

Caso Clínico

Adenocarcinoma sinonasal: reporte de un caso

Sinonasal adenocarcinoma: a case report



Dr. Ilson Sepúlveda A.¹, Dr. Sahba Sedaghat N.², Dr. Francisco Mucientes H.³

(1) Radiólogo Máxilo Facial, Facultad de Odontología, U. de Concepción. Radiólogo visitante Comité Oncológico de Cabeza y Cuello, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción.

(2) Médico Cirujano, Programa de Especialización en Otorrinolaringología, U. de Concepción, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción.

(3) Médico Cirujano, Anatómo Patólogo, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Resumen

Se presenta el caso clínico de una mujer de 60 años de edad con un extenso proceso expansivo en la cavidad nasal y los senos paranasales. En las imágenes presenta un patrón de infiltración muy agresivo, comprometiendo las regiones anatómicas vecinas (órbitas y base de cráneo). El análisis histopatológico determinó la presencia de un adenocarcinoma sinonasal de tipo intestinal moderadamente diferenciado. Se planificó tratamiento en base a radio-quimioterapia, aunque el tumor siguió creciendo, por lo que se establecieron cuidados paliativos y manejo del dolor.

Palabras clave: adenocarcinoma, tumor sinonasal, tomografía computada, resonancia magnética.

Abstract

We report a case of a 60-year-old with an extensive expansion process in the nasal cavity and paranasal sinuses. In the images shows a pattern of aggressive infiltration, compromising the neighboring anatomical regions (orbits and skull base). Histological examination determined the presence of intestinal-type sinonasal adenocarcinoma moderately differentiated. Treatment was planned on the basis of radio-chemotherapy, but the tumor continued to grow, as established palliative care and pain management.

Keywords: adenocarcinoma, sinonasal tumour, computed tomography, magnetic resonance imaging.

Introducción

Los adenocarcinomas comprenden entre el 10% al 20% de todos los tumores malignos primarios de la cavidad nasal y senos paranasales.⁽¹⁾ Son neoplasias que se originan de las glándulas seromucosas o del epitelio respiratorio por lo que se clasifican histológicamente como: adenocarcinoma de glándulas salivales y del tipo no glándulas salivales. Este último se divide en dos subtipos: intestinal

y no intestinal. El subtipo no intestinal puede corresponder a tumores de alto y bajo grado basándose en la arquitectura, características nucleares y actividad mitótica.⁽²⁾

El adenocarcinoma de tipo intestinal (ITAC) es llamado así porque histológicamente es muy similar al adenocarcinoma de colon y corresponde al 3-4%

Correspondencia:

Dr. Ilson Sepúlveda Aguilar, Facultad de Odontología, Universidad de Concepción.

Av. Roosevelt n° 1550, Concepción, Chile. Fono 56- 041- 2204282.

E-mail: isepulvedaa@udec.cl

Recibido el 9 de agosto de 2010, aceptado para su publicación el 20 de septiembre de 2010.

de todas las afecciones de la cavidad nasal y los senos paranasales.⁽³⁾ Estudios histológicos de tumores de la cavidad sinonasal demuestran que los ITAC sinonasales son metástasis de tumores primarios de colon.⁽⁴⁾

Estos ITAC se presentan frecuentemente en hombres en la sexta década de vida, principalmente en trabajadores de la madera y las industrias del calzado. La exposición laboral al polvo de madera aumenta el riesgo de adenocarcinoma en 900 veces, lo que favorece su desarrollo en carpinteros y mueblistas.^(2,5,6) La incidencia de ITAC es inferior a 1 caso por 100.000 habitantes por año. Su localización más frecuente (85%) corresponde al laberinto etmoidal y la parte alta de la cavidad nasal. Sólo excepcionalmente se manifiestan en otros sitios, por ejemplo un 10% en el seno maxilar.

Usualmente el diagnóstico se realiza mediante rinoscopia o endoscopia nasal en combinación con el examen histopatológico. La extensión del tumor y la planificación terapéutica se evalúan mediante imágenes con la finalidad de determinar los límites, la invasión de tejidos adyacentes y la posible afectación ganglionar o metástasis. Los estudios de imágenes que se realizan son tomografía computada (TC) y resonancia magnética (RM). Los hallazgos imagenológicos pueden ser similares en ambos tipos de adenocarcinomas, presentándose como neoplasias sólidas con un gran componente infiltrativo que pueden extenderse desde la cavidad nasal hacia el seno etmoidal, o incluso hacia el seno esfenoidal, lo cual ocurre frecuentemente en los casos de metástasis de adenocarcinomas prostáticos.^(2,8,9)

Los ITAC de las cavidades paranasales se presentan clínicamente con epistaxis, rinorrea y obstrucción nasal unilateral.^(2,6,7,10,11) En el seno etmoidal frecuentemente se

asocian a pólipos, pudiendo invadir la cavidad orbitaria y presentando algunos síntomas oftálmicos.^(12,13,14)

La principal causa de mortalidad es la recidiva local, que puede ocurrir aunque incluso cuando el tumor ha sido extirpado con amplios márgenes quirúrgicos. La recurrencia local ocurre en un 40 a 50% de los pacientes, con un muy mal pronóstico cuando esta afectada la base del cráneo.⁽⁷⁾

Descripción del Caso Clínico

Paciente de género femenino, de 60 años de edad que es evaluada en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente en septiembre del año 2008, con antecedentes de presentar molestias en la cavidad nasal derecha, dolor y coriza. El estudio imagenológico mediante TC mostró un proceso expansivo sinonasal que ocupa ampliamente las celdillas etmoidales y la cavidad nasal, la cual presenta solución de continuidad de la estructura ósea del etmoides comprometiendo ambas láminas papiráceas, principalmente a izquierda, y observándose tejido isodenso que ocupa parcialmente la cavidad orbitaria (Fig.1). También se observa infiltración de la lámina cribosa, con compromiso del proceso Crista Galli y de la parte alta del tabique nasal (Fig.2). Los senos maxilares se presentan con compromiso de su pared medial y ocupación líquida bilateral (Fig.3). Hacia posterior existe afectación de la pared anterior del seno esfenoidal y ocupación completa de su lumen (Fig.4). Hay solución de continuidad parcial en la silla turca y en la pared posterior del clivus.



Figura 1. Tumor con compromiso etmoidal y orbitario bilateral.



Figura 2. Compromiso naso-etmoidal y orbitario bilateral.



Figura 3. Refuerzo heterogéneo post-contraste.



Figura 4. Refuerzo heterogéneo post-contraste.

La RM evidencia un proceso expansivo sólido-quístico a ambos lados de la cavidad nasal, pero con cierto predominio izquierdo (Fig.5), el cual se refuerza en forma heterogénea tras la administración de contraste endovenoso (Fig.7). El componente quístico se observa hiperintenso, lo que puede corresponder a líquido con alto contenido proteico o hemorragia (Fig.6). Hay extensión hacia las coanas con destrucción del tabique nasal y de la pared medial de ambas orbitas, asociado a invasión extracanal algo mayor a izquierda y con discreto desplazamiento lateral de los músculos rectos mediales (Figs. 5 y 7). Hay destrucción ósea en la parte anterior de la base de cráneo con extensión intracraneal, mostrando refuerzo post-contraste y engrosamiento dural (Figs.7 y 8). Hay presencia de secreciones en los senos frontales y en el seno esfenoidal (Fig.8), mientras que el seno maxilar izquierdo se encuentra con engrosamiento mucoso (Figs. 5 y 7).



Figura 5. Se aprecia masa heterogénea de alta señal.

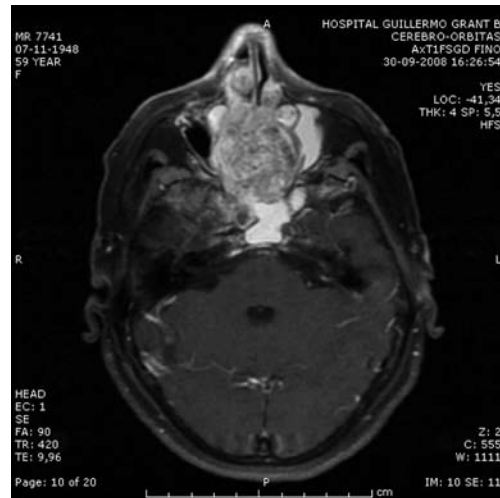


Figura 6. Refuerzo post-gadolinio. Se diferencia compromiso inflamatorio maxilar y esfenoidal.



Figura 7. Compromiso de la fosa craneal anterior.

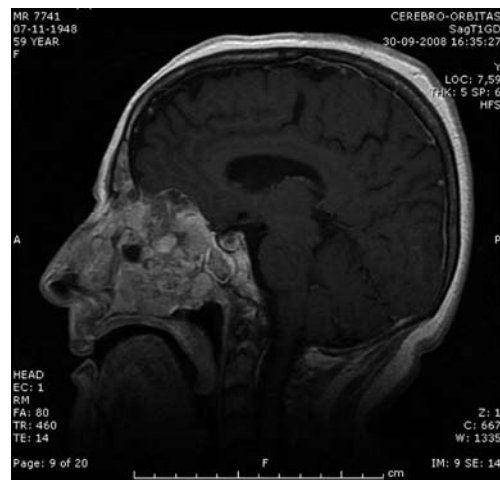


Figura 8. Compromiso de base de cráneo y extensión intracraneal.

El estudio histopatológico indica presencia de múltiples fragmentos fibroelásticos blandos de 0,1 a 0,3 cm. Todos estos fragmentos corresponden a proliferación papilar de glándulas tubulares y epitelio papilar atípico. Hay formación de glándulas tubulares revestidas por epitelio de tipo intestinal con algunas células caliciformes. También hay confluencias de epitelio con formación de cribas. Se concluye fragmento de adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado (Figs. 9 y 10).

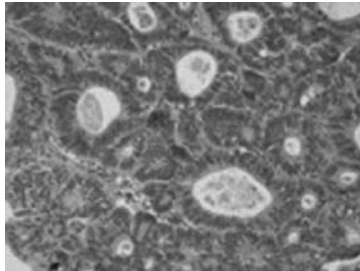


Figura 9. Proliferación papilar de glándulas tubulares y epitelio papilar atípico

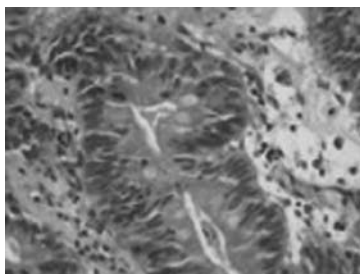


Figura 10. Imagen con mayor aumento

Se planifica tratamiento en base a radioterapia y quimioterapia que se inicia en noviembre del año 2008 y concluye en enero de 2009. La TC de control efectuada a los 3 meses revela la persistencia de la lesión a nivel nasal. La evaluación del caso por parte del comité de cabeza y cuello determina que la enfermedad no ha detenido su etapa de crecimiento. Al quedar fuera de alcance terapéutico oncológico, se ingresa al programa de cuidados paliativos y alivio del dolor.

Conclusión

Los adenocarcinomas comprenden entre el 10% al 20% de todos los tumores malignos primarios de la cavidad nasal y senos paranasales. Son neoplasias que se originan de las glándulas seromucosas o del epitelio respiratorio. Usualmente el diagnóstico se realiza mediante una rinoscopia o endoscopia nasal en combinación con el examen histopatológico. La extensión del tumor y la planificación terapéutica se evalúan mediante el análisis de imágenes con la finalidad de determinar límites, invasión de tejidos adyacentes y posible compromiso ganglionar o metástasis. El manejo de este tipo de neoplasias es multidisciplinario. Tienen un muy mal pronóstico, especialmente cuando está afectada la base de cráneo. La principal causa de mortalidad es la recidiva local (40-50%).

Bibliografía

1. Ilmo L. Update on sinonasal adenocarcinoma: Classification and Advances in Immunophenotype and Molecular Genetic Make-Up. *Head and Neck Pathology* 2007; 1: 38-43.
2. Alvarado-Cabrero I, De Anda-González J, Valdez-Duarte G. Hombre de 74 años de edad con rinorrea y epistaxis recurrentes. *Gaceta Médica de México* 2008; 144 (1): 71-73.
3. Palacios E, Rojas R. Sinonasal intestinal-type adenocarcinoma. *Ear, Nose & Throat Journal* 2006; 85 (9): 572.
4. bin Sabir P, Ahmad N, bin Saim, bin Md Rose I, bte Ramli R. Metastasis to the sinonasal tract from sigmoid colon adenocarcinoma. *Ann Acad Med Singapore* 2008; 37: 788-790.
5. Hermsen M, Llorente J, Pérez-Escuredo J, López F, Ylstra B, Álvarez-Marcos C et al. Genome-wide analysis of genetic changes in intestinal-type sinonasal adenocarcinoma. *Wiley Periodicals, Inc. Head Neck* 2009; 31: 290-297.
6. Sklar E, Pizarro J. Sinonasal intestinal-type adenocarcinoma involvement of the paranasal sinuses. *Am J Neuroradiol* 2003; 24:1152-1155.
7. Llorente J, Pérez-Escuredo J, Alvarez-Marcos C, Suárez C, Hermsen M. Genetic and clinical aspects of wood dust related intestinal-type sinonasal adenocarcinoma: a review. *Eur Arch Otorhinlaryngol* 2009; 266: 1-7.
8. Song J, Khang S, Huh J, Lee BJ, Cho KJ. Sinonasal low-grade adenocarcinoma: report of three cases with the clinic-pathologic and immunohistochemical findings. *The Korean Journal of Pathology* 2006; 40: 235-240.
9. Lavasani L, Zapata P, Tanna N, Sadegui N. Metastasis of prostatic adenocarcinoma to the sphenoid sinus. *The Annals of Otolaryngology & Laryngology* 2006; 115 (9): 690-693.
10. Nguyen H, Tewfik T, Schloss M, Frenkiel S, Bernard C. Adenocarcinoma of the paranasal sinuses: two case reports in a child and an adolescent. *The Journal of Otolaryngology* 2009; 29 (6): 389-392.
11. Robles C, Cooper E. A case of intestinal-type sinonasal adenocarcinoma. *Journal of the National Medical Association* 2004; 96 (1): 177-119.
12. Mace A, Lale M, Capper F et al. Adenocarcinoma of the ethmoid sinuses: a case of two primary tumours. *The Journal of Laryngology & Otolaryngology* 2002; 116 (9): 730-732.
13. Koulomatis P, Charakidas A, Papakrivopoulos A, Giotakis I. Etmoidal sinus adenocarcinoma with orbital invasion. *International Ophthalmology* 2001; 24 (5): 259-261.
14. Baumgartner B, Ladd T, Esquivel C. Low-grade adenocarcinoma of the nasal cavity-an unusual presentation: case report and review of the literature. *Ear, Nose & Throat Journal* 2007; 86 (2): 97-100.