis 31%, supraglótico 27%, transglótico 32%, subglótico

5%, hipofaríngeo 3%.

Diseminación del tumor: Se puede producir diseminación o extensión local, metástasis ganglionar cervical o metástasis a distancia.

La metástasis ganglionar, está relacionada con la localización tumoral, debido a la particular distribución del drenaje linfático de la laringe. Los linfáticos supraglóticos drenan a través de la membrana tirohioidea hacia las cadenas laterales cervicales, de modo que el 50% de los casos tienen adenopatías palpables en el momento de la primera consulta, lo cual ensombrece el pronóstico. La subglotis drena hacia a través de la membrana cricotiroidea hacia los ganglios prelaríngeos (Delfian). La glotis carece de linfáticos, por lo que los cánceres glóticos dan metástasis ganglionares sólo cuando invaden otras zonas de la laringe.

La diseminación local, también se relaciona con la localización, así como con algunas estructuras que facilitan o impiden la extensión tumoral. Los tumores supraglóticos, pueden extenderse desde la epiglotis al espacio preepiglótico y vallécula, o desde la membrana cuadrangular hacia el seno piriforme. Los tumores subglóticos pueden extenderse bilateralmente por su gran vascularización o inferiormente invadiendo la tráquea. Los tumores glóticos se diseminan fácilmente cuando está comprometida la comisura anterior.

Rara vez se encuentra metástasis a distancia que suelen ser generalmente hepáticas.

Histología tumoral: El 85-95% de los cánceres de laringe, corresponden a carcinomas espinocelulares. El 15% restante está compuesto por: carcinoma verrucoso, carcinoma indiferenciado, carcinoma mucoepidermoide, adenocarcinoma y otros menos frecuentes.

Estudio clínico: Se debe establecer una acabada historia de los síntomas y factores de riesgo. El examen endolaríngeo con espejo (laringoscopia indirecta) nos proporciona importante información de la mucosa, cuerdas vocales, base de lengua y senos piriformes. Sin embargo el examen de elección es la: nasofibrolaringoscopia, que obtiene una visión mas detallada de toda la vía aérea superior. Paralelamente, es necesario palpar cuidadosamente el cuello en busca de adenopatías cervicales.

Siempre debe efectuarse una laringoscopia directa bajo anestesia general, que nos permitirá establecer la extensión del tumor para su etapificación, que define en gran medida el tratamiento. En este procedimiento, se realiza resección biopsia de la masa en tumores pequeños, o resecciones parciales de áreas no necróticas, en tumores extensos, para estudio histológico. Es recomendable complementar el estudio endoscópico con esofagoscopia y broncoscopia por la posibilidad de cáncer sincrónico que se ve en el 5% al 10% de los casos.

Habitualmente se solicita estudio de imágenes en base a tomografía axial computada o resonancia magnética. Con ellas se obtiene información sobre compromiso de cartílagos, extensión tumoral, obstrucción de vía aérea, invasión subglótica, espacio preepiglótico, hipofaríngeo y adenopatías no palpables.

La etapificación se realiza de acuerdo al American Joint Committee on Cancer (1990) que

establece diversos grados de acuerdo al T (tamaño tumoral), N (metástasis ganglionar) y M (metástasis a distancia).

Glótico

T1 tumor limitado a las cuerdas incluyendo o no a las comisuras anterior y posterior con Movilidad de cuerdas normal.

T2 tumor extendido a supraglotis o subglótis sin fijar las cuerdas

T3 tumor confinado a la laringe con fijación de cuerdas

T4 tumor que invade el cartílago o se extiende extralaringeo

Supraglótico

T1 tumor confinado a una zona de supraglótis

T2 tumor en varias zonas de supraglótis o se extiende a glótis pudiendo alterar movilidad de cuerdas sin paralizarlas.

T3 tumor limitado a laringe con fijación vocal

T4 tumor atraviesa el cartílago o rehace extralaringeo

Subglótico

T1 tumor limitado a subglótis

T2 tumor extendido a glótis con movilidad de cuerdas normal

T3 tumor limitado a la laringe con fijación de cuerdas

T4 tumor que invade más allá del cricoides o cartílago tiroides con diseminación

Extralaringea.

Tratamiento:

El tratamiento en nuestro medio se realiza según posibilidades:

T1-T2 radioterapia o cirugía o láser

T2 N1 adelante cirugía + radioterapia antes de 6 semanas

Radioterapia: En forma exclusiva en tumores pequeños o complementaria a la cirugía en tumores de mayor tamaño.

Cirugía: Puede efectuarse laringectomía parcial en algunos casos o en general, laringectomía total, con radioterapia postoperatoria. Cuando existe compromiso ganglionar se realiza vaciamiento ganglionar cervical.

Quimioterapia: Está reservada como tratamiento paliativo en tumores de estadios avanzados especialmente en protocolos especiales.

Actualmente se está preconizando la resección del tumor en su totalidad con láser CO₂, lo que permitiría una sobrevida similar a los tratamientos de cirugía tradicional, con conservación de la deglución y la voz.

Además hay en desarrollo protocolos de tratamiento de quimioterapia concomitante con radioterapia que permiten la conservación de órgano, con resultados promisorios y que al decir lo menos igualan los éxitos de los protocolos de cirugía más radioterapia.

Pronóstico: La localización de peor pronóstico es la subglotis con un 30% a 40% de sobrevida a 5 años. En la supraglótis la sobrevida oscila entre un 50% a 70%. Los pacientes con tumores de la glotis tienen una sobrevida entre el 60% al 80%.

Es necesario destacar que en nuestro medio el 60% de los casos consulta al otorrino en estadios avanzados, muchos de ellos con obstrucción de vía aérea que obliga a realizar traqueostomía, por lo que el pronóstico se ensombrece notoriamente. Esta dramática realidad hace necesario que los médicos no especialistas adopten una actitud más activa de pesquisa y derivación al especialista.

Contenidos evaluados en el Examen Médico Nacional

<i>Situación clínica</i>		Nivel de Diagnóstico	Nivel de Tratamiento	Nivel de Seguimiento
Código	Situación			
6.03.1.004	Cáncer de boca, labios y orofaringe	Sospecha	Inicial	Derivar
6.03.1.005	Cáncer laríngeo e hipofaríngeo	Sospecha	Inicial	Derivar
6.03.1.006	Cáncer nasosinusal	Sospecha	Inicial	Derivar

