

Adenocarcinoma nasosinusal polimorfo tipo mucoide

Nasosinusal polymorphous adenocarcinoma of type mucous

RESUMEN

El adenocarcinoma polimorfo de bajo grado nasosinusal es infrecuente, representando el 4 al 8 % de las neoplasias malignas a este nivel. Se caracteriza por tener una morfología variable, citología uniforme y un crecimiento infiltrativo local con frecuente neurotropismo. Suelen originarse en cornete medio y etmoides anterior, y relacionarse con la exposición al polvo de madera. Su tratamiento es quirúrgico, y radioterapia en estadios avanzados, aunque los resultados a la radioterapia son controvertidos.

PALABRAS CLAVE:

Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado, Tracto nasosinusal, Adenocarcinoma seromucoso.

SUMMARY

Low grade nasosinusal polymorphous adenocarcinoma is infrequent. It represents 4 – 8% of malignant nasal tumours. It is characterised by a variable morphology, uniform cytology and a local infiltrating growth with frequent neurotropism. It usually originates in the medial turbinate and anterior ethmoid bone and it is related to exposition to saw dust. Its treatment is surgical and radiotherapy in advanced states, although radiotherapy results are controversial.

KEY WORDS:

Polimorphous low grade adenocarcinoma, Sinonasal tract; Seromucous adenocarcinoma.

Introducción

El adenocarcinoma polimorfo de bajo grado (PLGA) fue escrito por Evans y Batsakis en 1984 en las glándulas salivares menores. PLGA engloba varios términos: carcinoma lobular, carcinoma ductal terminal, adenocarcinoma trabecular y adenocarcinoma papilar de bajo grado¹.

Se caracteriza por mostrar una gran variedad de patrones histológicos con morfología variable, citología uniforme, organización celular diversa y modelo de crecimiento infiltrativo con comportamiento maligno silente². A diferencia de los de alto grado están bien diferenciados, recordando a la mucosa respiratoria, con un pronóstico relativamente bueno, metástasis infrecuentes y bajo rango de recurrencia³.

La mayoría de los casos se originan en la cavidad oral, sobre todo en las glándulas salivares menores del paladar blando y duro y raramente fuera como la nariz, senos paranasales y glándulas salivares mayores.

Presenta una clínica indolente y una evolución lenta con una supervivencia prolongada por su bajo grado de recurrencia local y a distancia⁴.

Describimos el caso de un adenocarcinoma en fosas nasales y senos paranasales, centrándonos en la clínica, epidemiología y tratamiento.

Caso Clínico

Paciente varón de 54 años, cuyos antecedentes de interés son carpintero durante 18 años, cardiopata, hipertenso, e hipotiroideo. Acude a consulta por obstrucción nasal derecha de varios meses de evolución, acompañada de cefalea fronto-orbitaria pulsátil y rinorrea no sanguinolenta; en las últimas semanas presentó una disminución de la agudeza visual y diplopía, que evolucionó a una amaurosis derecha.

A la exploración se aprecia una masa friable de aspecto mucoso que ocupa toda la fosa nasal derecha, originada del meato medio.

Se realiza un TAC (figura 1) que aprecia una masa de densidad de partes blandas que ocupa fosa nasal derecha, seno maxilar derecho, etmoides anterior y posterior, seno esfenoidal derecho con erosión de sus paredes y protusión hacia el canal óptico de ese lado, comprimiendo el nervio óptico. La RNM evidencia una extensa lesión que compromete las estructuras mencionadas, sin signos de destrucción ósea y compatible con poliposis o papiloma invertido (figura 2). Se toma una biopsia, resultando adenocarcinoma mucoide de bajo grado. Se remite al Servicio de Neurocirugía para valoración y tratamiento, y se decide aplicar radioterapia y quimioterapia, por la negativa del paciente a la cirugía. Tras recibir tratamiento con radioterapia y 6 ciclos de quimioterapia, está asintomático, aunque el tumor sigue extendiéndose muy lentamente hacia el canal óptico izquierdo, confirmado con una nueva RNM. Ante dicha evolución, el paciente acepta ser intervenido. Se realiza una exéresis de la tumoración por un equipo multidisciplinar, mediante una incisión de Weber – Ferguson modificada. A los dos meses muere por hemorragia intracraneal.

Discusión

Las neoplasias glandulares en el tracto nasosinusal son infrecuentes, constituyendo el 2% de todos los adenocarcinomas de la economía humana; y la relación entre PLGA y el tracto nasosinusal es del orden del 1%, describiéndose pocos casos en el área nasal. Se ha descrito un caso en el que estaba asociado a un carcinoma indiferenciado⁵. La existencia de estas neoplasias se explica, porque hay un gran número de glándulas secretoras, la mayoría de ellas son glándulas salivares menores. Entre sus formas histológicas se encuentra el adenocarcinoma mucoide, caracterizado por abundante producción de moco.



Fig. 1: Corte axial de TAC senos paranasales que aprecia la extensión a seno esfenoidal.

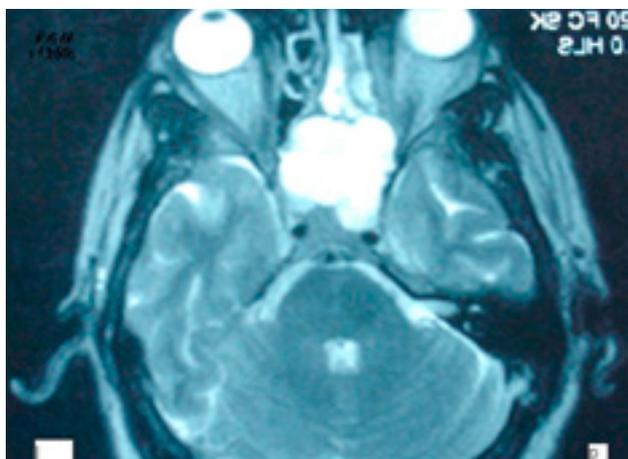


Fig. 2: La RNM de senos paranasales muestra la lesión hiperintensa en T1.

Existe una mayor prevalencia en los trabajadores del sector de la madera, como ebanistas, carpinteros y manipuladores de la industria del calzado (Bebear, 1986; Hill y col, 1986), quedando demostrado el papel carcinogénico del polvo de madera (Leroux Robert 1976 y Muir 1980); por lo que se incluye dentro de las enfermedades profesionales. Otro posible factor etiológico implicado, sería la degeneración de la etmoiditis antropoliposa (Gailard, 1967)⁶.

Suelen localizarse en la cabeza del cornete medio y etmoides anterior y raramente en el seno maxilar (donde no se relacionan con el polvo de madera). En el 17.5 % se localizan en el septum nasal. A pesar de estar bien delimitados y diferenciados, son localmente invasivos con tendencia a la invasión perineural y hacia la fosa craneal media.

Ocurre en un amplio rango de edad, sobre todo en la 6ª y 7ª década, no apareciendo en la 1ª ni 2ª década⁷.

La clínica típica sería una masa indolente de larga evolución, que provoca una obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis, cefalea y a veces afectación de los pares craneales⁸. Es escasamente linfógeno, mientras que tienen un gran potencial de infiltración y destrucción ósea. Ocasionalmente, dan lugar a metástasis hepáticas, pulmonares, óseas y/o cerebrales (Golstein y Sisson, 1982). La presencia de metástasis ganglionares en el momento del tratamiento es un índice de mal pronóstico.

El diagnóstico diferencial se realiza con el adenoma pleomorfo y adenoma adenoide quístico, que aparecen en adultos jóvenes; y con las metástasis del adenocarcinoma de riñón, próstata, pulmón, mama, colón y tiroides⁹.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica del mismo, pero presenta el problema de que la mayoría son de diagnóstico tardío; de ahí que en lesiones avanzadas se asocie radioterapia de tensión radical. En el caso de que sea irreseccable, la radioterapia se asocia a la quimioterapia, como decidieron en nuestro caso. Este tratamiento adyuvante no altera el pronóstico de la enfermedad, sólo es sintomático.

El tamaño del tumor y la afectación ósea es lo que determina la radicabilidad del tumor. La causa más frecuente de fallecimiento es el crecimiento incontrolado y la propagación intracraneal¹⁰.

El adenocarcinoma polimorfo de bajo grado en el tracto nasosinusal debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de aquellas lesiones que a este nivel provocan una clínica anodina unilateral, aunque las tumoraciones más frecuentes sean los papilomas seguidos de los tumores de partes blandas. Además, debe realizarse una biopsia en todas aquellas lesiones unilaterales de aspecto sospechoso, pues la anatomía patológica es la que nos proporciona el diagnóstico preciso.

Bibliografía

1. Pinto P, Coleman N. Regional metastasis in polymorphous low grade adenocarcinoma. Report a case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997; 26: 447-449.
2. Luna C, Mochon A, Caravaca A, Ruiz Mondejar A, Sanmartin A. Adenocarcinoma de fosas nasales. Revisión bibliográfica. A propósito de un caso. *ORL-DIPS* 1999; 26 (3): 167-168.
3. Heffner D, Usn C, Hyams V, Hauck K, Lingeman C. Low-grade Adenocarcinoma of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses. *Cancer* 1982; 50: 312-322.
4. González Lagunas J, Alasá Caparrós C, Vendrell Escofet G, Huguet Redecilla P, Raspall Martín G. Adenocarcinoma Polimorfo de Bajo Grado de fosa nasal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: 67-70
5. Lloreta J, Serrano S, Corominas J, Ferrés-Padró E. Polymorphous Low-Garde Adenocarcinoma arising in the nasal cavities with an associated undifferentiated Carcinoma. *Ultrastructural Pathology* 1995; 19: 365-370.
6. Bebear J, Stoll D. Epidémiologie des cancers d'ethmoïde. *Revue de Laryngologie Otologie et Rhinologie* 1986 ; 103 (3): 173-176.
7. Van Hasselt CA Ng HK. Papillary Adenocarcinoma of the nasopharynx. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 853-854.
8. Castle JT, Thompson L, Frommelt RA, Wenig B M, Kessler HP. Polymorphous Low Grade Adenocarcinoma. A Clinicopathologic Study of 164 cases. *Cancer* 1999; 15: 86 (2): 207-219.
9. Neto AG, Pineda-Daboin K, Luna MA. Sinonasal tract seromucous Adenocarcinomas: a report of 12 cases. *Annals of Diagnostic Pathology* 2003; 7 (3): 154-159.
10. Wening B, Harpaz N, Delbridge C. Polymorphous low-grade adenocarcinoma of serom. *A. J.C.P* 1989; 104-109.

Correspondencia

Dra. Elena Sánchez Legaza
 Obispo Hurtado, 25 - 2º B
 18004 GRANADA
 e-mail: manpro1910@hotmail.com