

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“ARNALDO MILIÁN CASTRO”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**INFORME DE CASO**

**TUMOR DE SENO MAXILAR IZQUIERDO**

Por:

Dra. Juana Lidia Herrera Alonso<sup>1</sup>, Dr. Luis E. Cuadrado Silva<sup>2</sup> y Dra. Mayté Treto Fernández<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. e-mail: [juana0208@yahoo.com.mx](mailto:juana0208@yahoo.com.mx)
2. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año en Otorrinolaringología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC. e-mail: [mayteorl@yahoo.com.mx](mailto:mayteorl@yahoo.com.mx)

**Descriptorios DeCS:**

NEOPLASMAS DEL SENO MAXILAR  
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

**Subject headings:**

MAXILLARY SINUS NEOPLASMS  
CARCINOMA, SQUAMOUS CELL

Las neoplasias nasosinusales representan el 0,2 % de todos los tumores malignos y son el 3 % de los de la vía aerodigestiva superior. Se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino con una relación de 2-3:1, lo que se atribuye a la mayor exposición al tabaco, al alcohol y, sobre todo, a tóxicos industriales. Se considera que los mayores factores de riesgo son: la exposición por inhalación de aserrín, tóxicos y polvo orgánico. Se calcula que al menos el 40 % de los cánceres nasosinusales se deben al riesgo ocupacional, y los de mayor riesgo son los de la industria textil, madera, calzado, metalurgia, refinería de petróleo y elaboración de sus derivados, así como pinturas radiactivas. El papiloma invertido es un tumor benigno que del 10 al 30 % de los casos precede o coincide en el tiempo con el carcinoma epidermoide nasosinusal (CE); existen crecientes evidencias del origen del virus del papiloma humano (VPH) en esta neoplasia, y un factor predictivo de riesgo de transformación en CE es la tipificación del VPH-16<sup>1</sup>. La localización del tumor maligno en senos maxilares tiende, en su crecimiento, a manifestar signos importantes; cuando se localiza en la parte superior y posterior, usualmente los signos son oculares, con proptosis ocular y prominencia de la región geniana; asimismo, cuando se desarrolla en la parte inferior y anterior, el tumor aparece en la bóveda palatina, surco vestibular y encía<sup>2</sup>.

**Presentación del paciente**

Paciente masculino, de 65 años de edad, raza blanca, alcohólico y fumador inveterado, con antecedentes de padecer de cardiopatía isquémica e hipertensión arterial y lleva tratamiento estable. Hace dos o tres meses comienza con obstrucción nasal y secreciones purulentas de color verdoso por las fosas nasales; se le diagnostica una sinusitis maxiloetmoidal izquierda y se le indica tratamiento con antibióticos y gotas nasales. Al cuadro clínico, se añade dolor en la región maxilar izquierda –que se irradia a la arcada dentaria superior– y cefalea intensa. Durante el examen físico, se observa aumento de volumen del párpado y la región maxilar izquierda (Figura), y se comprueba dolor a la palpación.

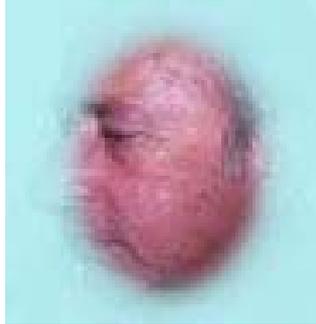


Figura Vista de perfil en la que se observa aumento de volumen del párpado inferior y la región maxilar izquierda.

Se le realizan los siguientes exámenes complementarios: hemoglobina 123 g/l; coagulograma: conteo de plaquetas  $230 \times 10^9/l$ ; tiempo de coagulación: 8 minutos; tiempo de sangramiento: 1 minuto y coágulo retráctil; leucograma:  $8,6 \times 10^9/l$ ; eritrosedimentación: 92 mm/h, y tomografía axial computadorizada en la que se informa el diagnóstico de tumoración a nivel del seno maxilar izquierdo.

Se decide realizar intervención quirúrgica y tomar la biopsia para el diagnóstico histológico. El 18 de mayo de 2006, durante la operación de Cadwell-Luc, se comprueba tejido de aspecto tumoral y se toma una muestra; se observa, además, la pared nasosinusal y posterior destruida; en la fosa nasal izquierda se encuentran secreciones que se aspiran sin encontrar tumoración en esta zona. Mediante el estudio histológico, se corrobora la presencia de un carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante.

#### Comentario

La mayoría de los tumores de los senos paranasales se presentan en estado avanzado, y por lo general las tasas de curación son precarias. Los cánceres crecen dentro de los límites óseos de los senos y a menudo son asintomáticos hasta que erosionan e invaden las estructuras adyacentes<sup>3</sup>. Los tumores de las fosas nasales y senos paranasales empiezan a desarrollarse sin producir síntomas, y desde que se presentan los primeros hasta que se instaura el tratamiento específico transcurre un promedio de tiempo de seis meses. Pueden presentarse dolores inespecíficos en la cara, obstrucción nasal y epistaxis recidivante unilateral. En este caso en particular, encontramos varios factores de riesgo: hábito de fumar y alcoholismo; sin embargo, según algunos datos, existen varias exposiciones a productos industriales que pueden estar relacionadas con este tipo de cáncer del seno paranasal y de la cavidad nasal. Para el diagnóstico, podría ser necesario efectuar una exploración quirúrgica para determinar si se puede operar. La destrucción de la base del cráneo (por ejemplo, fosa craneal anterior), seno cavernoso o el proceso pterigoideo, infiltración de las membranas mucosas de la nasofaringe o metástasis a los ganglios linfáticos no resecables, son contraindicaciones relativas para la cirugía. Entre los enfoques quirúrgicos se encuentran la fenestración con remoción de la mayor parte del tumor, a lo cual, por lo general, le sigue radioterapia o resección en bloque de la mandíbula superior; un tratamiento quirúrgico craneofacial combinado, que incluye resección del piso de la fosa craneal anterior, se usa con éxito en pacientes seleccionados<sup>4</sup>. Para los tumores del seno maxilar, del seno etmoidal, tumores de la cavidad nasal y del vestíbulo nasal, deberán considerarse ensayos clínicos en los que se esté empleando quimioterapia. En este padecimiento, debe recalcarse la importancia de una buena evaluación y clasificación previas al tratamiento; se debe dar seguimiento al paciente, ya que a los dos años llegan a formarse segundos cánceres en el tracto aerodigestivo<sup>5,6</sup>.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Ganly I, Patel SG, Singh B. Craniofacial resection for malignant paranasal sinus tumors: Report of an International Collaborative Study. *Head Neck*. 2005;27(7):575-84.
2. Mendenhall WM, Riggs CE, Cassisi NJ. Treatment of head and neck cancers. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer: principles and practice of oncology*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 662-732.
3. Goldenberg D, Golz A, Fradis M. Malignant tumors of the nose and paranasal sinuses: a retrospective review of 291 cases. *Ear Nose Throat J*. 2001;80(4):272-7.
4. Licitra L, Locati LD, Cavina R. Primary chemotherapy followed by anterior craniofacial resection and radiotherapy for paranasal cancer. *Ann Onkol*. 2003;14(3):367-72.
5. Zayas LI, López CA, Novelo GE, Rodríguez P. Tumores malignos en nariz y senos paranasales. *Rev Sanid Milit Mex*. 1999;53(6):408.
6. Licitra L, Locati LD, Cavine R. Primary chemotherapy followed by anterior craniofacial resection and radiotherapy for paranasal cancer. *Ann Oncol*. 2003;14(3):367-72.