

Medicent Electrón. 2025;29:e4207

ISSN 1029-3043

Artículo de Revisión

Caracterización de los tumores nasosinusales en pacientes adultos

Characterization of sinonasal tumours in adult patients

Saskia Peña Palma^{1*}<https://orcid.org/0000-0003-3598-9800>

Yelian Peña Moya¹<https://orcid.org/0000-0002-4093-5295>

Jenisfer Caron Girón¹<https://orcid.org/0000-0001-5482-4388>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: saskiapenapalma@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La cavidad nasal y los senos paranasales integran el complejo sistema del tracto respiratorio superior. Los tumores nasosinusales, según la histología, se presentan como benignos o malignos; pueden ser primarios del tracto sinonasal, extensiones de tumores de la base del cráneo o metástasis de otros sitios primarios.

Objetivo: Describir los tumores nasosinusales en pacientes adultos, según su etiología.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática en el periodo 2019-2024, en las bases de datos SciELO, EBSCO, Scopus y PubMed; a partir de los siguientes



descriptores: tumores nasosinusales, clasificación y epistaxis. Se incluyeron los artículos científicos publicados en los últimos cinco años, con acceso a los textos completos en idioma español o inglés. Se realizó un análisis de contenido de los mismos para lograr la actualización teórica del tema abordado.

Conclusiones: Los tumores de etiología benigna son los más frecuentes y dentro de ellos, los papilomas. Los malignos más usuales, que se originan en los senos paranasales y las fosas nasales, son los epidermoides, adenocarcinomas y sarcomas. Los factores de riesgo más frecuentes son el hábito de fumar, el contacto con sustancias irritantes y la exposición al virus del papiloma humano.

DeCS: tumores nasosinusales; cavidad nasal; epistaxis.

ABSTRACT

Introduction: nasal cavity and paranasal sinuses comprise the complex system of the upper respiratory tract. Sinonasal tumours may be benign or malignant according to their histology; they may also be primary sinonasal tract tumours, extensions of skull base tumours or metastases from other primary sites.

Objective: to describe sinonasal tumours in adult patients according to their etiology.

Methods: a systematic review was conducted in SciELO, EBSCO, Scopus and PubMed databases from 2019 to 2024 based on the following descriptors: sinonasal tumours, classification and epistaxis. Full-text scientific articles published in Spanish or English during the last five years were included. A content analysis was performed to achieve a theoretical update of the topic addressed.

Conclusions: tumours of benign etiology are the most frequent including papillomas. The most common malignant tumours originating in the paranasal sinuses and nasal passages are squamous cell carcinomas, adenocarcinomas and sarcomas. The most frequent risk factors are smoking, contact with irritating substances and exposure to the human papillomavirus.

MeSH: sinonasal tumours; nasal cavity; epistaxis.



Recibido: 28/05/2024

Aprobado: 10/09/2024

INTRODUCCIÓN

La cavidad nasal y los senos paranasales, forman parte del complejo sistema del tracto respiratorio superior. Los tumores nasosinusales, según la histología, pueden ser benignos o malignos.

Anatómicamente, las fosas nasales son órganos accesibles al examen clínico, a diferencia de los senos paranasales. Es por ello que la enfermedad tumoral nasal, cuyo síntoma principal es la obstrucción o hemorragia, puede diagnosticarse tempranamente. Las otras cavidades no suelen presentar molestias iniciales; se les conoce como silentes y por lo general se diagnostican lesiones avanzadas que comprometen estructuras vecinas.⁽¹⁾

Los tumores de etiología benigna son los más comunes, dentro de ellos, los papilomas. La mayoría de los malignos que se originan en los senos paranasales y las fosas nasales, son neoformaciones de carácter primario. Los más frecuentes son los epidermoides, adenocarcinomas y sarcomas. Aproximadamente el 55 % se desarrolla en el seno maxilar, el 35 % en la cavidad nasal, el 9 % en el seno etmoidal y el 1 % en el frontal, en el esfenoidal y en el septum. En los tumores grandes, puede dificultarse la identificación del sitio de origen.^(2,3)

El pólipo nasal es el tumor no neoplásico más común en esta cavidad; no se conoce exactamente cómo se inicia, aunque se evidencia un proceso inflamatorio de la mucosa con la presencia de citoquinas y células de la inflamación. Según Moreno Cueto N y Roblejo Rosabal N,⁽³⁾ tiene lugar la retención de sodio y agua que genera edema de la mucosa. Los pólipos son más frecuentes en la porción



alta de la pared nasal lateral, próxima a los cornetes medio y superior; favorecidos por el estroma fino y delicado de la mucosa y las secreciones de los senos que llegan a esta zona. Estas irritan la mucosa y provocan un aumento en el volumen de la misma; lo cual altera los componentes glandulares y vasculares de la región afectada, en combinación con un escaso aporte sanguíneo, y contribuye al surgimiento del pólipo nasal.

Los tumores malignos del cuerpo humano ascienden a un 0,2-0,5 %, y el del seno maxilar es el más frecuente. Los exámenes auxiliares son de suma importancia en el diagnóstico para precisar su localización y extensión. Los indicados son las radiografías de senos paranasales en posición de Waters y la tomografía axial computarizada (TAC). La resonancia magnética y la ultrasonografía no son indispensables.⁽⁴⁾

En el examen sinusal del maxilar, se utiliza la sinuscopia con aparato de fibra óptica; que se introduce por el vestíbulo bucal superior con anestesia local y permite visualizar la cavidad, su contenido y la toma de muestra para biopsia. Estos avances han posibilitado el planeamiento operatorio, la extensión de resección quirúrgica y vías de abordaje.⁽⁵⁾

En algunas ocasiones, la TAC ofrece información inadecuada; lo cual se comprobó en un paciente de 26 años de edad con síntomas de obstrucción nasal moderada, sin tumor macroscópico endonasal. Dicho examen auxiliar mostraba una zona osteolítica del seno maxilar en su pared interna, piso de órbita y compromiso del seno etmoidal; sin embargo, en el acto quirúrgico, sólo se halló un tumor fibroso benigno que ocupaba parte del seno, con paredes óseas íntegras.⁽⁵⁾ Una experiencia similar fue publicada por Madjian, investigador del Mount Sinai Medical Center de Nueva York, en un joven de 15 años con pseudotumor del seno maxilar.

La localización del tumor maligno en senos maxilares tiende, en su crecimiento, a manifestar síntomas importantes. Cuando se localiza en la parte superior y posterior, los signos son oculares, con proptosis ocular y prominencia de la región



geniana. Cuando se desarrolla en la parte inferior y anterior, este aparece en la bóveda palatina, el surco vestibular y la encía.⁽⁶⁾

No existen factores causales conocidos para el cáncer de fosa nasal y senos paranasales. Este se atribuye a sinusitis crónica, degeneración maligna de pólipos nasales o sinusales, fístulas oroantrales crónicas, sin mayor sustento científico.

Las neoplasias malignas del etmoides (NME) son poco frecuentes. Se manifiestan con signos oculares (proptosis), secreción nasal purulenta o sanguínea, alteraciones del olfato por invasión de la lámina criboides. Estos son signos y síntomas tardíos de una lesión avanzada.

Como factor etiológico se ha identificado la aspiración de vapores emanados de barnices, de sustancias sintéticas utilizadas por aquellos individuos que trabajan el cuero o la carpintería. Estadísticamente se ha comprobado un mayor número de pacientes jóvenes o de aquellos que realizan estos oficios. El tratamiento varía según el tipo de tumor, el estadio en que se encuentre la enfermedad y si se presenta metástasis o no.⁽⁷⁾

Debido a la alta frecuencia de esta enfermedad en la población, se realiza la presente revisión de la literatura especializada; con el objetivo de describir los tumores nasosinusales según su etiología en pacientes adultos.

MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática sobre el tema abordado en el periodo 2019-2024, en las bases de datos SciELO, EBSCO, Scopus y PubMed; por medio de los siguientes descriptores: tumores nasosinusales, clasificación y epistaxis. Se incluyeron los artículos científicos publicados en los últimos cinco años, con acceso a los textos completos en idioma español o inglés. Se analizó el contenido para lograr la actualización teórica del tema.



Se localizaron 367 artículos. Tras la lectura de los resúmenes se incluyeron 31 y finalmente se trabajó con 25 de ellos. Se realizó la revisión detallada de los resultados obtenidos en los estudios analíticos, de acuerdo con el análisis estadístico efectuado y la actualización de las referencias bibliográficas utilizadas.

DESARROLLO

La enfermedad tumoral de la cavidad nasal y los senos paranasales se unifica por la estrecha relación anatómica entre estas estructuras; lo que en gran medida dificulta la identificación exacta del lugar de origen. Los tumores pueden ser primarios del tracto sinonasal, extensiones de tumores de la base del cráneo o metástasis de otros sitios primarios.⁽⁸⁾

En las ciencias médicas, un factor de riesgo constituye una condición potenciadora de determinada enfermedad. Los factores de riesgo para el cáncer de seno paranasal y de cavidad nasal incluyen: la exposición a ciertas sustancias químicas o polvo en el lugar de trabajo (fabricación de muebles, trabajo en aserraderos, fabricación de zapatos, enchapado de metales, molienda de harina o trabajo de panadería), el sexo masculino, una edad mayor de 40 años y el consumo de tabaco.⁽⁸⁾ No obstante, presentar uno o varios de estos factores no implica necesariamente padecer la enfermedad; mientras es posible desarrollarla sin que medie ninguno de ellos. Por ello es imprescindible la comunicación temprana con un especialista siempre que existan posibilidades o manifestaciones de dicha afección.

Entre los signos habituales de este tipo de cáncer están los problemas de los senos y sangrados nasales. No obstante, otras afecciones pueden causar los mismos síntomas. También es posible el estado asintomático en los primeros estadios de la enfermedad. Estos pueden aparecer a medida que el tumor crece.



Se debe consultar con un médico si se presenta algunos de los siguientes problemas:

- Senos bloqueados que no se aclaran o presión en los mismos.
- Dolores de cabeza o en el área de los senos.
- Goteo de la nariz.
- Hemorragias nasales.
- Masa o llaga dentro de la nariz que no se cura.
- Masa en la cara o el paladar.
- Adormecimiento o cosquilleo en la cara.
- Hinchazón u otro problema en los ojos, como doble visión o los ojos que apuntan en diferentes direcciones.
- Dolor en los dientes superiores, dientes flojos o dentaduras postizas que ya no ajustan bien.
- Dolor o presión en el oído.⁽⁸⁾

Desde el punto de vista patológico, los tumores de nariz y senos paranasales se clasifican en epiteliales y no epiteliales; y ambos se subdividen en benignos, malignidad intermedia y malignos.⁽⁹⁾

El papiloma es el tumor benigno de la nariz y senos paranasales más frecuente (35-40 %). Se da casi exclusivamente en el vestíbulo nasal. Suelen ser pequeñas lesiones con amplia base de implantación. No se transforman en malignas, aunque tienen una gran tendencia a la recidiva. Por ello deben extirparse, incluyendo toda la base de implantación.⁽¹⁰⁾

Los osteomas son tumores endósticos de crecimiento lento, que se presentan casi exclusivamente en la cara y en el cráneo, son muy frecuentes. Pueden hallarse en el 0,5 % de las radiografías simples de senos y suelen ser asintomáticos. Cuando crecen mucho o afectan determinadas zonas anatómicas, pueden producir obstrucción del orificio sinusal o deformidad.



La mayoría se localiza en el seno frontal (65 %), seguido de los senos etmoidales (25 %) y menos común en el seno maxilar (10 %). Existen dos variedades: ebúrneos y esponjosos. Si no producen sintomatología no requieren tratamiento. Si es necesario, se realiza cirugía de la tumoración, en ocasiones en colaboración con la especialidad de neurocirugía.⁽¹⁰⁾

Los hemangiomas en la infancia son frecuentes en cabeza y cuello. Pueden presentarse en la piel o en las superficies mucosas. Estos últimos suelen ser orales, aunque también nasales o sinusales. Hay una forma de crecimiento rápido en los adultos, con implantación en el tabique en el 90 % de los pacientes (área de Little) que produce epistaxis. Este es el denominado pólipo sangrante del tabique. El tratamiento es quirúrgico, mediante la extirpación completa de la lesión.⁽¹¹⁾

Los schwannomas o neurofibromas son tumores derivados de la vaina nerviosa o de células neurales del sistema simpático. Es raro que se presenten de forma intraósea y solitaria, son más frecuentes en el contexto de una neurofibromatosis diseminada.⁽¹¹⁾ En el estudio radiológico se observa una lesión radiolúcida. El tratamiento es la extirpación completa de la lesión. La radioterapia no suele ser efectiva en el control de la enfermedad. En algunos individuos (15 %) se han descrito transformaciones malignas.⁽¹²⁾

Los tumores de malignidad intermedia pueden transformarse en malignos o tienen tendencia a recaer.

El papiloma schneideriano deriva de la mucosa respiratoria (mucosa schneideriana) de cavidad nasal y senos paranasales. Hay tres tipos: fungiforme o exofítico, invertido y de células cilíndricas u oncocíticos. Los más frecuentes son los exofíticos (50 %), que se localizan predominantemente en la región septal anterior. El papiloma invertido tiende a originarse en la pared lateral nasal, en el cornete medio, en el meato medio o en el etmoides y sólo un 10 % se localiza en el septo nasal. El aspecto macroscópico es el de un pólipo rojizo.⁽¹³⁾



Este consiste, histológicamente, en proliferaciones digitiformes del epitelio escamoso que se introducen en el estroma subyacente. Al parecer existe relación entre este tipo de tumor y el virus del papiloma humano 6 y 11, alteraciones del supresor p53 e inflamación crónica. Sin embargo, no se ha comprobado su relación con el virus de Epstein-Barr.

Estas lesiones se presentan, comúnmente, entre los 50-60 años de edad, con un predominio en los varones respecto a las mujeres de 2:1. Suelen ser unilaterales, aunque a menudo, multicéntricos. Clínicamente se acompañan de obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis, sinusitis o ambas. Tienen una gran tendencia a recidivar (40 %). En ocasiones, coexisten con carcinomas epidermoide (5-20 %). En otros casos se produce malignización; que puede incrementarse con las recidivas y la radioterapia. Se intervienen quirúrgicamente; sólo se utiliza radioterapia si se asocian a carcinoma epidermoide y se indica como tratamiento de éste.^(13,14)

El angiofibroma juvenil es poco frecuente (0,5 % de los tumores de cabeza y cuello). Se presenta en varones adolescentes entre los 9-22 años. Se trata de un tumor vascular con estroma fibroso, no encapsulado, localmente invasivo, con vasos endoteliales, sin capa muscular, que sangra copiosamente. Estas lesiones poseen receptores de testosterona y dihidrotestosterona, pero no de estrógenos ni progesterona. Se originan casi exclusivamente en la pared posterolateral del techo nasal, en el margen superior del agujero esfenopalatino y suelen estar irrigados por la maxilar interna. Clínicamente, se manifiestan con insuficiencia respiratoria nasal, epistaxis, rinorrea, rinolalia, deformidad palatina y facial, exoftalmos y diplopia. Pueden extenderse a la fosa nasal, cavum, fosa pterigomaxilar, fosa infratemporal, órbita y fosa craneal media. Entre el 10–36 % de los pacientes se torna intracraneal.⁽¹⁴⁾

El diagnóstico se basa en la exploración física y radiológica. Se utiliza la TAC y la resonancia magnética. También se debe realizar una arteriografía para determinar el principal aporte sanguíneo, que suele provenir de la arteria maxilar interna, cuya embolización pudiera ser parte del tratamiento.⁽¹⁴⁾



Clasificación (Andrews y Fisch):

Tipo I: Nasofaringe y cavidad nasal sin destrucción ósea o limitada al agujero esfenopalatino.

Tipo II: Invade la fosa pterigopalatina, el seno maxilar, el etmoidal o esfenoidal, con destrucción ósea.

Tipo III: a) Invade la fosa infratemporal o la región orbitaria, sin afectación intracraneal; b) Invade la fosa infratemporal o región orbitaria con afectación intracraneal extradural (región parasellar).

Tipo IV: a) Afectación intracraneal intradural sin afectación del seno cavernoso; b) Afectación intracraneal intradural, infiltración de seno cavernoso, fosa hipofisaria o quiasma óptico.

El tratamiento es quirúrgico con embolización previa (24-48 horas antes), ligadura de vasos o administración de estrógenos. La radioterapia se emplea para los restos intracraneales.

Estos tumores tienen una tasa de recidivas entre el 5-20 % y una mortalidad del 0- 9 %, en relación con la hemorragia y extensión intracraneal. En algunos pacientes se ha observado la regresión espontánea.⁽¹⁵⁾

La displasia fibrosa es una enfermedad en la que el hueso normal está sustituido por un tejido con colágeno, fibroblastos y sustancia osteoide. La diferencia con el fibroma osificante es que este tiene abundantes fibroblastos, pero en muchas ocasiones son indistinguibles histopatológicamente.⁽¹⁶⁾

Suele afectar casi exclusivamente al seno maxilar. Aparece en la infancia o adolescencia y tiende a estabilizarse en el adulto. La sintomatología clínica es deformidad facial o palatina unilateral y, en algunos casos, dolor leve. No altera la dentición ni produce fracturas. Radiológicamente se observa una lesión esclerosante, difusa de todo el hueso maxilar. Si no produce sintomatología importante no precisa tratamiento sino control clínico. Puede confirmarse el diagnóstico mediante biopsia y realizar un mapa óseo para valorar otras



afectaciones. En caso de precisar tratamiento se realiza cirugía conservadora de remodelación ósea.⁽¹⁶⁾

Los tumores malignos son poco frecuentes; se presentan entre el 0,2-0,8 % de todos los pacientes con cáncer; y en aquellos con cáncer de cabeza y cuello, constituyen entre el 2-3 %. Se estima que por cada 100 000-250 000 habitantes, aparece un nuevo caso. La supervivencia global a los 5 años es alrededor del 20 %. Son más frecuentes en el sexo masculino que en el femenino, con una proporción de 2-3:1; lo que se atribuye a una mayor exposición a tabaco, alcohol y, sobre todo, a tóxicos industriales, como plantean Valladares y colaboradores.⁽¹⁷⁾

En estas lesiones el seno maxilar se afecta tres veces más que el resto de los senos paranasales. Uno de los factores pronósticos importantes es la afectación cervical. Cuando esta se presenta, la supervivencia a un 1 año es del 37 % y a 3 años del 0 %. El drenaje linfático se realiza a ganglios retrofaríngeos y de allí a cervicales profundos.⁽¹⁷⁾

Se evidencia una estrecha relación entre ciertas lesiones malignas de senos paranasales y la exposición a determinadas sustancias. Así el carcinoma epidermoide tiene relación con el níquel y el adenocarcinoma con el polvo de madera. Otras neoplasias epiteliales se relacionan con pinturas que tienen radio, los tintes usados en encurtidos, aceites minerales e isopropílicos, pintura laca y soldaduras.⁽¹⁸⁾

Existe gran diversidad de estos tumores malignos; predominan los de estirpe epitelial. Puede decirse, de acuerdo con Erkoreka A. y colaboradores,⁽¹⁹⁾ que el más frecuente es el carcinoma epidermoide. Este abarca el 80 % de las lesiones en senos paranasales; en la región nasal posterior y senos etmoidales posteriores es más indiferenciado. Los adenocarcinomas representan entre un 4-10 % y su pronóstico de supervivencia está por debajo de la media. Otros de origen mesodérmico constituyen el 5 %: fibrosarcoma, condrosarcoma, sarcoma osteogénico, plasmocitoma, rabdomiosarcoma y linfomas. También pueden



presentarse melanomas y tumores neurogénicos: estesioblastoma y neurinoma maligno.^(17,18)

Los carcinomas epidermoides constituyen más del 50 % de los tumores malignos del seno maxilar y pirámide nasal y el 20 % del seno etmoidal. Se clasifican como: bien diferenciados, moderadamente diferenciados e indiferenciados. También presentan una variedad de células transicionales (el 20 % de los carcinomas); en ocasiones difíciles de diferenciar del papiloma invertido que tiene mejor pronóstico. Los inoperables tienen una supervivencia de 5 años, del 10-15 %. El tratamiento se basa en la cirugía seguida de radioterapia. Posteriormente debe realizarse seguimiento con estudios de imagen cada 4-6 meses, comenzando a las 6-8 semanas de completar el tratamiento.^(19,20)

El carcinoma adenoide quístico tiene peor pronóstico en el tracto nasosinusal que en otras localizaciones. El tratamiento es cirugía y radioterapia complementaria. Es un tipo de tumor que metastatiza a distancia en el 40 % de los casos, en ocasiones de forma tardía, principalmente a pulmón y hueso. La supervivencia a 10 años es del 7 %.^(20,21)

El adenocarcinoma es el tumor más frecuente en el seno etmoidal. Tiene una presentación histológica variada; a partir de 3 formas: sésil, papilar y mucoide alveolar. La afectación ganglionar regional se presenta en el 30 % de los pacientes.⁽²¹⁾

El melanoma es muy raro en esta localización (menos del 2 %) y es más agresivo que los cutáneos. Se origina con más frecuencia en la parte anterior del septum. La supervivencia a 5 años es baja (11 %) y mínima a 10 años (0,5 %).⁽²¹⁾

El neuroblastoma olfatorio tiene su origen en la mucosa olfatoria. Aparece, fundamentalmente en la 3ª-4ª década; presenta dos picos de edad, a los 15 y 50 años. Los factores pronósticos más importantes son: el grado de diferenciación, la extensión intracraneal, la arquitectura difusa, la necrosis y la metástasis. El tratamiento consiste en cirugía radical seguida de radioterapia. Presenta una alta tasa de recurrencias (38 %) y de metástasis linfática y a distancia (20-46 %).^(22,23)



Los sarcomas son más frecuentes en los senos que en la cavidad nasal. Entre ellos se encuentran condrosarcomas, rabdomiosarcomas, fibrosarcomas, angiosarcomas y neurofibrosarcomas.

El condrosarcoma es un tumor con alta tasa de recidiva local. El tratamiento es quirúrgico seguido de radioterapia. Su evolución puede ser prolongada.

El rabdomiosarcoma es el tumor maligno de tejidos blandos más frecuente en menores de 15 años; el 40 % se da en cabeza y cuello. El 20-25 % de los extraorbitarios se generan en senos paranasales. Su pronóstico depende de la afectación del sistema nervioso central (SNC). Si se afecta la meninge la supervivencia media es de 9 meses. El tratamiento es cirugía, radioterapia y quimioterapia. La supervivencia a dos años es del 30-70 %.

El fibrosarcoma más frecuente es el del seno maxilar. Si se extirpa con márgenes el pronóstico es mejor que en otros sarcomas.

El angiosarcoma es muy raro; su pronóstico depende del tamaño y el grado de diferenciación.

El neurofibrosarcoma puede presentarse aislado o como degeneración maligna en la neurofibromatosis.⁽²⁴⁾

El hemangiopericitoma aparece en la cabeza y el cuello en un 25 %; en cavidad nasal el 60 %, en el complejo esfenoidal el 30 % y en el seno maxilar y nasofaringe el 5 %. El tratamiento es quirúrgico; no se han probado los beneficios de la radioterapia. Tiene una tasa de recidivas muy alta (57 %), con frecuencia tardías, por lo que deben controlarse de por vida.⁽²⁴⁾

El histiocitoma maligno aparece en edad avanzada. Estos son tumores con alta recidiva local (40 %) y con un 40 % de metástasis en los dos primeros años. El tratamiento consiste en la cirugía radical.⁽²⁵⁾

Los tumores linforreticulares presentan tres estadios estesionuroblastoma (Kadish) y como pronóstico: A: 57-88 %; B: 58-60 % y C: 0-50 %.

A: limitado a la cavidad nasal.

B: cavidad nasal y senos paranasales.



C: extensión más allá de senos paranasales.⁽²⁵⁾

Los linfomas de esta región anatómica suelen ser no Hodgkin. El 66 % se localizan en el anillo de Waldeyer y el 16 % en el tracto rinosinusal. Suelen afectar tejidos blandos faciales en el momento del diagnóstico. El tratamiento es radio y quimioterapia. La supervivencia a cinco años es del 50-75 %.

El plasmocitoma extramedular se presenta en el 60 % de los pacientes en el tracto nasosinusal y nasofaringe, con gran predominio entre los hombres respecto a las mujeres, en proporción 4:1. Puede evolucionar a mieloma múltiple.⁽²⁵⁾

El sarcoma ontogénico puede deberse a la evolución de una displasia fibrosa tratada con radioterapia. Metastiza por vía linfática o hematógena y su pronóstico es malo, con una tasa de supervivencia de 5 años del 30 % y de 10 años del 0 %.⁽²⁵⁾

El tumor que más frecuentemente metastiza a esta zona es el adenocarcinoma renal, el carcinoma anaplásico bronquial y el carcinoma de mama.⁽²⁵⁾

En general, estos son tumores que se diagnostican en estados avanzados. Frecuentemente se presentan entre los 50-60 años, aunque algunos son congénitos, como el rabdomiosarcoma; y otros pueden presentarse en adultos jóvenes, como el esteseoneuroblastoma. La mayoría se localiza en el seno maxilar (60 %) y son muy raros en el seno frontal (3 %). Los síntomas dependen del grado de afectación y la extensión local; puede presentarse: obstrucción nasal, epistaxis, dolor facial, rinorrea, proptosis, diplopia, inflamación en paladar y encía, alteración de la visión, epífora y anosmia. El 10 % de los pacientes presentan adenopatías cervicales en la primera visita, lo que empeora el pronóstico.⁽²⁵⁾

La exploración con fibroscopio o con endoscopio rígido ante una clínica sospechosa, permite visualizar una lesión nasal. Las técnicas de imagen son fundamentales para valorar la extensión y el tamaño de la lesión. Con la TAC puede medirse el grado de destrucción ósea y con la resonancia magnética el grado de afectación orbitaria, intracraneal o perineural. El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia de la lesión.⁽²⁵⁾ El tratamiento se basa en la cirugía y



radioterapia. No se consideran quirúrgicos si alcanzan el vértice de la órbita, cavum, músculos pterigoideos o la duramadre.⁽²⁵⁾

CONCLUSIONES

Los tumores nasosinusales presentan una histología variada y con frecuencia son difíciles de diagnosticar. Son más comunes los benignos (pólipos y papilomas de la cavidad nasal). En el caso de los malignos, es más frecuente el carcinoma epidermoide del seno maxilar. Los factores de riesgo más significativos son el hábito de fumar, el contacto con sustancias irritantes y estar expuesto al virus del papiloma humano.

Los modos y estilos de vida saludables son la mejor forma de prevención ante esta enfermedad. Resulta imprescindible la promoción de salud y proporcionar a la población los medios necesarios para el autocuidado. Ello constituye un requisito fundamental para la calidad de vida de las personas; y un mayor alcance de la justicia social y la equidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ozturk K, Gencturk M, Caicedo E, Li F, Cayci Z. Utility of FDG PET/CT in the Characterization of Sinonasal Neoplasms: Analysis of Standardized Uptake Value Parameters. AJR [Internet]. 2018 [citado 2024 my. 22]. Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/epdf/10.2214/AJR.18.19501>



2. Anjum W, Nawaz R, Nisar H, Fatima I, Masood M, Baker A. Epidemiology and Treatment Outcomes of Sinonasal Tumors: A Single Institute's Experience in Pakistan. J Coll Physicians Surg Pak [Internet]. 2019 [citado 2024 my. 22];29(4):[cerca de 5 pantallas]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Hasan-Nisar/publication/332128026_Epidemiology_and_Treatment_Outcomes_of_Sinonasal_Tumors_A_Single_Institute%27s_Experience_in_Pakistan/links/5d5524ef45851545af43bb39/Epidemiology-and-Treatment-Outcomes-of-Sinonasal-Tumors-A-Single-Institutes-Experience-in-Pakistan.pdf

3. Moreno Cueto N, Roblejo Rosabal N. Caracterización de los tumores nasosinusales y nasofaríngeos. Rev Cubana Otorrinol [Internet]. 2020 [citado 2024 my. 22];4(3):e176. Disponible en:

<http://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/176/259>

4. Instituto nacional del cáncer [Internet]. Estados Unidos: Instituto nacional del cáncer; 2023 [citado 2024 may. 22]. Tratamiento del cáncer de seno paranasal y de cavidad nasal (PDQ[®]) – Versión para profesionales de salud; [cerca de 24 pantallas]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/paciente/adulto/tratamiento-seno-paranasal-pdf>

5. Middlesex Health [Internet]. Estados Unidos: Middlesex Health; 2023 [citado 2024 my. 22] Tumores nasales y paranasales; [cerca de 9 pantallas]. Disponible en: <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/tumores-nasales-y-paranasales>

6. Jankowski R, Rumeau C, Gallet P, Nguyen D. Nasal polyposis (or chronic olfactory rhinitis). Eur An Otorhinol H Neck Dis [Internet]. 2018 [citado 2024 may. 22];135(3):[cerca de 6 pantallas]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1879729618300541>



7. Tantilipikorn P, Sookrung N, Muangsomboon S, Lumyongsatien J, Bedavanija A, Suwanwech T. Endotyping of Chronic Rhinosinusitis With and Without Polyp Using Transcription Factor Analysis. *Front Cell Infect Microbiol* [Internet]. 2018 [citado 2024 my. 22];8(82):[cerca de 6 pantallas]. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5880998/pdf/fcimb-08-00082.pdf>

8. Khan A, Vandeplas G, Huynh T, Joish V, Mannent L, Tomassen , et al. The Global Allergy and Asthma European Network (GALEN) rhinosinusitis cohort: a large European cross-sectional study of chronic rhinosinusitis patients with and without nasal polyps. *Rhinology* [Internet]. 2019 [citado 2024 my. 22];57(1):[cerca de 11 pantallas]. Disponible en:

https://www.rhinologyjournal.com/Rhinology_issues/manuscript_1816.pdf

9. Jørgensen M, Heegaard S. A review of nasal, paranasal, and skull base tumors invading the orbit. *Surv Ophthalmol* [Internet]. 2018 [citado 2024 my. 22];63(3):[cerca de 17 pantallas]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0039625717301212>

10. Sotolongo Díaz D, Montes de Oca Álvarez M, Arévalo Pérez L. Serie de tres casos con carcinoma basocelular en el dorso de la nariz tratados con HeberFERON®. *MEDICIEGO* [Internet]. 2020 [citado 2024 my. 22]; 26(1):e1626. Disponible en:

<https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1626/3044>

11. Guillén J, Miranda D, Longo A. Resección de carcinoma basocelular invasivo de la nariz. *Rev Méd Col Méd Cir Guatem* [Internet]. 2021 [citado 2024 my. 22];160(1):[cerca de 3 pantallas]. Disponible en:

<https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/267/31>

[2](#)



12. Castellanos Maturell G, Nápoles Pastoriza D, Niebla Chávez R, Berenguer Gouarnaluses M, Sánchez Álvarez J. HeberFERON® en el tratamiento del carcinoma basocelular. Informe de caso. Rev 16 de Abril [Internet]. 2019 [citado 2024 my. 22];58(271):[cerca de 3 pantallas]. Disponible en:

http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/776

13. Pérez Fleites D, Betancourt Pérez A, Martín Pozo Y. Carcinoma basocelular de alto riesgo, respuesta al tratamiento combinado con HeberFERON y radioterapia superficial. Presentación de un caso. Act Méd Cen [Internet]. 2020 [citado 2024 my. 22];14(4):[cerca de 7 pantallas]. Disponible en:

<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1220>

14. Singh S, Qureshi S, Jain L, Jadia S, Sharma S. Presentation of Lesions of Nose and Paranasal Sinuses at a Tertiary Care Center in Central India. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2018 [citado 2024 my. 22];70(2):284-289.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29977856/>

15. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) Tumores cabeza y cuello - O.R.L. [Internet]. Madrid: SEOM; 2023 [citado 2024 my. 22]. Tratamiento del carcinoma de cabeza y cuello avanzado o metastásico; [cerca de 4 pantallas]

Disponible en: <https://www.seom.org/info-sobre-el-cancer/orl?start=13>

16. Paparella M, Shumrick D. Manual de Otorrinolaringología. 2^{da} ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1982.

17. Valladares MJ, Carías A, Díaz V. Características epidemiológicas, clínicas radiológicas y anatomopatológicas de los tumores nasosinusales malignos en pacientes hondureños. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2021 [citado 2024 my. 22];40(3):e1299. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubinbio/cib-2021/cib213q.pdf>



18. Miceli-Chavarría V, Benítez-Gómez JR, Navarro-Meza MC. Prevalencia de tumores malignos de nariz y senos paranasales en el Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías. Rev Esp Med Quir [Internet]. 2015 [citado 2024 may. 22];20:165-170. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152g.pdf>
19. Erkoreka A, Atin M, Escamilla S, Abaunza O, Leanizbarrutia G, Aizpitarte N, et al. Cáncer y otras patologías, a principios del siglo XX y a principios del siglo XXI, en dos localidades del País Vasco. Gac Med Bilb [Internet]. 2013 [citado 2024 my. 22];110(4):[cerca de 7 pantallas]. Disponible en: <https://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/100>
20. Singh SG, Qureshi S, Jain L, Jadia S, Sharma S. Presentation of Lesions of Nose And Paranasal Sinuses at a Tertiary Care Center in Central India. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2018 [citado 2024 my. 22];70(2):[cerca de 6 pantallas]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6015581/>
21. Mendenhall WM, Werning JW, Pfister DG. Treatment of head and neck cancer. En: DeVita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9th ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 729-80.
22. Budu V, Tuşaliu M, Decuseară T, Bulescu I, Popp C, Panfiloiu A. Sinonasal non-Hodgkin's malignant lymphoma - review of a clinical case. Rom J Morphol Embryol [Internet]. 2017 [citado 2024 my. 22];58(1):[cerca de 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.rjme.ro/RJME/resources/files/580117181185.pdf>
23. Fernström E, Nyman J, Hammerlid E, Holmberg E, Haugen-Cange H, Petruson K, et al. Results of preoperative chemoradiotherapy for patients with advanced cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses. Acta Otolaryngol. 2017;137(12):1292-1300.



24. Nazar R, Ritacco L, Gianini R, Cabrera N, Oliva C, Naser A. Cirugía endoscópica nasosinusal y de base de cráneo asistida por navegación. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2017 [citado 2024 my. 22];77:[cerca de 11 pantallas]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/orl/v77n1/art03.pdf>
25. Gibson T, McNaughton D, Hanchard B. Sinonasal malignancies: incidence and histological distribution in Jamaica, 1973-2007. Canc Caus Cont. 2017;28(11):1219-25.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

