

OTORRINO

REVISTA CIENTÍFICA DE LA FEDERACIÓN MEXICANA
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO A.C

ISSN: 2395-8839 VOL. 1
NUM. 6 SEP - DIC 2015



FESORMEX

WWW.FESORMEX.ORG.MX

**HOSPITAL REGIONAL TLALNEPANTLA ISSEMYM
HISTORIA Y EVOLUCION DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA,
AUDIOLOGIA Y FONIATRIA**

Dr. Andres Sanchez Gonzalez
Dra. Teresa Gonzalez Galindo

**SÍNTOMAS NEUROTOLÓGICOS COMO PRESENTACIÓN INICIAL DEL
CARCINOMA NASOFARÍNGEO. DE LA SINUSITIS ETMOIDAL**

Dra. Beatriz Caballero
et al.

**PÓLIPO LINFANGIOMATOSO DE
AMÍGDALA PALATINA: TUMOR
BENIGNO POCO COMÚN. REPORTE
DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA
LITERATURA**

Dr. Ramón Perez
et al.

FIBROSARCOMA AMELOBLÁSTICO

Dr. Baltazar González Andrade
et al.

**INSERCIÓN DE BATERÍA
DE TIPO BOTÓN COMO CUERPO
EXTRAÑO EN EL ÁREA
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.
UN PROBLEMA EN FRANCO AUMENTO
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA
DE PEDIATRÍA**

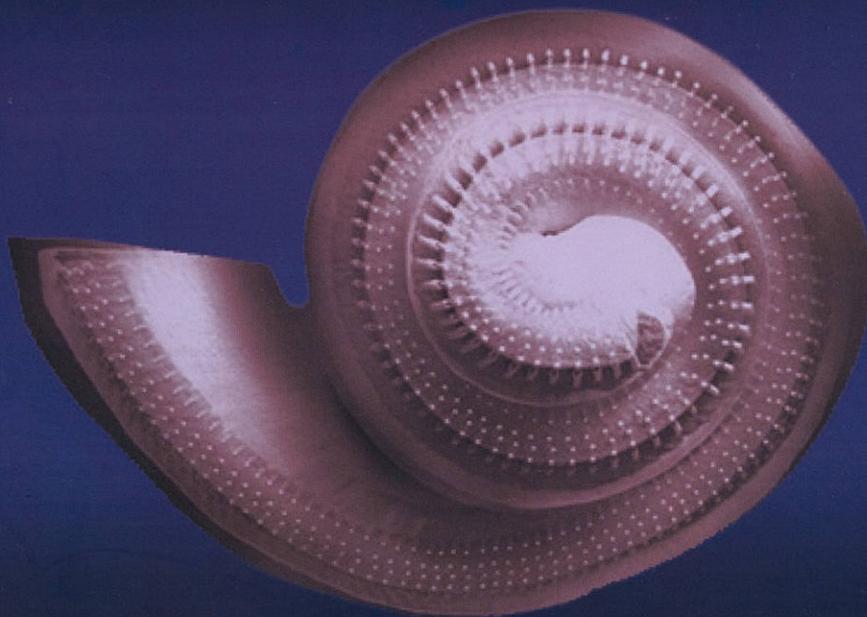
Dr. Ramón A. Horcasitas Pous

**EFICACIA DE LA DROPROPIZINA EN
EL TRATAMIENTO DE LA TOS DE
ETIOLOGÍA DIVERSA EN POBLACIÓN
MEXICANA INFANTIL Y ADULTA**

Dr. Víctor Manuel Belalcázar López
et al.

**PERFIL CLINICO DE LA SINUSITIS
CRONICA PEDIATRICA EN EL VALLE DE
MEXICO**

Dr. Andrés Sánchez González



SÍNTOMAS NEUROTOLÓGICOS COMO PRESENTACIÓN INICIAL DEL CARCINOMA NASOFARÍNGEO.

Celis-Aguilar E^{1*}, Mayoral-Flores HO¹, Burgos-Páez A¹,
Caballero-Rodríguez CB²

Adscripción:

¹Departamento de Otorrinolaringología, Centro de investigación y docencia en ciencias de la salud (CIDOCS), Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), México. Email: erikacelis@hotmail.com

²Departamento de Patología, Centro de investigación y docencia en ciencias de la salud (CIDOCS), Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), México. Email: drabeatrizcaballero@hotmail.com

*Autor correspondiente:

Erika Celis-Aguilar. Departamento de otorrinolaringología, CIDOCS, UAS. México. Eustaquio Buelna No. 91 Col. Gabriel Leyva C.P. 80030. Culiacán, Sinaloa, México. Tel. (667) 7132606, (667) 7137978.

Email: erikacelis@hotmail.com.

RESUMEN

El carcinoma nasofaríngeo es una neoplasia poco frecuente que surge del epitelio nasofaríngeo. A pesar de tener una baja presentación mundial, esta neoplasia es endémica en el sureste de Asia y particularmente del sur de China. Un quinto de los pacientes desarrolla disfunción de pares craneales y cefalea.

Los síntomas neurotológicos se diagnostican de forma inadecuada debido a que solo el 20% de los pacientes presentan estos síntomas al momento del diagnóstico. Los síntomas neurotológicos más frecuentes son acufeno, otitis media serosa y pérdida auditiva. La parálisis de nervios craneales es rara, con afección principalmente del V y VI par. Los pacientes se enfrentan a problemas en el diagnóstico debido a los diversos síntomas de la enfermedad, los cuales requieren una alta sospecha del médico tratante. Además, para un diagnóstico oportuno se requiere una pronta interconsulta a otorrinolaringología y visualización endoscópica de la nasofaringe.

Presentamos caso de paciente con obstrucción nasal derecha, epistaxis, otitis media, cefalea, dolor en cuello y diplopía. El paciente fue referido debido a síntomas nasales y erosión del seno esfenoidal como hallazgo incidental en la tomografía de senos paranasales. Enfatizamos la presentación neurotológica inicial en pacientes con carcinoma nasofaríngeo.

Palabras claves: carcinoma nasofaríngeo, síntomas neurotológicos

ABSTRACT

Nasopharyngeal carcinoma is a rare malignant neoplasm that arises from nasopharyngeal epithelium. Although globally rare, is endemic in Southeast Asia particularly south China. One fifth of these patients develop cranial nerve dysfunction and headache.

Neurotologic symptoms are inadequately diagnosed since only 20% develop these symptoms at diagnosis. Tinnitus, serous otitis media and hearing loss are the most frequent neurotologic symptoms. Cranial nerve palsies are rare and most frequently affect V and VI nerves. Patients face referral and diagnostic problems due to a myriad of symptoms, requiring high suspicion by the medical team. Furthermore, otolaryngology referral and endoscopic visualization are paramount for diagnosis.

We report a case that developed right nasal obstruction, epistaxis, otitis media, headache, neck pain and diplopia. The patient was referred due to nasal symptoms and erosion of sphenoid sinus as an incidental finding on CT scan. We highlight the clinical symptoms at presentation, particularly neurotologic symptoms.

KEYWORDS

nasopharyngeal carcinoma; neurotologic symptoms.

ABBREVIATIONS

CN: cranial nerve; CT: computed tomography; OME: Otitis media with effusion.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma nasofaríngeo es una neoplasia maligna localizada en nasofaringe, la cual es común en sur de China y Taiwan [1,2,3,4]. La incidencia en el resto del mundo es 1 en 100,000 [1]. La presentación clínica es sutil, frecuentemente mal diagnosticada. Ochenta por ciento de los pacientes presentan adenopatía cervical. Desafortunadamente, los síntomas nasales como epistaxis y obstrucción nasal son poco específicos.

Los síntomas neurotológicos como la neuropatía craneal se presenta en un 7.8-30% de los pacientes [2,3,4,5]. El par craneal quinto y sexto son los más fre-

cuentemente afectados [3,4,5]. La parálisis de nervios craneales es resultado de la extensión tumoral directa al seno cavernoso y base de cráneo. Presentamos caso con síntomas neurotológicos como presentación inicial.

REPORTE DE CASO

Presentamos el caso de un hombre de 24 años con dolor cervical, cefalea, diplopia, obstrucción nasal, plenitud ótica bilateral y epistaxis ocasional. El paciente fue referido por el departamento de oftalmología y neurología por síntomas nasales y erosión esfenoidal como hallazgo accidental en la tomografía computada (TC). El paciente refería diplopía de 3 meses de evolución, la cual era observada por el servicio de oftalmología sin un diagnóstico claro. En la primera consulta el paciente se quejaba solamente de diplopia, cefalea y dolor cervical, el resto de los síntomas (epistaxis ocasional, obstrucción nasal y plenitud ótica bilateral) se obtuvieron por interrogatorio directo y eran considerados por el paciente como sutiles o irrelevantes para el padecimiento actual.

La exploración física mostraba una parálisis del sexto par craneal (ver figura 1) y leve asimetría del tercio facial inferior (ver figura 2). Los diapasones revelaban hipoacusia conductiva bilateral. El resto de pares craneales eran normales.

En la otoscopia bilateral mostraba otitis media con derrame (OMD). La endoscopia nasal mostró una lesión submucosa irregular e hipervascular en la nasofaringe derecha. A la palpación de cuello presentaba linfadenopatías cervicales bilaterales en niveles linfáticos III, IV y V.

La tomografía de senos paranasales mostraba ocupación en nasofaringe y erosión inferior y lateral de esfenoides (Figura 3). Adicionalmente la tomografía revelaba adenopatías múltiples y bilaterales mayores a 1 cm y las cuales eran asintomáticas (ver figura 4).

El paciente fue sometido a biopsia endoscópica nasofaríngea y biopsia abierta de ganglio linfático. Debido a la intensa vascularidad del tumor el paciente requirió taponamiento posterior y hospitalización por 3 días. Al alta el paciente no presentaba epistaxis.

Patología confirmó el diagnóstico de carcinoma nasofaríngeo. Se realizó inmunohistoquímica con los siguientes resultados (ver figura 5): P63 + (Figura A), EGFR positiva (Figura B), citoqueratina 5/6 positiva (Figura C), citoqueratina AE1/AE3 positiva (Figura D), CD45 negativa (Figura E), EBER positiva (Figura F).

El tratamiento consistió en radioterapia con buenos resultados. El paciente cuenta con 24 meses de seguimiento sin evidencia de enfermedad.



Figura 1. Parálisis del sexto par craneal



Figura 2. Asimetría del tercio inferior facial



Figura 3. Tomografía de senos paranasales muestra ocupación esfenoidal y erosión de la pared lateral e inferior de esfenoides.

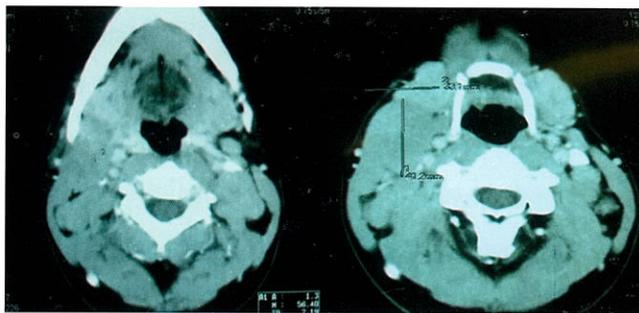


Figura 4. Tomografía de cuello muestra adenopatía bilateral múltiple.

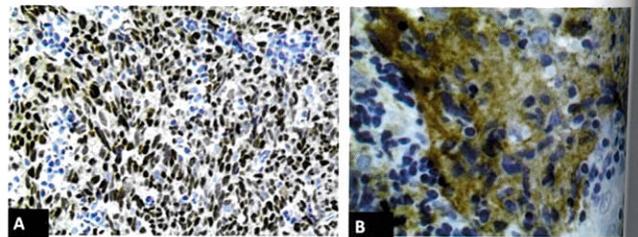


Figura 5. Resultados de inmunohistoquímica: P63 + (Figura A), EGFR positiva (Figura B), citoqueratina 5/6 positiva

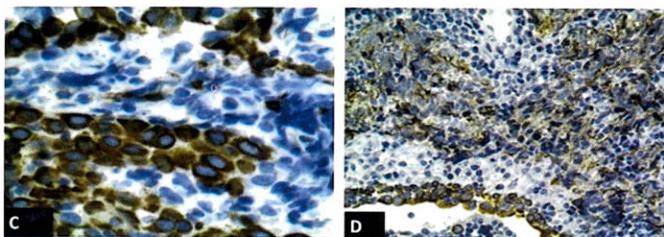


Figura 5. Resultados de inmunohistoquímica: P63 + (Figura C), citoqueratina AE1/AE3 positiva (Figura D), CD45 negativa

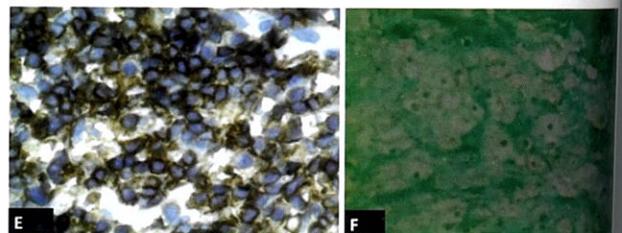


Figura 5. Resultados de inmunohistoquímica: P63 + (Figura A), EGFR positiva (Figura E), EBER positiva (Figura F)

PRO
DR.

PRO

DR.
PAM

DR.
MAF

DR.
MAC

COG
DR.
DR.

feso

DISCUSIÓN

El carcinoma nasofaríngeo es un carcinoma escamoso no linfomatoso el cual surge del epitelio de superficie de nasofaringe y se presenta más comúnmente en la población de China del Sur y Taiwan [1,2,3,4]. Se han asociado como agentes causales el consumo de pescado salado y la infección por el virus del Epstein Barr. La edad de presentación es en la segunda y cuarta a quinta décadas.

Los signos y síntomas del carcinoma nasofaríngeo están relacionados a la localización tumoral y su diseminación [5]. Debido a su origen muchas veces oculto, la enfermedad puede extenderse fácilmente en caso de no diagnosticarse a tiempo [6]. Las manifestaciones clínicas más comunes son: masa nasofaríngea, tumoración en cuello y epistaxis. La presencia de una masa nasofaríngea predice la presencia de carcinoma nasofaríngeo con una sensibilidad del 90.7% y especificidad del 28.4%; por otro lado, una masa en cuello tiene una baja sensibilidad (66%) pero alta especificidad (80.9%) [4]. Chung-Chan et al. [4], calculó la sensibilidad y especificidad al combinar la presencia de una masa en cuello y una masa nasofaríngea, reportó un 60% de sensibilidad y 89.6% de especificidad con una exactitud 65.6.

Las manifestaciones otorrinolaringológicas de la enfermedad surgen de la invasión de la fosa de rosenmu-

ller y el torus tubarius, las cuales causan obstrucción de la trompa de Eustaquio y otitis media con derrame. A pesar que la comunidad otorrinolaringológica considera OMD unilateral como sugestiva de una ocupación de una masa nasofaríngea, nuestro paciente contaba con otitis media bilateral la cual manifiesta diseminación de la enfermedad. Por otro lado, la epistaxis es un síntoma poco específico.

La afección de pares craneales es rara, solo 7.8% de los pacientes desarrollan este síntoma al inicio de la enfermedad [4] (ver tabla 1). Los pares craneales V y VI son los más afectados [4,5]. La parálisis de los nervios craneales es causada por invasión a la base de cráneo y el seno cavernoso.

Li et al. [5], reportó que 75% de los pacientes que presentaban afección a pares craneales sufrían de parálisis del V, VI y XII. Por otro lado, la diplopia ha sido estudiada por otro grupo de investigación [6], el cual reportó que 6.2% de sus pacientes la habían manifestado como síntoma inicial. Además, Li et al. Encontró una recuperación neurológica significativa después de la radioterapia.

Lee et al. [3] estudió 4768 pacientes, en el cual encontró parálisis de nervios craneales del I al XII, aunque no reportó porcentajes de presentación. Aún más, Mo et al. [7], reportó 171 parálisis craneales unilaterales y 7 parálisis craneales bilaterales.

Nervio Craneal	Porcentaje de afección reportado en la literatura	Nuestro caso de reporte
I	ND	
II	ND	
III	ND	
IV	ND	
V (TOTAL)	12.5% ³ , 38% ⁵	+
V1	49.4% ⁷	
V2	44.9% ⁷	
V3	35.4% ⁷	
VI	10.5% ³ , 26% ⁵	+
VII	ND	+
VIII	ND	-(OMD)
IX	ND	-
X	52% ²	-
XI	ND	-
XII	11% ⁵	-
CN	7.8% ⁴	
afección total	4.3% Único Signo ³	

Tabla 1. Incidencia de parálisis de pares craneales al momento inicial del diagnóstico.

Los síntomas de carcinoma nasofaríngeo son vagos y no específicos, especialmente si solo síntomas neurológicos son evidentes en la presentación inicial. Además hay una falta de capacitación en la comunidad médica en relación a los síntomas iniciales del carcinoma nasofaríngeo [6].

Nuestro paciente manifestó inicialmente una masa en cuello, diplopia, epistaxis, dolor facial, OMD, obstrucción nasal y una masa nasofaríngea evidente en la endoscopia. Paradójicamente el paciente solo refería diplopia, cefalea y dolor en cuello, el resto de los síntomas se obtuvieron por interrogatorio directo y exploración física. Lee et al. [3], ha descrito la discrepancia entre síntomas y signos en pacientes con carcinoma nasofaríngeo; los síntomas otológicos por ejemplo, son más frecuentes cuando se realizan pruebas audiológicas específicas (20% vs 62%). Asimismo, la linfadenopatía cervical asintomática añade dificultad al diagnóstico certero de la enfermedad. Sin embargo, la sobrevida depende de un diagnóstico temprano, siendo mayor en estadios tempranos.

La parálisis de nervios craneales, como nuestro caso, puede ser sub-diagnosticada por las diferentes especialidades médicas y retrasar el diagnóstico. Consideramos importante recalcar las iniciales y diversas presentaciones clínicas de esta enfermedad. Se debe tener una sospecha clínica alta cuando nos enfrentemos con una

parálisis craneal, especialmente del par craneal V y VI, sobre todo si existen síntomas nasales o la presencia de una masa en cuello. En estos pacientes, se requiere un estudio diagnóstico completo, incluyendo tomografía de senos paranasales y endoscopia nasal, especialmente en regiones endémicas.

CONCLUSIONES

Se debe descartar carcinoma nasofaríngeo, en pacientes con parálisis de pares craneales y síntomas simultáneos nasales, como epistaxis, obstrucción nasal o la presencia de masa en cuello. Se recomienda realizar endoscopia nasal y tomografía de senos paranasales en pacientes con estos síntomas, especialmente en zonas endémicas.