

PRESENTACIÓN DE CASO**Carcinoma de seno maxilar. Presentación de caso.****Carcinoma of Maxillary Sinus. A case Presentation.**

Dr. Blas Jorge González Manso ⁽¹⁾, Dr. Orlando Sotolongo Terry ⁽²⁾, Dr. Ángel Luis Cruz Leiva ⁽³⁾

¹MSc. en Medicina Natural y Tradicional. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor. ² Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente. ³ Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor.

RESUMEN

Los tumores del tracto nasosinusal al desarrollarse en cavidades aéreas, suelen presentar un considerable crecimiento antes de dar lugar a signos y síntomas. Gran parte de la sintomatología se debe a la invasión del tumor a estructuras vecinas, como son la órbita y la cavidad nasal y oral. Se presenta el caso de un paciente masculino, de 62 años de edad, al cual, tras haber sido sometido a una extracción dentaria, se le diagnosticó una comunicación bucosinusal, que no cedió a varias formas de tratamiento, lo que resultó varios meses después en un carcinoma epidermoide del seno maxilar derecho. El interés de dar a conocer este caso, radica en destacar la importancia de un diagnóstico precoz para conseguir mejorar el pronóstico vital en este tipo de afecciones.

Palabras clave: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS, SENO MAXILAR (diag).

ABSTRACT

Tumors of the nasosinuous tract developed in the air cavities usually present a considerable growing before the patient feel any symptom or sign. Great part of the symptomatology is given due to the invasion of the tumor to neighbour structures such as oral and nasal cavities and orbits. A case of a 62 year-old male patient is presented after being under a dental extraction. A bucco-sinuous communication was diagnosed. It did not respond to different treatments and after some months an epidermoid carcinoma of the right maxillary sinus appeared. It is of great interest to let this case been known in order to outstand the importance of an early diagnosis to get a better vital prognosis in this kinds of lesions.

Key words: CARCINOMA, SQUAMOUS CELL,

MAXILLARY SINUS (diag).

INTRODUCCIÓN

Los carcinomas de los senos paranasales, son relativamente infrecuentes, representando de un 0,2 a un 0,8 % de todos los tumores malignos y aproximadamente un 3 % de todas las neoplasias de cabeza y cuello ⁽¹⁾. El 80 % de los carcinomas de senos paranasales se presentan en el seno maxilar, mientras que los tumores del seno frontal y esfenoidal son extremadamente raros. La incidencia es algo mayor en hombres, y la edad de aparición oscila entre los 40 y 60 años ^(2,3). De los tumores malignos de senos paranasales, el 80 % son carcinomas epidermoides, mientras que el 4 % de los casos son adenocarcinomas.

Los primeros síntomas suelen ser anodinos y poco específicos, consistiendo habitualmente en epifora, obstrucción nasal, epístaxis y parestesias en los nervios faciales de la zona, por lo que generalmente, se detecta por un hallazgo casual.

Es frecuente que el diagnóstico de este tipo de lesión se realice cuando estos están en un estadio avanzado, lo que conlleva a un pronóstico pobre. Weymuller et al. plantean la existencia de un 75 % de mortalidad asociada a la presencia de sintomatología facial orbitaria, dental, palatina o nasofaríngea. ⁽⁴⁾

El tratamiento, cuando es posible, consiste en la resección quirúrgica amplia del tumor, acompañado de la ampliación tridimensional oncológica que puede incluir la exenteración cuando está afectada la órbita. Se completa el tratamiento con radioterapia y quimioterapia, aunque esta última es discutida. ⁽⁵⁾

En este trabajo, con la presentación del caso de un paciente afectado de carcinoma de seno maxilar derecho, con invasión al hemipaladar del mismo lado, se desea destacar la importancia de

Recibido: 22 de mayo de 2007

Aprobado: 23 de junio 2007

Correspondencia:

Dr. Blas Jorge González Manso.

Servicio de Cirugía Maxilo Facial. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

Cienfuegos.

Email: blas@gal.sld.cu.

valorar adecuadamente algunos síntomas dentales, aparentemente inespecíficos y banales, como son la movilidad dentaria y la permanencia de una fístula oroantral, que pueden llegar a ser la primera manifestación de procesos tumorales graves, y en estado avanzado de evolución.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se reporta el caso de un paciente de 62 años, de raza negra, que acudió a consulta de Estomatología por presentar movilidad dentaria del molar 16, con varios meses de evolución. Al realizar la exodoncia, emanó un líquido purulento, lo que se interpretó como una comunicación bucosinusal séptica. Fue remitido con este diagnóstico al especialista de su área de salud, donde se le indicaron varios tipos de tratamientos con medicamentos.

A los dos meses aproximadamente, acudió a nuestra consulta, remitido desde su área de salud, para continuar estudio y precisar tratamiento ante la permanencia de este proceso.

Al examen clínico de la cavidad oral, se observó aumento de volumen en forma de roseta de más o menos 2 cm de diámetro, que emergía por debajo de la mucosa del hemipaladar, duro en zona del molar 16. La mucosa, a su vez, se presentaba ulcerada hacia el centro y a la opresión digital emanaba una secreción purulenta. Se realizó sondaje directo de la zona, donde se detectó gran comunicación con el seno maxilar, así como destrucción ósea. Se tomó una muestra para análisis de anatomía patológica y se indicó Water.

El resultado de la biopsia aportó que se trataba de un carcinoma epidermoide de seno maxilar derecho y de bajo grado de malignidad. El informe radiográfico describió un velamiento de seno maxilar derecho, con signos de destrucción ósea en el hueso maxilar.

Se practicó una TAC de macizo facial, donde se pudo evidenciar la presencia de una masa heterogénea dependiente del seno maxilar derecho, que lo afectaba totalmente. Además, se observó cierto grado de destrucción del hueso maxilar hasta casi la línea media sin invasión de fosa nasal, celdas etmoidales y también una ligera destrucción del piso de órbita. (Figuras 1a y 1b).



Figura 1a. Estudio tomográfico prequirúrgico.

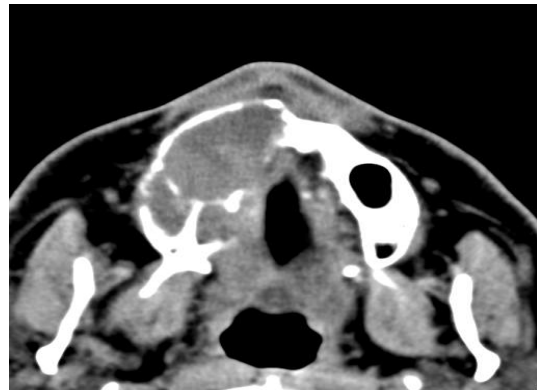


Figura 1b. Estudio tomográfico prequirúrgico.

En discusión colectiva y dada la gran extensión del proceso, el servicio recomendó estadio IV (T4, M0, N0), tratamiento quirúrgico, evaluación posterior para tratamiento radioterapéutico y la rehabilitación con somatoprótesis. El paciente fue sometido a dicha rehabilitación (figura 2), en el Centro de Atención Integral de la Cara, situado en la ciudad de Santa Clara y en estos momentos se encuentra realizando labores socialmente útiles como anteriormente lo hacía (figura 3).



Figura 2. Paciente al año de la operación.



Figura 3. Vistas de la somatoprótesis.

DISCUSIÓN

La neoplasia maligna más frecuente del tracto nasosinusal es el carcinoma epidermoide, representa más del 50 % de los tumores malignos del seno maxilar⁽⁶⁾. A diferencia de otras localizaciones en la región de cabeza y cuello, la etiología no está relacionada directamente con hábitos tóxicos etílicos y tabáquicos y es más frecuente en los hombres en una proporción de 2:1.⁽⁷⁾ Cuando la enfermedad se diagnostica, más del 75 % de los casos se encuentra en un estadio avan-

zado, con extensión a estructuras contiguas y el pronóstico generalmente es desfavorable.

Al principio, la sintomatología es muy vaga o prácticamente nula, destacándose como síntomas orales odontalgias, movilidad dentaria sin causa aparente, caída espontánea de algún diente, fistula oroantral postexodoncia, o úlceras de evolución tórpida.

El paciente del caso descrito debutó con una movilidad dental de varios meses de evolución; posteriormente, al realizarle la exodoncia tuvo una comunicación bucosinusal que no cerró con tratamientos no quirúrgicos y se fue formando una lesión exofítica hacia el hemipaladar derecho, interpretada primariamente como una lesión subprotésica.

El manejo de estos pacientes debe incluir una inspección y palpación metódica de cabeza y cuello, así como exámenes radiológicos convencionales, con proyecciones de senos paranasales o macizo facial. La tomografía computadorizada es la prueba diagnóstica más útil y positiva que podemos hacer ante la sospecha de un tumor sinusal o paranasal. También debe realizarse la biopsia de la masa tumoral de forma directa, si esta es accesible, o mediante punción con trocar, lavados sinusales.

El tratamiento de elección es la cirugía radical, aunque generalmente, tanto el médico como el paciente no suelen aceptar las consecuencias estéticas tan desfigurantes tras la extirpación completa del tumor ⁽¹⁾. La ayuda del psicólogo clínico es muy útil antes y después del acto quirúrgico, así como durante la fase de rehabilitación protésica.

En estadios avanzados debe asociarse a la radioterapia o quimioterapia ^(2,3). El que mostrado ser más eficaz es el tratamiento que combina radioterapia externa a dosis máxima con la cirugía.

La tasas de supervivencia del carcinoma epidermoide maxilar en estadio T1 y T2 oscilan entre el 60 y el 70 %, después de un tratamiento quirúrgico y radioterapia postoperatoria, siendo de un 30-40 % para las lesiones de T3 y T4 ⁽⁸⁾. La supervivencia global que se obtiene en pacientes donde se realiza maxilectomía inicial y radioterapia postoperatoria es de un 45 % ⁽⁹⁾.

El diagnóstico precoz de estos tumores es un importante problema clínico, ya que no existen signos patognomónicos o característicos en los primeros estadios. El interés principal de este caso es ilustrar los signos y síntomas que una neoplasia maligna puede presentar en sus diferentes momentos: desde síntomas inespecíficos como los orales ya descritos, oculares (aumento de la presión intraocular, diplopia y proptosis no axial), obstrucción de vías altas respiratorias, rinorrea mucopurulenta, empastamiento de la región malar y parestesias ⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Por ello, es necesario evaluar adecuadamente estos hallazgos, sobre todo si se asocian varios de ellos, lo que permitirá realizar las exploraciones necesarias encaminadas a confirmar o descartar la existencia de un tumor causante de toda la clínica, y no tratar sintomáticamente comunicaciones buco sinusales persistentes y de evolución tórpida, así como cualquier aumento de volumen o úlcera que no desaparece, en relación con este tipo de lesión. ^(14,15)

No deja de tener importancia por la óptica de nuestra especialidad, la reconstrucción de la zona operada, mediante técnicas quirúrgicas o somatoprotésicas, como ocurrió en este caso. ^(16,17)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batsakis JG. Tumor of the head and neck. Baltimore: The Williams & Wilkins Company; 1979.
2. Bristol IJ, Ahamad A, Garden AS, Morrison WH, Hanna EY, Papadimitrakopoulou VA, et al. Postoperative radiotherapy for maxillary sinus cancer: long-term outcomes and toxicities of treatment. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2007;68(3):719-30.
3. Satoh A, Satoh T, Kaneta H, Kato T, Notani K, Kitagawa Y. A case of maxillary sinus carcinoma showing long time survival after lung metastasis with administration of S-1 as tumor dormancy therapy. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2007;34(5):749-51.
4. Starska K, Lukomski M, Danilewicz M. Hemangioma cavernous of the nasal cavity and the maxillary sinus--case report and review of the literature. *Otolaryngol Pol.* 2006;60(6):955-7.
5. Adhikari P, Pradhananga RB, Sinha BK, Pradhan B, Thapa N. Oncocytoma of maxillary sinus--a rare presentation. *Nepal Med Coll J.* 2006;8(4):292-3.
6. Mazlina S, Putra SH, Shiraz MA, Hazim MY, Roszalina R, Abdul AR. Maxillary sinus tumours --a review of twenty-nine patients treated by maxillectomy approach. *Med J Malaysia.* 2006 Aug;61(3):284-7.
7. Unal A, Ozlucedik S, Tezer MS, Kulacoglu S, Ozcan M. An atypical esthesioneuroblastoma of the inferior nasal cavity and maxillary sinus: report of a case. *Tumori.* 2006;92(5):440-3.
8. Fatima V, Cardoso SV, Mesquita RA, do Carmo MA, de Aguiar MC. Adenoid cystic carcinoma in palate and maxillary sinus. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(4):573.
9. Khan MH, Haque S, Yagi K, Takinami S, Khan SH, Ohmori K, et al. Pattern of local relapse of maxillary sinus carcinoma. *Mymensingh Med J.* 2006;15(2):188-91.
10. Jelen-Krzyszewska J, Jelen M, Zalesska-Krecicka M, Zatonski T, Fraczek M, Pres K, et al. Expression of adhesive molecules, angiogenesis markers and protein products of suppressor genes in neoplasms of oral cavity and

- maxillary sinus. *Otolaryngol Pol.* 2006;60(2):157-63.
11. Yoon TM, Kim JH, Cho YB. Three cases of organized hematoma of the maxillary sinus. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2006;263(9):823-6.
 12. National Cancer Institute [Página web en Internet] Washington: USA.gov; [actualizado: 28 de junio de 2007; citado: 28 junio 2007]. Cáncer del seno paranasal y de la cavidad nasal. Tratamiento. Disponible en: <http://www.cancer.gov>.
 13. University of Bonn, Medical Center. Cáncer del seno paranasal y de la cavidad nasal [Monografía en internet]. UK: University of Bonn; 2004 [citado: 28 junio de 2007]. Disponible en: University of Bonn, Medical Center.
 14. National Cancer Institute [Página web en Internet] Washington: USA.gov; [actualizado: 28 de junio de 2007; citado: 28 junio 2007]. Tumores de senos paranasales. Cáncer nasal. Disponible en: <http://www.cancer.gov>.
 15. Hao SP, Tsang NM, Chang KP. Differentiation of recurrent nasopharyngeal carcinoma and skull base osteoradionecrosis by Epstein-Barr virus-derived latent membrane protein-1 gene. *Laryngoscope.* 2001;111(4):650-2.
 16. Damante JH, Sant'Ana E, Soares CT, Moreira CR. Chronic sinusitis unresponsive to medical therapy: a case of maxillary sinus actinomycosis focusing on computed tomography findings. *Dentomaxillofac Radiol.* 2006;35(3):213-6.
 17. Schantz SP, Harrison LB, Forastiere AA. Tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses, nasopharynx, oral cavity, and oropharynx. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 6th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 797-860.