

Tumor de la pirámide nasal

Federico Urquiola y Sebastián Aragón

CASO CLÍNICO

Se presenta en el consultorio externo de Otorrinolaringología una paciente de sexo femenino de 59 años de edad. El motivo de consulta es un tumor ubicado en la pirámide nasal de cinco años de evolución aproximadamente, indoloro y de lento crecimiento (Fig. 1). No presenta antecedentes de enfermedad actual ni patología previa de cabeza y cuello. Se realiza profunda anamnesis orientando el diagnóstico a una probable enfermedad infecciosa específica con compromiso nasal (rinoscleroma, tuberculosis nasal, sífiloma). La paciente residía hace cinco años, previamente a mudarse a la ciudad de Buenos Aires, en un ambiente rural de la provincia de Entre Ríos. Al examen clínico otorrinolaringológico se palpa un tumor duropétreo, indoloro, adherido al plano profundo pero dejando libre la piel por encima. Se observa impronta que dejan sus anteojos al apoyar sobre la lesión. Rinoscopia anterior normal. No hay compromiso de la sensibilidad ni de la motilidad facial. El resto del examen otorrinolaringológico es normal. Se solicita, como primer paso diagnóstico, TC (tomografía computada) de senos paranasales sin y con contraste. En ella, se observa un tumor con densidad de partes blandas

que no compromete a los huesos propios de la nariz (Fig. 2). Asimismo se informa extensión sobre apófisis ascendente de maxilar de ambos lados sin compromiso de la órbita. A continuación se solicita RMN (resonancia magnética) con gadolinio de macizo craneofacial para obtener información adicional sobre las características tumorales y corroborar si existe o no conexión endocraneana (tumor disembríoplasico). En la RMN se observa mínimo borramiento del plano graso del tejido celular subcutáneo en región fronto-basal con parcial irritación de región nasal superior, sin compromiso óseo ni del plano cutáneo y sin cambios luego de la administración del contraste (Fig. 3). Una vez descartada su conexión con endocráneo se realiza punción-aspiración con aguja fina. Su resultado citológico es negativo e insuficiente para realizar diagnóstico. El laboratorio y la radiografía de tórax fueron normales. Se decide extirpación de la lesión mediante un abordaje externo. Los diagnósticos diferenciales incluyeron lesiones fibrodisplásicas, granulomatosis de Wegener, infección crónica fúngica, tumor de partes blandas del recubrimiento nasal y plasmocitoma extramedular.

Bajo anestesia general se realiza un abordaje bipálpebro

Figura 1. Tumor de pirámide nasal con extensión al ángulo interno de la órbita.

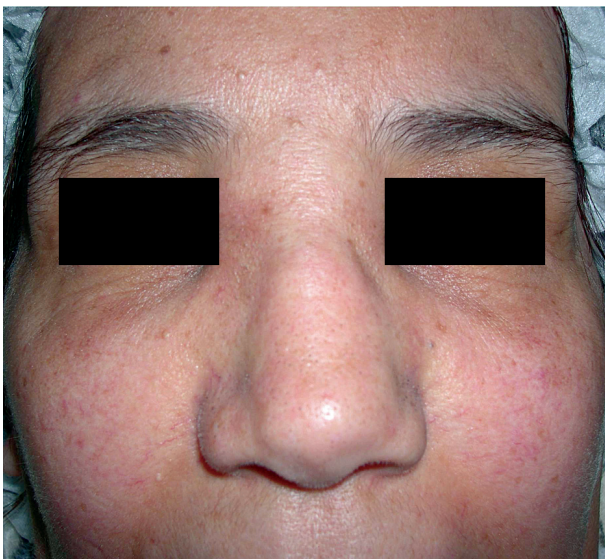
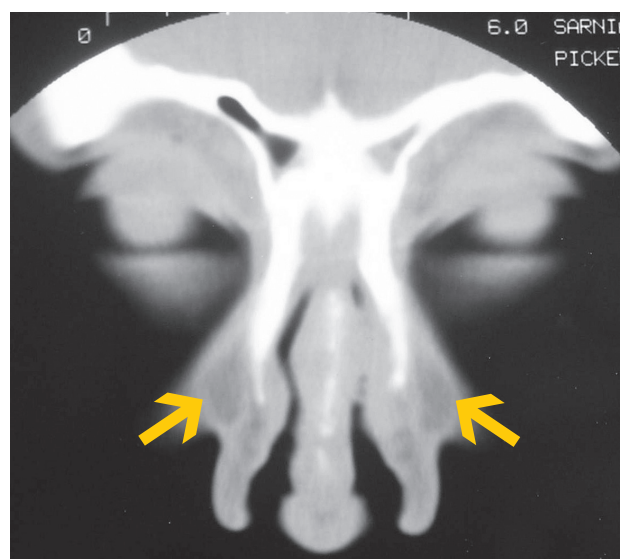


Figura 2. Tomografía computada corte coronal. Tumor de pirámide sin erosión ósea.



glabellar. Se realizan colgajos inferiores y superiores preservando nervio supraorbitario (Fig. 4). Se disecciona tumor que presenta límites netos (Fig. 5). Se repara y preserva saco lagrimal. Se realiza exéresis completa del tumor. Se envía a anatomía patológica y a cultivo bacteriológico, micológico y BAAR. La paciente evolucionó satisfactoriamente. Fue dada de alta al día siguiente con vendaje compresivo en la zona quirúrgica. El drenaje se retiró al cuarto día postoperatorio. A los 14 días, la paciente desarrolla en la región infraorbitaria izquierda una induración sin características infecciosas. Se le administró prednisona 40 mg vía oral y a los 7 días resolvió íntegramente.

Los cultivos fueron todos negativos. La anatomía patológica informó abundante cantidad de células inflamatorias e histiocitos con diagnóstico final de pseudotumor inflamatorio. El seguimiento de doce meses de la paciente es satisfactorio sin recidiva de la enfermedad.

Figura 3. Resonancia magnética, corte axial.

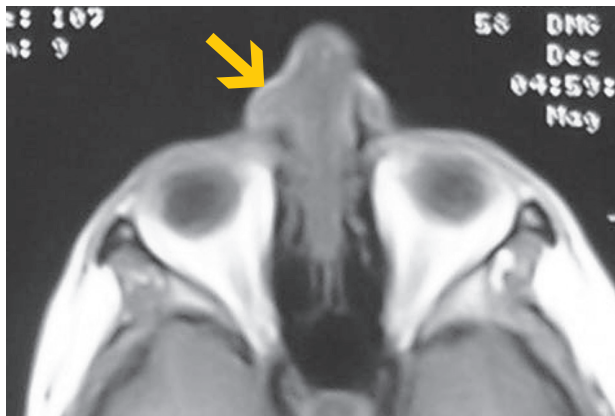


Figura 4. Vista superior del campo operatorio. Se rebate el colgajo inferior y se observa el tumor adherido.



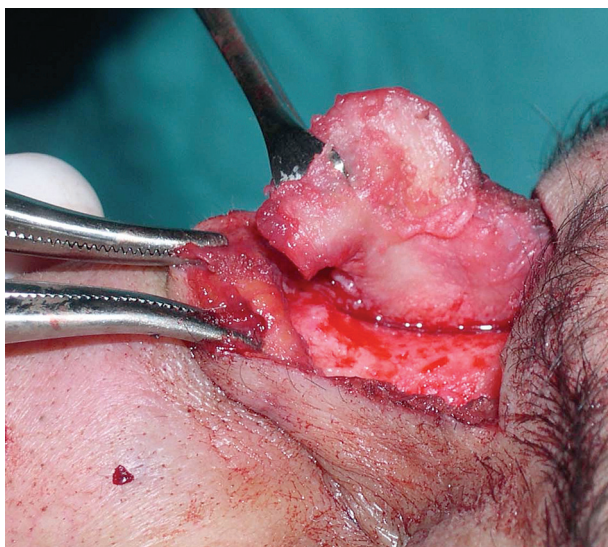
DISCUSIÓN

Los tumores de la pirámide nasal son excepcionales en la práctica diaria. Pueden aparecer en niños y lactantes como tumores disembrionarios de la línea media (quiste dermoide, encefalocele y glioma nasal). Su estudio se realiza a través de imágenes como TC y RMN donde se observa su extensión y una posible conexión con el endocráneo. La PAAF está reservada para casos seleccionados y en la mayoría de ellos, el tratamiento es quirúrgico.

El pseudotumor inflamatorio es una lesión benigna descrita por primera vez en pulmón. Ha adoptado diversos nombres como granuloma de células plasmáticas, xantogranuloma, miofibroblastoma, tumor miofibroblástico inflamatorio e histiocitoma.^{1,2} En la región de la cabeza y el cuello son raros y el sitio más frecuente es la órbita. Otros lugares descritos en la literatura son los senos paranasales, región pterigomaxilar, laringe,³ amígdalas, oídos,⁴ tiroides, parótida y mucosa gingival. Esta rara enfermedad de etiología desconocida se caracteriza histológicamente por presentar histiocitos, macrófagos y células inflamatorias.

No se ha encontrado su asociación con otras enfermedades sistémicas. Posee un crecimiento lento y provoca síntomas de acuerdo con su localización; semeja clínicamente una neoplasia.⁴ Incluso puede existir erosión ósea con remodelación, esclerosis y engrosamientos.^{5,6} En la RMN las características de este pseudotumor son similares a las de otras lesiones inflamatorias como sarcoidosis, celulitis orbitaria y miositis. El diagnóstico mediante citología es difícil y no es definitivo. Los cultivos suelen ser negativos ya sea utilizando tinciones especiales e incluso me-

Figura 5. Vista lateral del campo operatorio. Indemnidad de los huesos propios tras la extirpación tumoral.



diante microscopia electrónica. Sin embargo, existe una teoría acerca de que esta formación es una respuesta inmune exagerada a un patógeno infeccioso desconocido.^{1,2} Se han propuesto tratamientos corticoideos sobre todo en la localización orbitaria. Para los pseudotumores de los senos paranasales la resección quirúrgica es de elección y curativa.⁷ En aquellos casos en que exista una contraindicación para la cirugía o no exista remoción completa se ha descrito la utilización de radioterapia.

CONCLUSIÓN

Los tumores ubicados en la pirámide nasal son de rara aparición en la población adulta.

El pseudotumor inflamatorio es una entidad benigna, de lento crecimiento que semeja una neoplasia. Se cree que aparece como consecuencia de una respuesta inmunológica exagerada a un patógeno desconocido. El tratamiento de los pseudotumores ubicados en la nariz o en los senos paranasales se basa en la completa remoción quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Escobar Sanz-Dranguet P, Márquez Dorsch FJ, Sanabria Brassart J, et al. Pseudotumor inflamatorio de fosas nasales. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2002;53(2):135-8.
2. Huang WH, Dai YC. Inflammatory pseudotumor of the nasal cavity. *Am J Otolaryngol.* 2006;27(4):275-7.
3. Manni JJ, Mulder JJ, Schaafsma HE, et al. Inflammatory pseudotumor of the subglottis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 1992;249(1):16-9.
4. Mulder JJ, Cremers WR, Joosten F, et al. Fibroinflammatory pseudotumor of the ear. A locally destructive benign lesion. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;121(8):930-3.
5. Karakök M, Ozer E, Sari I, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor) of the maxillary sinus mimicking malignancy: a case report of an unusual location (is that a true neoplasm?). *Auris Nasus Larynx.* 2002;29(4):383-6.
6. Som PM, Brandwein MS, Maldjian C, et al. Inflammatory pseudotumor of the maxillary sinus: CT and MR findings in six cases. *AJR Am J Roentgenol.* 1994;163(3):689-92.
7. Lee HM, Choi G, Choi CS, et al. Inflammatory pseudotumor of the maxillary sinus. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;125(5):565-6.