

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Tumores Endonasales y de los Senos Paranasales

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

MAURICIO VIDAL CASTRO LAGUARDIA

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

AGOSTO DE 1963

SAN SALVADOR,

EL SALVADOR,

CENTRO AMERICA





U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

RECTOR:

Dr. Fabio Castillo Figueroa

SECRETARIO GENERAL:

Lic. Mario Flores Macall

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

DECANO:

Dr. José Vicente Arévalo

SECRETARIO:

Dr. Alberto Morales Rodríguez

99321
78x
3
med.
i.1

049771

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES

PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

Primer Examen: CLINICA OBSTETRICA

Presidente: Dr. Jorge Bustamante
Primer Vocal: Dr. José I. Mayén
Segundo Vocal: Dr. Antonio Mateu Llord

Segundo Examen: CLINICA MEDICA

Presidente: Dr. Juan José Fernández
Primer Vocal: Dr. José Simón Basagoitia
Segundo Vocal: Dr. Miguel Parada Castro

Tercer Examen: CLINICA QUIRURGICA

Presidente: Dr. Fernando Alvarado Piza
Primer Vocal: Dr. Juan Nesif Hasbun
Segundo Vocal: Dr. Alejandro Gamero Orellana

ooo000ooo

J U R A D O D E T E S I S

Y

D O C T O R A M I E N T O P U B L I C O

Presidente: *Dr. José Nicolás Astacio*

Primer Vocal: *Dr. José Sequeira Aplícano*

Segundo Vocal: *Dr. Francisco José Espinoza*

ooo000ooo

D E D I C A T O R I A

A MIS PADRES Y HERMANOS:

COMO GLORIA DE SU ESFUERZO

P L A N D E T R A B A J O

- I INTRODUCCION
- III ANATOMIA Y FISIOLOGIA APLICADAS DE LA NARIZ
- III CONSIDERACIONES GENERALES
- IV DISTRIBUCION Y FRECUENCIA
- V DEFINICIONES
- VI PROPIEDADES BIOLÓGICAS Y CLASIFICACION DE LAS NEOPLASIAS
- VII RESEÑA HISTOPATOLOGICA DE:
 - 1o.) NEOPLASIAS BENIGNAS
 - 2o.) NEOPLASIAS MALIGNAS
- VIII RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- IX CASUÍSTICA
- X BIBLIOGRAFIA

=====

I N T R O D U C C I O N

Mi trabajo tiene por objeto hacer una revisión de las variedades de tumores que han sido encontrados en las biopsias o piezas operatorias de las fosas nasales y de los senos paranasales, las cuales han sido sometidas a estudio histopatológico por el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, a donde afluye todo el material de éste y demás hospitales del interior de la República, con excepción del de la ciudad de Santa Ana. Contando, pues, con casi todo el material de biopsias del país, tendrá que ser el mejor reflejo de la incidencia encontrada.

Este estudio consiste en la revisión de las lesiones tumorales de la nariz y de los senos paranasales que se han recopilado desde el día 15 de Junio de 1945 hasta el 12 de Setiembre de 1962.

En la revisión de los 51 454 biopsias practicadas durante ese período he independizado 2 087, que corresponden a la nariz y senos paranasales, dado a la semejanza anatómica de ambas regiones. Esta revisión la pude llevar a cabo gracias a la decidida y completa colaboración que el Dr. José Nicolás Astacio, Jefe de la Sección de Patología Quirúrgica del Departamento de Anatomía Patológica, me prestó durante largas horas de trabajo en la revisión de registros de biopsias, revisión de láminas archivadas en el Departamento y la de los nuevos cortes, que nos vimos obligados a realizar para ratificar o rectificar los diagnósticos que aún se prestaban a nueva consideración, ya sea por el deterioro de las láminas tras múltiples años de servicio, o por tratar de adaptar algunos nuevos cambios de nomenclatura, que se han verificado con la diversidad de clasificaciones y consideraciones de cada autor.

Al Doctor Roberto Masferrer, Jefe del Departamento de Anatomía Patológica, mis agradecimientos por haberme permitido el acceso a los archivos.

El valor que podría tener mi trabajo consiste en señalar los diferentes tipos de tumores que podemos encontrar en los pacientes que adolecen de patología endonasal y anexos, datos que pueden ayudar al Médico General y de manera particular al especialista (Oto-Rino-Laringólogo), y habrá que tenerlos presentes por la gravedad de algunos de ellos, su evolución y pronóstico. Por otra parte, se ofrecen datos de los trabajos realizados en este campo por el servicio de Oto-Rino-Laringología y el Departamento de Anatomía Patológica.

Al final se encuentra un capítulo dedicado a la casuística, en el cual se pueden encontrar los datos necesarios para mayor facilidad de consulta a quienes con motivos pedagógicos o ilustrativos: referentes a nuestra patología tumoral, puedan interesar los casos sometidos a consideración dentro de este estudio, habiéndose recopilado algunos datos, dentro de cada grupo en particular, relacionados con el historial clínico, hallazgos macroscópicos, estudios radiológicos y tratamientos practicados.

=====

ANATOMIA Y FISIOLOGIA APLICADAS DE LA NARIZ (6)
Boies

La misión principal de la nariz es la de preparar el aire que va a ser utilizado por los pulmones.

PARTE EXTERNA DE LA NARIZ

La porción superior de la parte externa de la nariz, está formada por los huesos propios de la nariz y la apófisis frontal del maxilar superior; la inferior, que es más grande, está constituida por cartílago, piel y tejido conectivo. El órgano en conjunto está recubierto de piel. Los cartílagos son los cuadrangulares de la nariz, el mayor y menor del ala, el borde anterior del cartílago del tabique y algunos cartílagos sesamoideos. Los orificios nasales y la punta de la nariz, están formados por los cartílagos mayores del ala. Cada uno de ellos es una lámina delgada, flexible, encorvada sobre si misma, de manera que forma las paredes interna y externa del lado correspondiente de la nariz. El eje (Columela) que separa ambos orificios nasales está formado por el borde inferior del cartílago del tabique, las partes internas de los cartílagos mayores del ala y la espina nasal anterior, todo ello recubierto de piel.

PARTE INTERNA DE LA NARIZ

La parte interna de la nariz constituye una cámara de acondicionamiento para el aire y está tapizada por una mucosa gruesa, roja y húmeda. En su interior se encuentran el tabique y los cornetes. Las paredes y el suelo son rígidos. Las fosas nasales miden unos 7.5 cen-

milímetros de longitud y 5 centímetros de altura. El techo está arqueado de adelante atrás pero el suelo está casi a nivel. Las fosas nasales se abren por detrás en la faringe por medio de las coanas, mucho mayores que los orificios o ventanas de la nariz. La forma de las coanas es oval, de unos 2.5 cm. de altura y 1.25 cm. de diámetro transversal. La anchura de las fosas nasales es variable. Estrecha por arriba, más ancha por abajo y también más en el centro que hacia adelante o atrás. Sin embargo tales dimensiones no son las más importantes. Las fosas nasales están ocupadas en gran parte por el tabique y los cornetes.

Los espacios irregulares que quedan entre estas formaciones anatómicas forman a modo de tubos de chimenea para la circulación del aire.

Son estrechos y de forma tal que hacen circular el aire en capas finas. El tabique divide el interior de la nariz en dos espacios aproximadamente iguales, las fosas nasales. Los espacios verticales adyacentes al tabique son casi rectos y paralelos a la superficie de éste. Los que rodean a los cornetes son casi de la misma amplitud que los verticales, y siguen la forma de los cornetes. La porción más ancha del espacio nasal se halla en el meato inferior. El volumen combinado de todos los espacios es de unos 15 a 20 cm.³, la mitad para cada lado. El ancho suele ser sólo de algunos milímetros.

Los senos paranasales son cavidades irregulares adyacentes a las fosas nasales y con los cuales se comunican por medio de pequeños orificios.

TABIQUE DE LA NARIZ

El tabique nasal es una pared central, delgada, que divide la cavi-

la **nasal**, en dos mitades. Suele ser de espesor irregular; no son raras sus deformaciones.

La porción móvil del tabique esta constituida por el cartílago de forma cuadrangular por delante, la fija por la lámina perpendicular del etmoides arriba, el vómer y el pico del esfenoides por detrás. Un borde óseo por debajo, constituido por la cresta del maxilar y la de los palatinos.

CORNETES

En cada fosa nasal existen dos grandes cornetes (medio e inferior) y generalmente uno, y a veces dos rudimentarios (superior y supremo). Los cornetes medio, superior y supremo forman parte de las masas laterales del etmoides; el inferior es un hueso separado que se halla unido al laberinto etmoidal y al maxilar.

VASOS SANGUINEOS

La rama esfenopalatina de la arteria maxilar interna riega cornetes, mecatos y tabique. Las ramas etmoidales anterior y posterior de la arteria oftálmica riegan los senos etmoidales y frontal y bóveda de las fosas nasales. Una rama de la arteria labial superior y las ramas infra-orbitarias y alveolar de la maxilar interna se distribuyen por el seno maxilar, y la rama faríngea de la misma arteria por el esfenoides. Las venas forman un rico plexo cavernoso por debajo de la mucosa; es más notable a nivel de los cornetes medio e inferior y porción inferior del tabique, donde forma los cuerpos eréctiles ya citados. El desagüe venoso se verifica principalmente por las venas oftálmicas, facial anterior y esfenopalatina.

SENOS

versas teorías respecto a su función, pero ninguna de ellas cuenta con base suficiente para considerarse admisible.

A cada lado de la nariz, existen unos dos senos; la cifra es variable y no siempre es la misma en ambos lados. Se dividen en dos grupos, anterior y posterior. En el anterior se incluyen el frontal, el maxilar y las células etmoidales anteriores; en el posterior las células etmoidales posteriores y el seno esfenoidal. Los orificios del grupo anterior se abren en el hiato semilunar del meato medio; los del grupo posterior lo hacen en el meato superior.

Los senos toman los nombres de los huesos en que están contenidos. El frontal se encuentra entre las láminas interna y externa de dicho hueso. La parte más inferior se extiende también hacia atrás, en un corto trayecto por debajo de la cavidad craneal. El suelo del seno frontal forma parte de la bóveda orbitaria. El seno maxilar ocupa gran parte del hueso del mismo nombre, se extiende desde la órbita de cuyo suelo forma parte, hasta cubrir la zona de implantación dentaria, circunstancia a la cual se debe que puede penetrar en la cavidad sinusal la extremidad apical de algún diente. Los senos etmoidales ocupan (células) casi todo el laberinto etmoidal. El seno esfenoidal se encuentra en el hueso que le da el nombre y puede extenderse hasta sus alas, apófisis pterigoides e incluso clinoides.

MUCOSA RESPIRATORIA

La mucosa que reviste las vías respiratorias es un tejido muy especializado (casi un órgano) que tapiza todo el aparato respiratorio desde el vestíbulo de la nariz hasta los bronquiolos, con excepción de la faringe. Tanto el epitelio en sí como la submucosa varía mucho según las porciones del árbol respiratorio. El espesor de los mismos guarda

los cornetes y tabique, se adelgazan en los meatos, donde la protección es mayor, y son todavía mucho más delgados en el interior de los senos. El epitelio respiratorio es cilíndrico, pseudoestratificado, y está provisto de cilios. Las células cilíndricas son ciliadas, y se hallan cerca de la superficie. Por debajo de las mismas existen cuatro a cinco capas irregulares de células de reemplazamiento. Semejante estructura epitelial típica se encuentra en los meatos; en regiones más expuestas, como la extremidad anterior del cornete medio, las capas celulares pueden ser de diez a quince, sin cilios, como si hubieran sido arrastrados por el ímpetu de la corriente de aire; las células superficiales recuerdan más las células de epitelio escamoso que las de epitelio cilíndrico. Por el contrario, en el epitelio de los senos no existen más que dos o tres capas celulares; la superficie está recubierta de cilios y las células son cortas y de aspecto cuboide. Las glándulas y los vasos sanguíneos del estroma y de la submucosa también abundan o escasean en proporción con la fuerza que ejerce el paso del aire sobre la superficie. Los cuerpos eréctiles antes mencionados son formaciones venosas de tipo cavernoso situadas en el estroma, sobre los cornetes medio e inferior y la porción inferior del tabique.

INERVACION

Los nervios que se distribuyen por las fosas nasales provienen de la primera y segunda ramas del trigémino. Los impulsos sensitivos aferentes procedentes de las partes anterior y superior se transmiten por las ramas de la primera (oftálmica). La segunda rama (maxilar superior) del trigémino inerva las porciones inferior y posterior de la mucosa nasal y el ta-

bique por el ganglio esfenopalatino. La importancia clínica de dicho ganglio con relación al espacio nasal es considerable. Además de las fibras sensitivas procedentes de la rama maxilar superior del trigésimo, recibe fibras parasimpáticas del nervio petroso superficial mayor, procedente del ganglio geniculado del nervio facial, y fibras somáticas del nervio vidiano antes de alcanzar el ganglio.

ooo000ooo

CONSIDERACIONES GENERALES

Se hizo revisión general del período 15 de Junio de 1945, fecha en que se iniciaron las labores del Departamento de Anatomía Patológica, 12 de Setiembre de 1962. Comprende pues, un período de 17 años 3 meses, aproximadamente.

Se realizaron 51 454 biopsias, las cuales fueron paulativamente ascendiendo año tras año a medida que se comprendía la importancia del estudio anatomo-patológico, gracias al empuje que el Dr. Roberto Masferrer P., jefe del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, le dió a la especialidad. En el aspecto neoplásico debe hacerse mención a los trabajos de Posada h., R.⁽¹⁷⁾, que en 1938 publicó su "Contribución a la lucha contra el Cáncer en Centro América", y los trabajos de Sosa, M.⁽¹⁸⁾, Guerra, V.⁽⁹⁾ y Astacio, J.E.⁽³⁾, quienes dedicaron sus tesis doctorales a tan grave problema. Otras publicaciones las mencionaremos posteriormente al ahondar el tema.

La decisión de tomar en conjunto los tumores endonasales y de los senos paranasales, se basó en el criterio de que estas afecciones se hayan en íntima relación histogénica, regiones afectadas ocasionalmente por relaciones de continuidad, presentando, por esta razón, situaciones a veces muy difíciles y hasta imposibles para dilucidar la localización primaria de determinado tumor.

Esta revisión ha sido para mí motivo de gran satisfacción, porque me ha permitido reconocer uno de los grandes problemas de la patología nasal.

Presento este trabajo con el único fin de contribuir a establecer las realidades de nuestra patología.

DISTRIBUCION Y FRECUENCIA

TABLA No. 1

AÑO	TOTAL BIOPSIAS		NASALES	
	No.		No.	
1945-1962	No.	51 454	No.	2 087
1945		101		0
1946		445		1
1947		224		1
1948		363		2
1949		433		7
1950		858		44
1951		721		57
1952		2 250		149
1953		3 862		238
1954		3 778		290
1955		3 440		137
1956		3 397		180
1957		4 187		199
1958		2 955		158
1959		3 926		173
1960		7 219		153
1961		7 282		166
1962		6 013		132

Como podemos ver en la tabla No. 1, paralelamente a la cantidad global de biopsias, va apareciendo el interés para diagnosticar los diversos procesos patológicos que afectan a la cavidad nasal y a los senos para-

nasales, hasta llegar a realizar un total de 2 087 biopsias, durante el lapso sometido a nuestra consideración. Significan el 4,05% de todas las biopsias practicadas durante el período 1945-1962; ya han sido estudiadas algunas variedades hace algún tiempo por los doctores Víctor M. Noubleau y José Nicolás Astacio.

Junto a la columna de biopsias nasales practicadas en cada año, aparece la que representa el número total que por año llegaron al Departamento de Anatomía Patológica; tiene por objetivo facilitar la relación entre las biopsias nasales y de los senos paranasales con las tomadas de todo el resto del organismo.

El número de biopsias nasales encontradas fueron 2 087, correspondiendo 384 (18.39%) a la cavidad nasal y senos paranasales, de las cuales 149 correspondieron estrictamente a procesos neoplásicos; 157 a procesos inflamatorios crónicos que serán sometidos a estudio independientemente; existiendo entre estas un margen de 78, que por no haberse encontrado, o por estar en malas condiciones no se pudo precisar su diagnóstico, por lo cual no han sido enmarcadas aquí.

No. Biopsias endonasales y senos paranasales

<u>TOTAL</u>		<u>NEOPLÁSICAS</u>		<u>INFLAM. TORIOS</u>		<u>NO CL. SIFICA</u>	
						DOS	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
384	100	149	38.80	157	40.88	78	20.31

TABLA No. 2

<u>Todos los años</u>	<u>BIOPSIAS</u>		<u>EXTERNAS</u>		<u>ENDONASALES Y SENOS</u>	
	<u>NASALES</u>				<u>PARAMASALES</u>	
	<u>2087</u>	<u>100 %</u>	<u>1703</u>	<u>81.62 %</u>	<u>384</u>	<u>18.38</u>
1945	0	0	0	0	0	0
1946	1	0.05	1	0.05	0	0
1947	1	0.05	0	0	1	0.05
1948	2	0.10	0	0	2	0.10
1949	7	0.34	6	0.28	1	0.05
1950	44	2.11	43	2.02	1	0.05
1951	57	2.73	45	2.13	12	0.56
1952	149	7.14	107	5.13	33	1.55
1953	238	11.40	176	8.37	62	2.80
1954	290	13.90	245	11.76	51	2.40
1955	137	6.56	115	5.48	26	1.22
1956	180	8.62	145	6.92	41	1.93
1957	199	9.54	158	7.76	41	1.93
1958	158	7.57	131	6.26	33	1.55
1959	173	8.29	135	6.45	25	1.18
1960	153	7.33	138	6.59	15	0.70
1961	166	7.95	145	6.92	21	1.00
1962	132	6.32	113	5.49	19	0.90

DEFINICIONES

Una definición es un intento de precisar la connotación de un término, fijando los límites que los separa de términos semejantes con los que de otro modo se confundiría. Por otro lado, la descripción es un medio de aclarar la idea que encierra un término, poniendo énfasis en sus características centrales y más importantes, sin hacer ningún intento para demarcar nítidamente sus fronteras. Por esta razón diremos, como el Dr. Pérez Tamayo⁽¹⁵⁾ que es extraordinariamente difícil exponer una definición de Tumor y Neoplasia, que se aplique a cada uno de ellos y que se encuentre libre de defectos para definir, siendo preciso marcar límites y fronteras de las neoplasias con otros procesos, especialmente los inflamatorios, los cuales todavía no se conocen con precisión. En algunos casos extraños, es difícil distinguir entre un tumor y otra forma de proliferación tisular, tales como la hiperplasia, en especial.

Sin embargo, existen casos en los cuales los límites no se conocen y la revisión se basa en razones de tipo subjetivo y personal. Este tipo de situaciones (afortunadamente raras) son testigo de la ignorancia que todavía existe acerca de la naturaleza íntima de estas afecciones.

En el sentido estricto de la palabra "TUMOR" significa hinchazón o bulto que se forma anormalmente en alguna parte del cuerpo. "TUMOR" significa tumefacción o hinchazón morbosa. NEOPLASIA, incorrectamente se ha definido como Tumor, y así lo encontraremos en las descripciones de Willis, Anderson, etc., las cuales han sido unas de las más conocidas. Por defectuosas, tomaremos la definición de Hopps: "Neoplasia

es un nuevo crecimiento de tejido de naturaleza autónoma, que no cumple ningún propósito útil, que sigue sus propias leyes, sin tomar en cuenta el organismo en su conjunto y que crece a expensas del cuerpo y no para su beneficio".

Es mi propósito dejar establecidas estas aclaraciones, ya que en la revisión he sometido a estudio algunos procesos inflamatorios crónicos de naturaleza hipertrófica que anteriormente se consideraron como procesos neoplásicos, y lesiones verdaderamente neoplásicas.

RINITIS Y SINUSITIS CRONICA

Los procesos inflamatorios crónicos de las FOSAS NASALES y de los senos paranasales pueden adquirir la forma de una lesión hipertrófica.

En nuestra experiencia, las rinitis crónicas hipertróficas pueden ser de los siguientes tipos:

- a) Simple, cuando histológicamente están constituidas por un estroma laxo, edematoso, pseudo nixomatoso, con infiltración polinuclear, neutrófila y eosinófila, o mononuclear; el epitelio de revestimiento puede sufrir cambios metaplásicos.
- b) polipoides, que pueden subdividirse en 3 variaciones:
 - 1o.) la polipoide simple, cuando no existe proliferación glandular ni formaciones papilares.
 - 2o.) la adenomatosa, cuando hay proliferación glandular en pleno estroma y,
 - 3o.) la papilomatosa, cuando el epitelio de revestimiento adquiere las características de verdaderos papilomas en forma de proyecciones superficiales o de penetraciones hacia el estroma.

Este grupo de lesiones ha sido incluido en la tabulación general debido a que corresponden a tumoraciones pseudoneoplásicas desde el punto de vista macroscópico.

Su etiología es muy discutida y variada, y en la literatura se menciona que en un buen porcentaje de casos son manifestaciones titulares de tipo alérgico. Igualmente se menciona la posibilidad de cambios malignos del epitelio; hemos encontrado un carcinoma aparentemente originado en una Rinitis Papilomatosa. Otras posibilidades etiológicas están relacionadas con procesos inflamatorios o infecciones banales, de tipo crónico, que pueden tener un terreno irritativo, todos ellos causando obstrucción respiratoria.

A LA AFECCION SE LE HA CONOCIDO ANTERIORMENTE CON OTROS NOMBRES, TALES COMO: POLIPOS, RIXOPLAS (ESTE ULTIMO POR LOS CARACTERES ANATOMOPATOLOGICOS YA MENCIONADOS) DEBIENDO EXCLUIRSE DE LAS NEOPLASIAS. Se encontraron 157 casos (40.88%) de las biopsias nasales y senos accesorios.

RINITIS CRONICA HIPERTROFICA POLIPOIDE

TABLA No. 3

	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80/89	90/99	Eda Descos
M	1	9	10	4	4	-	3	1	-	-	5
F	1	9	8	4	6	2	1	1	-	-	6
TOTAL 76 CASOS											

TABLA No. 4

RINITIS CRONICA HIPERTROFICA POLIPOIDE ADENOMATOSA

	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80/89	90/99	Eda Descos
	-	4	4	7	4	1	4	-	1	-	10
	1	5	9	4	10	4	4	2	1	-	2

RINITIS CRONICA HIPERTROFICA POLIPOIDE PAPILOMATOSA

TABLA No. 5

Años:	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49
M	-	-	-	-	3
F	-	1	-	-	-
Total 4 casos					

CONCLUSIONES:

TABLA No. 3

- 1o.) La rinitis crónica hipertrófica Polipoide se presentó desde la primera década de la vida hasta la décima.
- 2o.) La frecuencia mayor correspondió desde la segunda a la quinta, inclusive, aumentando en la segunda y tercera.
- 3o.) Se observa un ligero predominio en el sexo masculino
- 4c.) Frecuencia: 48.40 %

TABLA No. 4

- 1o.) La rinitis crónica hipertrófica Polipoide Adenomatosa se encontró, igualmente, desde la primera hasta la novena décadas de la vida.
- 2o.) La distribución de grupos etarios presentó únicamente ligeras diferencias, encontrándose mayor frecuencia en la tercera y quinta décadas.
- 3o.) El sexo predominante fue el femenino
- 4o.) Frecuencia: 49.00 %

TABLA No. 5

- 1o.) Únicamente se encontraron en la segunda y quinta década de la vida y más frecuentemente en esta última, y uno de estos casos

PROPIEDADES BIOLÓGICAS Y CLASIFICACION DE LAS
NEOPLASIAS

Todas las neoplasias tienen ciertas propiedades biológicas en cuanto a su crecimiento y comportamiento, que permiten clasificarlos en dos grandes categorías: *BENIGNAS Y MALIGNAS*. A causa de esta diferencia es conveniente aclarar sus características fundamentales:

DIFERENCIAS ENTRE TUMORES MALIGNOS Y BENIGNOS

<i>CARACTERÍSTICAS</i>	<i>TUMOR BENIGNO</i>	<i>TUMOR MALIGNO</i>
<i>Estructura y diferenciación</i>	<i>Frecuentemente típica del tejido de origen</i>	<i>Frecuentemente atípica o sea poco diferenciada</i>
<i>Modo de crecimiento</i>	<i>Expansivo, con formación de cápsula</i>	<i>Infiltrativo no encapsulado</i>
<i>Velocidad de crecimiento</i>	<i>Generalmente lento, pocas Mitosis normales</i>	<i>Generalmente rápido, muchas mitosis anormales</i>
<i>Progresión del crecimiento</i>	<i>Lento y progresivo, puede detenerse y regresar</i>	<i>Raramente cesa, casi siempre rápido y progresivo hasta la muerte.</i>
<i>Recidiva después de la extirpación simple</i>	<i>Rara</i>	<i>Frecuente</i>
<i>Metástasis</i>	<i>Nunca</i>	<i>Es la regla</i>
<i>Vascularización</i>	<i>Relativamente escasa</i>	<i>De moderada a abundante</i>
<i>Necrosis y Ulceración</i>	<i>Rara</i>	<i>Frecuentemente a menudo con hemorragia</i>
<i>Efectos generales</i>	<i>Pocos frecuentes</i>	<i>Es la regla</i>

Es necesario aclarar que estas reglas generales no son siempre constantes, pero de manera esquemática debemos hacer estas consideraciones que se aplican a todos los tumores en general para poder entrar en una clasi-

ficación relacionada ya con los neoplasmas de la nariz y de los senos paranasales.

Con este objeto mencionaremos la que elaboró Ringertz basada en 391 casos de acuerdo al diagnóstico histológico, clasificación que ha sido modificada por nosotros.

TUMORES NASALES

BENIGNOS

MALIGNOS

1. rinitis crónica hipertrófica
(polipo o mixoma)
2. fibroma
3. papiloma
4. angioma
5. adenoma
6. lipoma
7. osteoma
8. condroma
9. neuroma (neurilemoma
neurofibroma)
10. tumores mixtos de glándulas
salivares aberrantes
11. displasia fibrosa

Epiteliales:

- a) carcinoma epidermoide
- b) adamantinoma
- c) adenocarcinoma
- d) carcinoma adenoide
- e) carcinoma indiferenciado

Tejido conectivo:

- a) sarcoma indiferenciado
- b) fibrosarcoma
- c) osteosarcoma
- d) condrosarcoma
- e) tumor de células gigantes
- f) Plasmocitoma Extramodular

Linfáticos:

- a) linfoma folicular gigante
- b) linfosarcoma
- c) reticulosarcoma
- d) enfermedad de Hodgkin

Médula Osea:

- a) sarcoma de Ewing
- b) plasmocitoma

tumores mixtos de glándulas salivares aberrantes

CLASIFICACION TUMORAL DENTRO DE NUESTRA REVISION

TABLA No. 6

<i>Todas las variedades</i>	149	100 %
<hr/>		
<i>BENIGNOS</i>	61	40.96
<hr/>		
<i>Papiloma</i>	11	7.38
<i>Adenoma</i>	1	0.67
<i>Fibroma</i>	5	3.38
<i>Fibroma-Nasofaringeo</i>	10	6.70
<i>Condroma</i>	1	0.67
<i>Linfangioma</i>	4	2.68
<i>Hemangioma</i>	20	13.40
<i>Neurofibroma</i>	1	0.67
<i>Displasia fibrosa</i>	6	4.07
<i>Meningioma</i>	1	0.67
<i>Tumor de células gigantes</i>	1	0.67
<hr/>		
<i>MALIGNOS</i>	88	59.04 %
<hr/>		
<i>Carcinoma epidermoide</i>	48	32.16
<i>Linfosarcoma</i>	2	1.34
<i>Adamantinoma</i>	1	0.67
<i>Reticulosarcoma</i>	1	0.67
<i>Plasmocitoma</i>	30	20.18
<i>Melanoma Maligno</i>	2	1.34
<i>Neoplasia maligna indif.</i>	4	2.68
<hr/>		

De las 149 Neoplasias encontradas en esta revisión, 61 fueron benignos o sea el 40.96 % de todas las neoplasias nasales y el 2.92 % del total de biopsias revisadas, que pertenecen a la nariz; y el 15.89% de las fosas nasales y senos paranasales.

Los tumores malignos de la cavidad nasal y de los senos paranasales, 38 casos reportan el 59.04 % de las neoplasias encontradas y representan el 4.21 % de todas las biopsias nasales y el 22.91% de las fosas nasales y de los senos paranasales.

La Tabla No. 6 demuestra, al mismo tiempo, el tipo de neoplasia encontrada, su frecuencia y el porcentaje en relación a todas las neoplasias nasales.

RESEÑA HISTOPATOLOGICA

PAPILOMA:

Los papilomas en las cavidades nasales y senos paranasales son raros. (Kramer). Son reportados solamente 86 casos de verdaderos papilomas, predominando el sexo masculino en la edad de 40 a 50 años, en una relación de 70 a 30 con el sexo femenino; esas cifras están de acuerdo con los hallazgos de nuestra revisión. Ocurren más frecuentemente en los senos etmoidales, maxilares y en el vestíbulo nasal. Muchos investigadores los consideran intermedios entre tumores malignos y benignos. Los papilomas de los senos son generalmente pediculados o en forma de coliflor; tienden a recidivar después de la extirpación. El hallazgo histológico característico es la excesiva proliferación del epitelio, con escaso crecimiento del tejido conectivo.

Dos tipos han sido descritos: 1o.) Masas en forma de coliflor, adheridas a los tejidos por un pedículo de tamaño variable. Son duros al tacto y un poco móviles, no tienen tendencia a sangrar. 2o.) Papilomas blando, cubierto con una delgada capa de epitelio columnar metaplásico con gran aumento del tejido conectivo subepitelial y abundante red sanguínea expuesta a sangrar fácilmente con los traumatismos.

La concurrencia de numerosos papilomas dentro de la cavidad nasal forma la papilomatosis múltiple, frecuentemente asociada con infección purulenta crónica; lleva un buen porcentaje de malignidad, mayor que la del simple papiloma, particularmente si recidiva.

TABLA No. 7

P A P I L O M A S

Años	0/9	10/19/	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69
M	1	1	-	-	4	2	-
F	-	1	1	-	-	-	1
Total 11 casos							

En la Tabla No. 7 se encuentra reporte de 11 casos, ó sea el 7.38% de todas las neoplasias y el 18.04 % de todos los neoplasmas benignos encontrados en la nariz y senos accesorios, de los cuales 8 correspondieron al sexo masculino y 3 al femenino.

ADENOMA:

Es un tumor benigno epitelial que reproduce la estructura glandular, bien circunscrito, encapsulado; proviene de la membrana mucosa o de las cavidades nasales; puede aparecer en cualquier edad; son relativamente raros; se encuentran más frecuentemente en los senos maxilares, pudiéndose encontrar también en el septum. A primera vista semejan un pólipo; son de color rojo púrpura y sangran fácilmente. El tamaño varía de acuerdo con la localización. Crecen lentamente, teniendo tendencia a recidivar después de ser extraídos y sólo eventualmente se vuelven malignos.

TABLA No. 8

A D E N O M A S

Años:	0/9	10/19	20/29	30/39
M	-	-	-	-

En la tabla No. 8 se encuentra el reporte de 1 caso, ó sea el 0.67% de todos los neoplasmas endonasales y senos accesorios y el 1.64% de las neoplasias benignas en esta localización.

FIBROMA:

Macroscópicamente es encapsulado, lobulado y al corte tiene un color blanco ó blanco grisáceo; su consistencia es firme, aunque algunas veces es blanda. Microscópicamente esta formado por fibroblastos, sustancias intersticiales, vasos sanguíneos y linfáticos; son extremadamente raros en la nariz; por regla general es solitario y usualmente aparece en la coana o en la nasofaringe; entonces toma origen de la porción posterior del conete inferior. Son de superficie asperamente irregular, consistencia semi-sólida y no sangran fácilmente al tacto, ya que su vascularización es pobre a causa de la esclerosis de los vasos.

TABLA No. 9

F I B R O M A

Años:	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49	50/59
M	-	-	2	-	-	1
F	1	1	-	-	-	-
Total 5 casos						

En la tabla No. 9 se encuentran 5 casos, ó sea el 3.38% de las neoplasias endonasales y el 8.20% de las neoplasias benignas encontradas en las fosas nasales y senos accesorios; 3 correspondieron al sexo masculino y 2 al femenino.

FIBROMA NASOFARINGEO:

Generalmente ocurren entre los 10 y 15 años de edad, con gran predominio en el sexo masculino. Son solitarios; raras veces se han reportado crecimientos múltiples; normalmente se levanta del receso-nasofaringeo, más frecuentemente en la pared anterior y base del esfenoides; la superficie del tumor está cubierta por una membrana mucosa, bajo la cual se encuentra una larga ramificación de vasos sanguíneos sobre un estroma de tejido fibrosa denso y aglomeraciones celulares. Pueden ser sésiles, pero más a menudo pediculados y de gran tamaño. Las adherencias a las estructuras adyacentes son comunes, derivando riego sanguíneo a través de estas bridas. Crecen por extensión pudiendo invadir la órbita, senos accesorios, fosas pterigoides y la cavidad intracraneal. Varias formas de tratamiento se han usado, tales como: cauterización, electrolisis, galvanocauterío, operaciones externas o dividiendo el paladar; irradiaciones en la forma de radium o de rayos X, con lo cual se ha obtenido buenos resultados en la mayoría de los casos. Se repite el tratamiento de 5 a 6 veces, ú 8, si es necesario. Cuando son pediculados pueden ser extirpados a través de la boca o de la nariz. Cuando el tumor es grande operaciones

más radicales pueden ser necesarias, con previa ligadura de la carótida externa, seguido de rinotomía lateral de Moore.

TABLA No. 10

FIBROMA NASOFARINGEO

	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80/89	90/99	Edad Des.
	1	4	2	-	-	1	-	-	-	-	2
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total 10 casos											

En la tabla No. 10 aparecen 10 casos, los cuales representan el 6.70% de las neoplasias nasales, y el 16.40% de las neoplasias benignas. Como se puede apreciar los datos de nuestra tabla coinciden en gran parte con las estadísticas proporcionadas por Ballenger y Ballenger.

NASALIA FIBROSA: (Fibroma osificante, Displasia fibrosa monostótica)

Ha sido descrito bajo varios nombres, como: fibroma-osteóide, osteodistrofia, etc. Puede envolver uno o varios huesos del esqueleto. Se han reportado casos en el hueso temporal y huesos faciales. No se conoce la causa pero han sido atribuidos a los traumatismos (Shulumberger).

El tejido conectivo del fibroma-osificante tiende a diferenciarse del hueso. La causa de estos tumores no es conocida; se cree que es una neoplasia benigna espontánea, una reacción del hueso membranoso por trauma o infección, o disturbios de crecimiento, o desarrollo desordenado de las células del periostio. Aparece de los 20 a los 30 años, y en mujeres es más frecuentemente encontrado que en hombres. El examen histológico del tumor revela una estructura ósea trabecular o irregular en un estroma de tejido conectivo anormal (Hara)⁽¹⁰⁾.

TABLA No. 11

DISPLASIA FIBROSA

0/9	10/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80/89	90/99	Eda. Desc
-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-
Total 6 casos										

emos encontrado 6 casos, los cuales corresponden al 4.07% de las neoplasias nasales y al 9.84% de las neoplasias benignas encontradas en la nariz o accesorios; 5 correspondieron al sexo femenino y uno al sexo masculino.

MA:

Son raros en la nariz; usualmente son congénitos y no dan manifestaciones por muchos años⁽¹²⁾. Los casos reportados varían de algunos meses a varios años. Son benignos, de crecimiento tardío, pero pueden producirse cambios por compresión en la estructura nasal que los rodea. Los angiomas están divididos en hemangiomas y linfangiomas. Los hemangiomas están divididos en 3 tipos:

- 1o.) Capilar o simple (Angioma telangiectásico)
- 2o.) Cavernoso
- 3o.) Esclerosante

El hemangioma capilar esta formado de tejido aberrante que contiene numerosos vasos sanguíneos de paredes delgadas, mostrando a veces áreas de trombosis y depósito de pigmento hemático recubierto de epitelio normal estratificado.

Los hemangiomas cavernosos contienen vasos dilatados de paredes delgadas con una arteria aferente y venas eferentes, las

les no comunican con los capilares vecinos, pudiendo estar aislados en grupos (Blair). Los tumores de este tipo son usualmente lobulados y de color púrpura. Linfangioma: cuatro tipos han sido descritos: simple, cavernoso, hipertrófico y quístico. El tipo simple está constituido por una tumoración de vasos linfáticos que tiene un estrecho lumen y paredes más o menos paralelas. El linfangioma cavernoso está caracterizado por cavidades irregulares, comunicando espacios linfáticos de varios tamaños. El hipertrófico tiene sus vasos linfáticos limitados por varias capas de endotelio, a veces con crecimientos nodulares desde el lumen de los vasos. El linfangioma quístico está caracterizado por formaciones quísticas. Los hemangiomas tienen un color azulado-púrpura; los linfangiomas son tersos y de color rosado pálido.

El hemangioendotelioma de la nariz es raro; se origina del etmoides o de la pared lateral y crece lentamente por infiltración, con desestructuración de los tejidos cercanos. Tiene tendencia a invadir los senos, especialmente en la región del etmoides. Eventualmente encuéntrase en la nariz o nasofaringe, produciendo, en casos extremos, exoftalmos, obstrucción nasal o desfiguración facial.

TABLA No. 12

H E M A N G I O M A S

0/9	10/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80/89	90/99	Edad. Desc
-	1	1	2	-	-	-	1	-	1	3
1	2	1	3	3	-	-	-	-	-	1
Total 20 casos										

TABLA No. 13

L I N F A N G I O M A

Años:	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49
M	-	1	-	-	-

Tabla 12. En nuestra revisión encontramos 20 casos de hemangiomas ó sea el 31.25% de las neoplasias nasales y el 13.42% de todas las neoplasias. No se encontró ninguna particularidad en relación a la edad, pero un ligero predominio en el sexo femenino, ya que nueve correspondieron al sexo masculino y 11 casos al femenino.

Tabla No. 13. Linfangiomas se reportaron solamente 4 casos ó sea el 25% de todas las neoplasias nasales y el 2.68% de los procesos neoplásicos benignos; 3 casos pertenecieron al sexo femenino y 1 al masculino; sé más frecuente en la segunda década de la vida.

CONDROMA:

Los condromas son tumores benignos de origen mesodérmico constituidos por cartílago hialino. Son firmes, redondeados, generalmente de color gris azulado y no tienen una verdadera capsula fibrosa; se originan de estructuras cartilaginosas. El lento crecimiento del tumor puede producir una atrofia del tejido adyacente. Cambios degenerativos dentro del tumor son vistos a menudo.

Los condromas son muy raros. El condroma del etmoides ocurre entre los 10 y 25 años de edad. La sintomatología se presenta lentamente como regla. El tratamiento es quirúrgico; tienen tendencia a recaer después de su extracción.

TABLA No. 14

C O N D R O M A

Años:	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49
M	-	-	-	-	1
F	-	-	-	-	-
Total 1 caso					

Solamente encontramos un caso en un hombre de 47 años de edad. Se localizó en el cavum. Representa el 1.64% de las neoplasias nasales y el 0.67% dentro de las neoplasias benignas.

Como podrá verse en la presentación de los casos; éste se extirpó no recidivó.

EUROFIBROMA:

Los tumores neurogénicos de la boca son muy raros. THOMAS⁽²⁰⁾, encuentra solamente 36 casos y Ward⁽²¹⁾ sólo ha reportado uno. A los neurinomas originados del tejido conectivo de la vaina del nervio (vaina de Schwann) se les llama schwannomas. Si los tumores son múltiples y generalizados, la condición es conocida como la enfermedad de Von Recklinghausen. En la nariz son raros y cuando se presentan generalmente son solitarios; parecen ser encapsulados, pero pueden tener tendencias invasivas, con la posibilidad de recidivar después de la extirpación. Al microscopio se observan células alargadas con un núcleo ovalado aplastado, generalmente efectuando palizadas.

Pequeña cantidad de citoplasma eosinófilo puede observarse a veces; un material mixomatoso gelatinoso lo constituye, en el cual las palizadas aparecen en disminución. Ocasionalmente, defectos degenerativos tales como quistes pueden ser evidentes.

TABLA No. 15

N E U R O F I B R O M A

Años:	<u>0/9</u>
M	<u>-</u>
F	<u>1</u>

En la tabla No. 15, encontramos un caso en una niña de 7 años, ó sea el 1.64% de las neoplasias benignas de las fosas nasales y senos accesorios; había sido clínicamente diagnosticado como enfermedad de Von Recklinghausen.

UMOR DE CELULAS GIGANTES:

Ringertz clasifica estos tumores como:

1o.) Tumor central de células gigantes de la mandíbula

2o.) Tumor de células gigantes en el etmoides, huesos esfenoides y encías.

El primer tipo está localizado en las paredes interiores de los procesos alveolares o en la región cntral. Han sido llamados sarcomas de células gigantes. La edad más frecuente es entre los 10 y los 25 años, aunque pueden aparecer más tarde. Su crecimiento es rápido y por esta causa hay abultamiento en las regiones óseas vecinas. El número relativo de células gigantes para la cantidad de tejido fibroso es variable; el cuerpo del tumor esta formado por células fusiformes, redondeadas, pretadas, linfocitos y algunos histiocitos: las células gigantes de varios tamaños están esparcidos entre estas células, pudiendo ser simples o múltiples. Tienen menor tendencia a recurrir cuando son extirpados e irradiados posteriormente.

TABLA No. 16

TUMOR DE CELULAS GIGANTES

Años:	0/9	10/19	20/29
M	-	-	-
F	-	-	1
Total 1 caso			

Se reporta un caso de una mujer de 24 años de edad, ó sea el 1.64% de las neoplasias benignas.

ENINGIOMA:

Es un tumor fibroblástico derivado de un anexo de la dura madre, el cual cubre el conducto olfatorio y fascia cribiforme. El tumor se desarrolla de las células de la leptomeninge que limita la aracnoides. Generalmente esta localizado a un lado de la línea media y del piso de la fosa frontal. Está caracterizado por síndrome de anosmia unilateral total y atrofia óptica primaria en el mismo lado y papiledema en el ojo opuesto. Los casos reportados han sido encontrados en mujeres y hombres en la relación de 3 a 1. Usualmente aparecen en la tercera y cuarta décadas de la vida. El tratamiento es la radioterapia extensa o el radium.

TABLA No. 17

M E N I N G I O M A

Años:	<u>0/9</u>
M	<u>1</u>
F	<u>-</u>
	<u>1 caso</u>

En la tabla No. 17, se encuentra un sólo caso de un varón de 7 meses, ó sea el 1.64% de las neoplasias benignas.

NEOPLASIAS MALIGNAS

Las neoplasias malignas de la cavidad nasal y de los senos paranasales, en nuestra revisión, fueron 88, ó sea el 59.04% de las neoplasias encontradas. La cavidad nasal y los senos paranasales pueden ser el si-

tio de un tumor maligno ya sea primario o por extensión. El carcinoma primario es más frecuentemente encontrado en el seno maxilar, etmoidal, seno frontal y esfenoidal, en el orden mencionado. Se ha dicho que los tumores malignos de los senos ocurren más a menudo en hombres, como regla, en relación de 8 hombres por una mujer, según Willis.

Ringertz⁽¹⁸⁾ reporta una gran frecuencia en la relación de 142 mujeres por 125 hombres. Es más frecuente en la sexta década de la vida; sin embargo han sido encontrados a la edad de 26 años y aún a la de 20. Ewing cree que algunos son transformaciones malignas de papilomas, pólipos recurrentes, especialmente múltiples, que hace tiempo han sido removidos; lo mismo que infecciones repetidas; pero la evidencia no es conclusiva en las neoplasias en forma de esta hipótesis. Como podemos ver la descripción de Ringertz, pueden originarse en diversos tipos de tejido, añadiendo, además, los tumores mixtos de las glándulas salivares aberrantes.

TABLA No. 18

C A R C I N O M A S

Edad	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80/89	90/99	Desc.
	-	-	-	2	5	3	6	3	-	-	3
	-	-	1	2	5	5	3	3	-	-	7
Total 48 casos											

Como aparece en la tabla No. 18, hemos encontrado 48 carcinomas ó sea el 37.16% de todas las neoplasias malignas de la cavidad endonasal y senos paranasales y el 54.72% de todas las neoplasias en estudio; de éstos 42 correspondieron a carcinomas epidermoides y 6 a la variedad adenoide.

ADAMANTINOMA:

(ameloblastoma)

Son raros. Nos deberemos referir a Ringertz para una defini-

"Adamantinoma es el nombre usado en general para un tipo de tumores que aparecen en los maxilares, originándose, sin embargo, del epitelio de los dientes". Es difícil diferenciar de algunos tipos de tumores de glándulas salivares y de algunos adenomas, ya que ocasionalmente presentan epitelio columnar de parecida semejanza estructural a las del tumor de glándulas salivares. Los adamantinomas muestran crecimientos infiltrativos y algunos dan metástasis. Su incidencia mayor ocurre a los 30 años de edad. La distribución del sexo es igual. Raramente son completamente sólidos; generalmente en su tejido se encuentran quistes en forma de panal. En la pared de los quistes el tejido tumoral forma nódulos. Frecuentemente el adamantinoma encierra un tejido dentario definido, el cual es supernumerario.

Una forma típica de adamantinoma esta compuesta de epitelio columnar escamoso, transicional y a veces con queratinización, en un estroma de tipo conectivo y rodeado por una capa de células basales. Se ha tratado de distinguir entre las variedades benignas:

- 1o.) tipo sólido
- 2o.) tipo granulado
- 3o.) tipo basaloma

localmente malignas:

- 1o.) adamantinoma con estroma sarcomatoso
- 2o.) tumores con rasgos de células escamosas
- 3o.) tipo basaloma

TABLA No. 19
A D A M A N T I N O M A

Años:	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49	50/59
M	-	-	-	-	-	1
F	-	-	-	-	-	-
Total 1 caso						



Hemos encontrado 1 caso en la quinta década de la vida, correspondiente al sexo masculino, siendo el 1.14% de las neoplasias malignas encontradas.

LASMOCITOMA

Descrito por Schridde, en 1905, como una neoplasia extramedular semejante a las lesiones óseas que se observan en el mieloma múltiple, Helwing y Mattick reportan nuevos casos en las vías aéreas superiores. Maguda y Haida definen el plasmocitoma como un tumor compuesto de células plasmáticas. Estas células específicas son probablemente linfocitos diferenciales; las células varían de tamaño, son elípticas y contienen un núcleo excéntrico, el citoplasma es basófilo y existe un área pálida, cerca del núcleo, que contiene un diplosoma. Al degenerar las células aparecen gránulos eosinófilos en el citoplasma. Los tumores son vascularizados. La naturaleza neoplásica puede determinarse si las células varían en coloración y tamaño y si presentan abundantemente formas multinucleares y figuras mitóticas.

En nuestro país, los primeros reportes de plasmocitomas del tracto respiratorio superior corresponden a los trabajos de Astacio y Alfaro⁽¹⁾ en marzo de 1962 y de Noubleau en junio del mismo año⁽¹⁴⁾. En el primero de los trabajos

se reportan 3 casos de autopsia de plasmocitomas primarios de la nasofaringe, y en el segundo 14 casos de plasmocitomas de igual localización. De los 14, 4 fallecieron (ahí se incluyen los 3 casos reportados por Astacio y Alfaro) y el resto permanecía en tratamiento.

TABLA No. 20

P L A S M O C I T O M A S

Eda. Desc	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80/89	90/99
	-	1	4	5	-	1	1	-	-	-
	1	3	2	1	4	2	2	-	-	-
	(uno de edad y sexo desconocidos)									
	Total 30 casos									

Hemos efectuado en la tabla No. 20 un reporte de 30 casos de plasmocitomas, lo cual significa el 28.18% de las neoplasias nasales y senos accesorios y el 34.20% de las neoplasias malignas en estas localizaciones.

NFOSARCOMA:

El linfosarcoma se caracteriza por estar constituido a expensas de células semejantes a linfocitos, que muestran numerosas mitosis y que están incluidas en una espesa malla de fibras precolágenas, idénticas a la que forma el estroma de los ganglios linfáticos. A veces existen células linfoblásticas típicas, aisladas o formando grupos; también es frecuente encontrar espacios linfáticos completamente comparables a los senos de los ganglios. Los linfosarcomas crecen con relativa lentitud y dan metástasis tardías; pero son muy infiltrantes, invaden muchos ganglios simultáneamente, progresan a largas distancias, y por ello su extirpación completa resulta muy

difícil; son muy sensibles a las radiaciones, lo que aumenta la supervivencia de los enfermos (Costero)⁽⁸⁾.

TABLA No. 21

L I N F O S A R C O M A

Años:	0/9	10/19	20/29
M	-	-	-
F	-	1	1
Total 2 casos			

En la tabla No. 21 encontraremos dos casos, que representan el 2.28% de las neoplasias malignas encontradas y el 1.34% de las neoplasias nasales y de los senos paranasales.

RETICULOSARCOMA:

El reticulosarcoma esta formado por células pálidas de núcleo ovoideo o ligeramente alargado y citoplasma tenue, difícilmente tangible y anastomosado con el de las células vecinas. Se admite que estas células poseen propiedades de las reticulares propias del armazón del tejido linfocideo. En efecto, muchos de estos tumores conservan la propiedad de elaborar fibras precolágenas y bandas de reticulina, idénticas a las que aparecen en los ganglios linfáticos y en el tejido linfocideo de reciente formación. Crecen de preferencia en la nasofaringe o en el intestino, y son refractarios a las radiaciones.

TABLA No. 22

RETICULOSARCOMA

Años:	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49	50/59
M	-	-	-	-	-	1
F	-	-	-	-	-	-
Total 1 caso						

Encontramos un caso de reticulosarcoma, en un hombre en la quinta década de la vida; é sea el 1.14% de las neoplasias malignas y el 0.67% de las neoplasias nasales y de senos accesorios.

MELANOMA MALIGNO:

Los melanomas pueden presentar un cuadro celular sarcomatoso de células fusiformes o redondeadas, mientras otros son compuestos de células epiteliomatosas. Fácilmente pueden semejarse a pólipos nasales de un matiz rojo oscuro o casi rojizo; son sésiles o pediculados; sangran fácilmente; su crecimiento es lento; tienen tendencia a recurrir después de la escisión y metastatizan en un 50% de los casos. En 41 casos reportados por Ringertz, establece que 56% fueron en la cavidad nasal y 44% fueron en el etmoides, antrum, nasofaringe, órbita, senos frontales; en orden numérico de acuerdo a su frecuencia. Los melanomas malignos pueden ocurrir en la nariz y senos paranasales como: a) primarios, nasales y paranasales; b) secundarios, invadiendo de un foco primario en el ojo u órbita; c) metastatizando, como una generalización

TABLA No. 23

MELANOMA MALIGNO

Años:	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49
M	-	-	1	-	-
F	-	-	-	-	1
Total 2 casos					

En la tabla No. 23 reportamos dos casos, uno de cada sexo, lo cual representa el 2.28% de las neoplasias malignas nasales y senos accesorios.

NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA:

TABLA No. 24

NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA

Años:	0/9	10/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69
M	-	1	-	-	-	-	-
F	-	-	-	1	1	-	1
Total 4 casos							

En la tabla No. 24 aparecen 4 casos de neoplasias malignas indiferenciadas que no pudieron ser clasificadas; sus características histológicas demostraban ser neoplasias de alta malignidad siendo el 4.56% de las neoplasias malignas encontradas y el 2.68% de las neoplasias nasales y de senos paranasales.

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se revisaron 384 lesiones tumorales de las cavidades endonasales y de los senos paranasales.

157 casos (40.88% correspondieron a rinitis crónica hipertrófica.

149 casos (38.80%) correspondieron a neoplasias malignas y benignas

78 casos (20.31%) no pudieron ser clasificados por dificultades técnicas.

En el grupo de las neoplasias benignas se encontraron 61 casos (40.96%).

En el grupo de las neoplasias malignas se encontraron 88 casos (59.04%)

Las neoplasias benignas, en su orden de frecuencia, fueron:

hemangioma, papiloma, fibroma, nasofaríngeo, displasia fibrosa, fibroma, linfangioma, adenoma, condroma, neurofibroma, meningioma y tumor de células gigantes.

Las neoplasias malignas, en su orden de frecuencia, fueron: carcinoma epidermoide, plasmocitoma, neoplasia indiferenciada, linfosarcoma, melanoma, adamantinoma y reticulosarcoma.

Se recomienda el estudio histológico de toda lesión nasal y de los senos paranasales, cuando sea posible técnicamente, para orientar mejor el tratamiento.

RINITIS CRONICA HIPERTROFICA POLIPOIDE Y SUS VARIEDADES

Dioptra	Registro	Edad	Sexo	Local.	Duración	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnósti.
3479	68331								
3958	95126	22 a	M	Pólipo Nasal y etmoidal	Desde niñez	Obstrucción nasal, rinorrea, cefalea	Pansim- sitis	Extirpación 2 veces trepanac. senos maxilar y Etmoidecto- mía	Poliposis nasal
4127	96616	28 a	M	senos maxilar izq. fron- tal y et- moidal	1 año 6 meses	rinorrea, cefalea	aumento densidad etmoidal y senos max.	Trepanac. se- nos max. et. y frontal iz.	Sinusitis izquierda Adenoma
5614	97138	41 a	F	Seno max. derecho F.N.D.	?	Tos, Epistaxis, cefalea Obst. nasal	Aumento densidad ambos se- nos mayor en der.	Trepanac. senos y ext. cab. cornete	Sinusitis max. Adenoma
6402	119504	19 a	M	F.N.D. y S.M.I.	?	Obs. nasal desviac. ta- bique a de- recha	senos front. y etm. nor- mal aum. mucosa se- max iz.	---	Polipo mucoso
7221	55809	?	F	Fosas nasales Seno Max. D. especialmente bolsa quísti- ca	2 años	obs. nasal dolor to- rax rino l ialia	aum.dens. senos fron- tal, etm. der., ambos senos max.	Trepanac. seno max. polipectom. 2 veces senos max.	Sinusitis maxilar, Adenoma

Biopsia	Registro	Edad	Sexo	Local.	Duración	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnóstico
8804	131916	46 a	F	F.N.D.	3 meses	Obst. F.N.D. tumor	no	no se espe- cificó	Renitis hipertró- fica polipo mucosa
10334	97891	67 a	F	F.N.I.	?	Tumor vesti- bulo nasal izq.	Despla- zamiento hueso na- sal sal	Ext. trepa nac. Senos Maxilares	polipos seno max. sinusitis maxilar, mixoma
11230	49733	32 a	M	F.N. bi- lateral derecha	5 meses	Tos, Tumoración mu- coide. Obstruc. nasal, rinomea	aumento densidad FNI y SMI	polipectomía	Poliposis nasal Adenoma
3082	16499	19 a	F	F.N.I.	4 años	Obs. nasal, do- lor periorbita rio. Oclusión iz., aumento densidad	Hipertro- fia seno max. dere- cho. Oclusión iz. aun. dens. etm. frontal	polipectomía 3 veces Trepanac. S.M.I.	polipo nasal, Adenoma con zonas transfor- mación maligna
3331	148969	26 a	F	-	Varios meses	Tumor en la cara que in- vade la boca	no datos	Resección max. sup.	Carcinoma S.M.D. carcinoma malp. espinocelular
6570	19382	19 a	F	S.M.I.	referi- do SBP	Senos parana- sales n.g.n.	no datos	Punciones Trepanac. seno max. izq. lavados	sinusitis max. izq., Mixoma

Biopsia	Registro	Edad	Sexo	Local.	Durac.	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnóstico
16579	18350	13 a	M	F.N.I.	1 año	Obst. nasal izq., cefalea	Obst. comp. S.M.I. aum. densid. oels. etmoi- dales post.	Amigdalectomía y Adenoidecto- mía	polipo nasal amigdalitis
16886	21782	65 a	M	F.N.D.	4 años	Obstruc. max. derec.; poli- pos	aumento dens. senos dere- chos	polipotomía	polipo nasal Adenoma
20614	49694	2 a	F		no corresponde				
24789	284	46 a	M	ambos senos maxilares	18 años	Obstruc. nasal izq., rino- rrea, supu- ración	aumento den- sidad senos paranasales izq.	Extirpac. simple Trepnac. senos	sinusitis ma- xilares
24375	76500	48 a	M	F.N.I. S.M.I.	-	Desaparición úvula, tumor nasal	no	Extirpac. tumor; Rx.	papiloma nasal papiloma con carcinoma
25151	86669	18 a	M		no corresponde				
25439	89040	40 a	M	F.N.D.	6 años	Obstrucción nasal, eston- nudos, rino- rrea	aumento den- sidad senos .max, y et- moid.	polipectomía 3 veces antibióticos antistamínicos	Mixoma
25823	A91961	37 a	F	F.N.	2 años	Obstrucción nasal. Rino- rrea. Catarros	Aumento den- sidad seno max. izq. frontal y etmoidal izq.	Polipectomía antistamíni- co	Poliposis na- sal Mixoma
27324	A113509	22 a	M	F.N.D.	9 años	Obstrucción nasal dere- cha. Rino- rrea. Tumor visible en boca	Aumento densi- dad ambos se- nos max, y frontal	antistamíni- cos	polipos nasa- les polipos angio- matosos

Biopsia	Regist.	Edad	Sexo	Local.	Durac.	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnóst.
24792	76560	49 a	M	F.N.	no aparecen datos				
26581	491055	58 a	M	F.N.I.	2 meses	Obstrucción nasal completa opacidad	no	Extirpación con electrocauterio	glaucoma O.S. papiloma
31927	3169	60 a	F	F.N.	6 meses	Catarro nasal. Obstrucción nasal d.		Extirpación	papiloma
F I B R O M A S									
10688	149633	22 a	M	F.N.I.	1 año	Obstrucción nasal y palidez, debilidad	Oclusión maxilares cornetes irregulares FNI	Extirpación	polipo nasal cegenerado
17137	5553	14 a	F	Cavum	no se encontró				
17317	no se encontró								
25450	487660	24 a	M	S.M.D.	5 meses	Tumor encía superior; dolor crecimiento rápido	Opacidad seno	Extirpación	Adenantino maxilar superior
28366	no se encontró								
F I B R O M A N A S O F A R I N G E O									
9262	139783	58 a	M	F.N.	3 años	Dolor mitad iz. cara catarros Obst.nasal	Aumento densidad senos front. etm. y max. iz. Obst.pared interna FNI	Legrado y ext. corn. y pared post.	carcinoma Epidermoide

Biopsia	Regist.	Edad	Sexo	Local.	Durac.	Síntomas	Rx.	Diagnóstico	
12215	158938	12 a	M	Cavum	no se encontró				
12608	162956	17 a	M	Cabeza Cornete inferior izq.		Obstrucción nasal	Aumento de <u>n</u> sidad celular y senos etmoidales y senos max. <u>destruc</u> ción tabiq.	Fibroma Nasofaringeo	
12917	165125	17 a	M	Tumor papilomatoso F.N.D.	5 meses	Obstrucción nasal Rinolalia	Aumento de <u>n</u> sidad región nasal der.	Extirpación	
18142	A29274	14 a	M	Seno max. etmoidal y piso fosas nasales	1 año fallece operac.	Obstrucción nasal Edema de la cara ceguera	Neg. a lesiónes óseas	Extracción del tumor Ligadura corótida ext. por ganglioma nariz. Res. huesos nasales max. sup.	pólipo fibroso del Cavum Linfangioma fibroma nasofaringeo
20671	A51343	6 a	M	Cavum coara derecha	-	Obstrucción nasal. Secreción purulenta	Aumento de <u>n</u> sidad todos los senos	Extirpación	Mixoma
23162	-	22 a	M	Cavum	no se encontró				
24635	80644	-	M	F.N.	no se encontró				
25424	A41739	14 a	M	Cavum		Obstrucción nasal, Rinorrea, fetidez, catarro cefalea	----	Extirpación	Fibroma que recidiva

Biopsia	Registro	Edad	Sexo	Localización	Duración	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnóstico
25538	A88621	-	M	Nasofaringe	6 meses	Obstrucción nasal, Epistaxis. O. su purado izq. Acúfenos	Aumento de sensibilidad todos senos	Extirpación Rinotomía de Moore	Angiofibroma
A N G I O M A S									
2845	52753	35 a	M	F.N.		Ciática en pierna der. tumores. óseas mult.	fracturas patológicas. Re calcificación max. izq.	-	Mieloma múltiple Linfoma sarcoma
4476	101396	27 a	F	F.N.I.	2 semanas	Tumor fosa nasal iz. Rinorrea	no	Polipectomía	Pólipo nasal Angioma
5939	115657	-	F	no se encontró					
10523	-	78 a	M	no se encontró					
10679	-	90 a	M	no se encontró					
11317	-	46 a	F	no se encontró					
12365	-	40 a	F	no se encontró					
14490	A55872	-	M	Nasal	-	Tumoración	1957 ya había destruc. avanzada max. parte malar	Rechazó la Cirugía. Pi dió alta	Carcinoma de la cara
14545	165125	17 a	M	Fosa nasal seno max.	-	Fibroma nasofaríngeo Hemangioma	1954 1955		
14798	-	-	M	no se encontró					

Biopsia	Registro	Edad	Sexo	Localización	Duración	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnost.
18972	A38767	20 a	M	Cavum ala etmoides		Obstrucción nasal, Rinorrea, tos	Aumento de sensibilidad front. etm. seno maxilar maxilar iz.	Extirpación Trepanación seno maxilar	Mixoma F.N.I.
19060	A45671	31 a	F	Fosa nasal tabique	5 meses	Epistaxis	no se encontró		
20886	A 407	no se encontró							
29243	A127375	49 a	F	F.N.I. tabiq.	1 año	no se encontró		Extirpación	Hemangioma nasal
29393	A104856	16 a	F	F.N.	6 meses	Obstrucción nasal, epistaxis	-		
29986	A133114	34 a	F	F.N.I.	2 meses	Tumores FNI Epistaxis	-	Extirpación	Angioma del tabique
30054	40127	?	M	Vestíbulo nasal	-	no aparecen datos			
37918	166011	32 a	M	F.N.I.		no se encontró			
42648	C17867	30 a	F	Septum nasal	2 años	Tumor dolor	-	Electrocauterización RX	Carcinoma Basocelular
622643	2363	2 a	F	F.N.D.		no se encontró			
L I N F A N G I O M A S									
16698	A20969	12 a	M	Cavidad nasal	-	Grano en la nariz sangrante supuración fiebre		-	pólipo nasal
18613	A26678	42 a	F	F.N.		no se encontró			

Biopsia	Registro	Edad	Sexo	Local.	Duración	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnóstico
20197	A48743	18 a	F	pólipo nasal	-	Obstrucción nasal F.N.I.		Extirpación	Linfangioma
20659	A 407	13 a	F	F.N.	-	Obstrucción nasal, tumor nariz sangran te		Extirpación	Linfangioma Angioma
C O N D R O M A									
29636	A129900	47 a	M	Cavum	-	-		Extirpación	pólipo nasal
D . I S P L A S I A F I B R O S A									
7914	129713	47 a	F	Maxilar superior	8 meses	Dolor muela sup. postemilla		Resec. pared anteroexterna max. superior derecho	Quiste dentario; Osteoma Maxilar superior
8538	134145	4 a	F	-	10 años	Tumor gingivo labial izq.		Obstrucción ósea max. superior región max. sup. izq.	Osteoma maxilar sup. derecho
15359	A 4026	-	M	seno etmoidal	-	Dolor frontal, edema palpebral		Aumento fosa nasal derecha destruc. huesos nariz	Osteoma
25202	A83857	23 a	F	Max. sup. derecho	3 meses	Tumor max. sup. y encía der. sangrante		Aumento densidad seno maxilar	Carcinoma maxilar sup. adamantina polipo nasal

Biopsia	Regist.	Edad	Sexo	Localización	Duración	Síntomas	Rx.	Tratam.	Lineafuósvico
25425	A88687	17 a	M	Max.sup. espesor tumor	2 meses	Tumor, dolor crecimiento rápido	Dstrucción marcada max. sup. probable Os- teosarcoma	Extirpación previa liga- dura carótí- da Ext. y Rinotomía Moore	Ameloblasto- ma max.
43379	4106492	26 a	F	no se encontró					
7206	121658	7 a	F	-	1 año	Manchas equimóticas en cuerpo. Edema mitad cara	Aumento den- sidad células etmoidales; seno max. der.	-	Neurofibro- ma Enferme- dad de Recklin- hausen
873	134988	7 me- ses	M	no se encontró					
62-4613	4405	24 a	F	Reg. seno max.iz.	no se encontró				
22985	78610	55 a	F	seno	-	Obstrucción nasal	Dstrucción órbita	Resección max. y ma- lar izq.	Carcinoma maxilar sup.
3039	A80243	55 a	M	Paladar	pidió el alta				
3103	A82131	51 a	M	S.M.I.	-	Tumor seno maxilar izq. dolor		Inoperable	Sarcoma ma- xilar supe- rior



Biopsia	Registro	Edad	Sexo	Localización	Duración	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnóstico
4147	-	-	F	no se encontró					
4159	97891	67 a	F	F.N.	2 años	Aumento de <u>den-</u> sidad, <u>des-</u> plazamiento hueso nasal	Trepana- ción seno maxilar		Pólipos na- sales
5035	107607	47 a	M	Mucosa cornetes	3 años	Obstrucción nasal	Aumento densidad seno front. y max.		Sinusitis crónica
6606	73398	31 a	M	Seno max. párpado inf.	2 años	Tumor párpado inf. ojo izq., san- grante	Destruc. órbita izq., pared sup. ext. e inf.	Resec. max. sup. plastia órbita enucleación ojo izq.	Carcinoma seno max. sup. RX
6830	122992	56 a	no se encontró						
7598	82451	50 a	M	F.N.I.	?		Aumento <u>den</u> sidad seno destruc. <u>cé</u> lulas etmó- dales izq.	Extirpac. células etomoidales ant. dest. techo nasal	Neo del et- moides
8070	128257	40 a	F	F.N.D.	-	Cefalea ulcerac. mu- cosa bucal	Aumento <u>den</u> sidad seno max. izq.	Extirpac. pared ext. F.N.D. y <u>cé</u> lulas et. y RX	Carcinoma seno maxi- lar
8848	136635	68 a	M	Vestíbulo nasal	1 año	Obs. nasal	-	-	Rinoescle- roma
9448	140959	?	F	Seno maxilar	-	Dolor mitad cara	Destrucción pared post. lateral se- no max. izq.	Pidió permi- no volvió maxilar	Carcinoma del seno maxilar

Biopsia	Registro	Edad	Sexo	Localiz.	Durac.	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnóstico
9578	142935	37 a	F	F.N.	10 años	Obst. nasal tumor fosa nasal D. Epifora	Aumento densidad senos front. etm. y max.	Exenteración etmoidal y cornete medio	Adenocarcinoma
11140	152305	40 a	M	F.N. piso	30 años	Pequeña tumoración-dolor fetidez	Aumento densidad ambos max. y dest. reborde alveolar	Ext. denterio canino y molar izq. sup. Resec. y vaciamiento cuello	Carcinoma de alvéolos superiores
12340	161193	42 a	M	F.N.D.	20 años	Obstrucción nasal, hinchazón nasal, ceguera	Destrucción avanzada. max. sup.	Antibióticos. RX	Carcinoma maligno espinocelular F.N.D.
12967	105170	59 a	F	Seno max. der.	?	?	?	Extirpación max. sup. der. pared antero externa y reborde albeolar d.	Carcinoma espinocelular max. sup. der.
13311	1148969	26 a	F	Max. sup.	?	Tumoración dolor hemicara izq.	Destrucción max. sup. der. pared	Resección max. sup.	Carcinoma espinocelular max. sup. der.
13765	-	no se encontró							
14528	3309	42 a	F	Seno frontal	no se encontró				
14929	A21068	40 a	F	no se encontró					
17044	22666	52 a	F	mucosa seno max.	pidió nasal	Obstrucción nasal Secreción purulenta. Episodios de dolor	Aumento densidad seno emb. max. superior	Resección max. superior	Carcinoma del maxilar

Biopsia	Regist.	Edad	Sexo	Local.	Duración	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnóstico
19306	A41627	38 a	M	Coana izq.	no se encontró				
20234	A49121	55 a	F	F.N.I.	2 meses	Tumor nasal	Obstrucción avanzada de huesos fosa nasal	RX paliativa	Carcinoma epidermoide maxilar
20514	A50556	?	F	Seno max.	2 meses	Tumores max. sup. secrec. nasal	Destrucción avanzada max. sup. der. y malar	RX exige alta	Carcinoma de la región maxilar derecha
20800	124427	69 a	M	Seno max. izq.	7 meses	Dolor en cara, p ^o mulo izq.	Destrucción avanzada max. sup. izq.	RX	Carcinoma maxilar sup. Sarcoma
20905	A 3309	43 a	F	F.N.	no se encontró				
21175	A55888	?	M	Velo del paladar vest.	no se encontró				
22654	-	?	M	Tumoración F.N.	no se encontró				
24810	9066	73 a	F	nariz	no se encontró				
26547	A101055	37 a	F	F.N.	2 meses	Cefalea izq. dismirac. seno max. izq. visión. Dest. seno Obst. na - sal. Exoftalmos	Aumento densidad seno max. izq. Dest. seno max. izq.	Exige alta	Carcinoma maxilar
28110	A113727	40 a	M	nariz	-	Dolor y edema ojo izq.	Tumor que destruye células etm.		

Biopsia	Regist.	Edad	Sexo	Local.	Durac.	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnóstico
29205	A124537	?	M	Etmoides	2 años	Obstruc. tumor nasal-Exoftalmos	Aumento densidad frontal etmoidal y max. con dest. cel. ant.	Rinotomía de Moore	Adenocarcinoma seno maxilar
32407	842	?	F	?	?	Epistaxis cefalea	Destrucción reborde orbit. int. y células etmoidales	RX	Neo Nasal
32867	A28007	48 a	F	Cavum	7 meses	Tumor en oreja acúfenos	Masa tumoral en Cavum	RX	Fibroma 1956 Carcinoma 1960
33084	5340	65 a	F	Masa tumoral con nete medio inf.	2 meses	Rinorrea-obst. nasal, tos.	Polipo seno max. der. aum. densidad senos max. y etm.	Rinotomía Moore	Carcinoma fosa nasal
39095	115393	60 a	F	F.N.	6 meses	Lesión dolorosa ulcerativa; prurito	-	Extirpación piel, tej. celular y cartilago nariz	Neo-piramide nasal
39314	A84347	70 a	F	seno max.	-	Visión borrosa, mareos debilidad disnea	Opacidad seno max. izq. destruc. max. sup. y piso orbita	Cobalto terapia	Carcinoma seno max.
39719	C4802	64 a	M	F.N.	1 año	Obstrucción nasal. Rinorrea. cefalea	Aumento densidad seno frontal y max. Hipertrofia cornetes	Extirpación	Carcinoma fosas nasales
41410	CL3068	70 a	F	Nariz	no se encontró				

Biopsia	Regist.	Edad	Sexo	Localización	Duración	Síntomas	RX.	Tratamiento	Diagnóst.
42165	124700	52 a	F	Mucosa tabi que nasal	8 años	Tumor ulcerá do en cara; nasogeniano	Aplastamien to, metast. columna ver tebral	Extirpación de nariz, pa ladar y co- baltoterapia	Carcinoma que recidi va
43028	C20389	66 a	M	Seno maxilar	-	Dolor en cara	Destruc.max. sup. e inf. der.	Extirpación max. sup.	Carcinoma seno max.
62-1683	-	69 a	M	no se encontró					
62-5741	33725	79 a	M	nariz	no se encontró				
62-5950	D13549	70 a	M	Vestíbulo	8 meses	Tumor en nariz Hemangioma	Rayos X.	-	Carcinoma espinocelu lar
6540	19594	19 a	F	no se encontró					
21867	461027	55 a	M	F.N.	no se encontró				
2999	-	?	F	F.N. velo paladar	no se encontró				
3467	-	25 a	M	no se encontró					
7387	66190	28 a	F	golpe hace 4 años dorso nariz	-	Dolor en F.N. Obstruc. nasal	-	Extirpación RX pide permiso	Escleroma nasal forma tumor Julio/53
5956	117609	32 a	F	F.N.I.	1 mes	Obst. nasal izq., creca	Aumento den sidad seno	Exige alta	Linfosarco- coma de la

Biopsia	Regist.	Edad	Sexo	Local.	Durac.	Síntomas	Rx.	Tratamiento	Diagnóstico
6697	104834	52 a	F	Cavum y F.N.	4 meses	Obs.oído iz. sordera, acúfenos	Tejido cavum prominente hacia senos max.	-	Linfosarcoma
8346	134336	44 a	F	F.N.I.		Obst. póli- po	-	Curetaje póli- po	Escleroma na- sal
9325	140042	41 a	F	F.N.	-	Obst. nasal Deformac. fo- sas	RX senos normales	RX Extirpac.	Rinosclero- ma
9400	136235	22 a	M	F.N.I.	3 meses	Obst. nasal dolor de formac. F.N.	-	Extirpac. de escleroma na- sal	Linfosarcoma nasal
9824	-	9 a	F	no se encontró					
9962	142797	37 a	F	no se encontró					
10952	-	63 a	F	no se encontró					
12482	160517	10 a	F	S.M.D. adenopatía		Tumor mejilla crecimiento to rápido	Aumento densidad seno max. der. Desv. tabique a der.	RX	Sarcoma fuso- celular
13846	no	?	F	no se encontró					
14494	109985	17 a	F	Tabique		Tumor en na- riz crece rapido;		RX	Linfosarcoma
14995	A 8015	47 a	F	F.N.	1 año	Tumor, exudado	Aumento den- sidad los se	Linfosarcoma	Rinoscleroma Linfosarcoma

Biopsia	Regist.	Edad	Sexo	Local.	Durac.	Síntomas	Kx.	Tratamiento	Diagnóstico
42611	C 1148	32 a	M	F.N.	3 meses	Cefalea Obst. nasal dolor gar- ganta y oí- do, fiebre	No metasta- sis; amenu- to densidad senos	RX	Escleroma
42676	C 4455	61 a	M	-	1 meses	Inflamac. ca- ra	Destruc. max. sup.	Cobalto y Re sección max. superior	Carcinoma de la mandíbula
43298	C20961	38 a	F	Cavum	6 meses	Obstruc. na- sal. Rinorrea Sinequia Septoturbinial	Aumento mucosa seno max. der.	Cobalto y tre panac. seno max. Polipectomía	Flasmocitoma
M E L A N O M A M A L I G N O									
5343	111343	25 a	M	F.N.I.	2 años	Obstruc. nasal	Destruc. ta- bique nasal, cornete lado izq.	Resección par cial max. sup. sal	Sarcoma na-
36697	2054	45 a	F	F.N.	16 meses	Tumor nasal	Pólipo seno max. y etmoí- dal	-	Melanoma
N E O P L A S I A M A L I G N A I N D I F E R E N C I A D A									
3227	82455	11 a	M	seno max.	-	-	Destruc. max. sup.	RX	Linfosarcoma
20382	A49903	62 a	F	F.N.	6 años	Tumor na- sal Epistaxis	Aumento den- sidad senos max. y fron-	se fugó	Carcinoma seno max.

Biopsia	Regist.	Edad	Sexo	Localiz.	Duración	Síntomas	RX.	Tratamiento	Diagnóst.
20566	A51519	46 a	F	F.N.	3 meses	Hinchazón nariz izq. miasis	Torax neg.	RX	Carcinoma nasal
20983	A54146	32 a	F	F.N.	9 meses	Tumores na- sales Rinorrea cefalea fiebre	aumento óen- sidad células etmoi- dales y seno max izq.	RX paliativa	Linfosarcoma Boveda palat- ina

B I B L I O G R A F I A

1. Astacio, J.N. y Alfaro, D.A. Plasmocitomas primarios de la nasofaringe. Reporte de 3 casos de autopsia observados en el Hospital Rosales 1960 Arch. Col. Med. El Salvador 15:1 1962
2. Astacio, J.N. Comentario conferencia anatomoclínica No. 647 Hospital Rosales. San Salvador, El Salvador, C.A.
3. Astacio, J.E. Contribución al estudio del cáncer en El Salvador. Tesis Doctoral. 1960.
4. Ballenger, and Ballenger. Diseases of nose, throat and ear. 10th ed. Philadelphia. Lea & Feiger, 1957
5. Boies R., Otorrinolaringología, Enfermedades de oídos nariz y garganta. México, Editorial Interamericana, S.A. 1959
6. Coates, G.M. Otolaryngology Vol. III Maryland W. F. Pine Company Inc. 1956
7. Cook, S.L. and Powers, W. H. A.M.A. Arch. otolaring 31-645 Monoblastic Fibrous Displasia
8. Costera, I. Manual didáctico de anatomía patológica. México. El Libro Perfecto, S.A. 1950
9. Guerra, V. Leucemias y Linfomas malignos en el Hospital Rosales. Tesis Doctoral, 1960.
10. Hara, H.J., and Crane, W.E. A.M.A. Otolaryng 40:180 1944
11. Hickey, P. A.M.A. Arch., W.E. A.M.A. Otolaryng 40:180 1944
12. Infante Díaz, C. Tumores de la cavidad oral en El Salvador. Tesis Doctoral 1958
13. Masferrer, R. Comentarios conferencias anatomoclínicas Nos. 243 y 631, Hospital Rosales. San Salvador, El Salvador, C.A.
14. Noubleau, V.M. Plasmocitomas primarios de la Nasofaringe. Arch. Col. Me. El Salvador: 19
15. Pérez Tamayo, R. Principios de Patología México. La Prensa Médica Mexicana 1959
16. Payling, W.G. Introduction to Pathology 2nd. ed. Londres Longmans & Greene, 1956
17. Posada, R.h. Contribución a la lucha contra el cáncer en Centro América Arch. Col. Med. El Salvador
18. Ringertz, Tumours of the nose, throat and ear. Otolaryngology Vol III Maryland W F Pine Company Inc. 1956

20. Thoma, K.H. *Oral Pathology* St. Louis C.V. Mosby Co. 1944
21. Ward, G.E. and Henderick, J.W. *Diagnosis and Treatment of Tumors of the Head and Neck.* Baltimore. The Williams & Wilkins Co. 1950.
22. Wattles, T. *Tumors of the Nose* *Ann Otol. Rhinol and Laryngol.* 46:212
1937

