

## COMUNICACIÓN BREVE

### Metástasis a la región nasosinusal<sup>☆</sup>

Carlos S. Duque-Fisher<sup>a,\*</sup>, Roy Casiano<sup>b</sup>, Alejandro Vélez-Hoyos<sup>c</sup> y Andrés F. Londoño-Bustamente<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cancerología, Hospital Pablo Tobon Uribe, Medellín, Colombia

<sup>b</sup>Division Sinus, Voice and Speech Disorders, Department of Otolaryngology, University of Miami Leonard M. Miller School of Medicine, Miami, EE.UU.

<sup>c</sup>Laboratorio de Patología, Hospital Pablo Tobon Uribe, Medellín, Colombia

<sup>d</sup>Departamento de Otorrinolaringología, Universidad CES, Medellín, Colombia

Recibido el 6 de mayo de 2009; aceptado el 15 de junio de 2009

Disponible en Internet el 2 de septiembre de 2009

#### PALABRAS CLAVE

Metástasis;  
Biopsia de senos  
paranasales;  
Epistaxis

#### KEYWORDS

Metastasis;  
Paranasal sinuses  
biopsy;  
Epistaxis

#### Resumen

Las metástasis a los senos paranasales, aunque se presentan, son raras; dependiendo del área anatómica afectada, los pacientes referirán sintomatología similar a la que se presenta por tumores primarios propios del sitio. En muchas ocasiones, solamente la biopsia podrá ilustrar al médico tratante y permitirle tomar una conducta acorde con el estado del paciente.

Presentamos 2 pacientes con tumores metastásicos al seno esfenoidal provenientes de la glándula tiroides y del páncreas, y 2 pacientes con carcinoma renal metastásicos a fosa nasal derecha.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Metastasis to the sinonasal region

#### Abstract

Metastasis to the sinonasal region do appear, but are rare. Depending on the affected anatomical area, patients might have symptoms similar to the ones presented with a primary tumour of the area. In many occasions, only a biopsy will give a final diagnosis and provide the treating physician with a pathway to follow.

We present two patients with metastatic carcinoma to the sphenoid from the thyroid and pancreas and two patients with metastatic renal cell carcinoma to the left nasal vestibule.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

<sup>☆</sup>Trabajo presentado como Poster durante el 7mo Congreso Internacional de Cáncer de Cabeza y Cuello San Francisco California USA Julio 19–23 2008

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: casidduque@hotmail.com (C.S. Duque-Fisher).

## Introducción

Los senos maxilares constituyen el seno paranasal más comúnmente afectado por tumoraciones metastásicas a la región nasosinusal, le siguen en frecuencia el seno etmoidal, el frontal y el esfenoidal. Salvo que el médico tratante conozca con anterioridad los antecedentes de tratamiento previo o actual de su paciente para lesiones tumorales malignas, es muy factible que la sintomatología sea similar a la que presentaría si tuviese una tumoración primaria de los senos paranasales<sup>1,2</sup>.

Cualquier tumoración maligna originada en los diferentes órganos del cuerpo humano podría potencialmente originar metástasis que llegaran a comprometer los senos paranasales; sin embargo, en su orden, los tumores renales, de la mama, la próstata y el pulmón son los que se describen más frecuentemente en la literatura médica mundial<sup>3</sup>.

## Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de la base de datos del Servicio de Rinología del Departamento de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Miami, Estados Unidos y del Departamento de Cirugía, Sección Cabeza y Cuello del Hospital Pablo Tobon Uribe en Medellín, Colombia.

## Resultados

Se encontraron 4 pacientes con lesiones metastásicas a la región nasosinusal, descritos en la [tabla 1](#).

## Descripción de los pacientes

### Paciente n.º 1

Mujer de 60 años a la que hacía 7 años le había sido practicado tiroidectomía total y tratamiento complementario por yodo radiactivo por presentar carcinoma folicular del tiroides. En el momento de la consulta se consideraba libre de enfermedad. La paciente consultó por presentar obstrucción nasal progresiva, la cual no cedía al tratamiento con los antihistamínicos convencionales. Se practicó examen endoscópico nasal, el cual demostró una lesión rojiza que

ocupaba gran parte de la nasofaringe; el examen cervical no presentaba alteraciones.

La paciente fue llevada a cirugía y bajo anestesia general se procedió a llevar a cabo resección endoscópica de la lesión polipoide que ocupaba la coana derecha y parte de la izquierda. Mediante el uso del microdebridador, la porción necrótica distal de la masa fue reducida de tamaño, haciéndose evidente que provenía de la cola del cornete inferior derecho; éste fue resecado en bloque y el espécimen fue enviado al servicio de anatomía patológica, que confirmó un carcinoma folicular tiroideo metastásico. La paciente fue referida al servicio de cabeza y cuello para su seguimiento y control.

### Paciente n.º 2

Mujer de 78 años quien previamente había sido tratada por carcinoma de mama, del cual se hallaba, al momento, libre de enfermedad luego de casi 10 años de seguimiento. Además, ocho meses antes de la consulta fue tratada mediante quimioterapia y radioterapia por cáncer de páncreas. Primeramente fue evaluada por Oftalmología luego de que presentase diplopía derecha y leves cambios en la agudeza visual. Fue remitida al servicio de rinología tras la realización de una tomografía computarizada (TC) simple y contrastada de senos paranasales en la que se observaba una masa que erosionaba el techo del ápex esfenoidal derecho sobre el ápex orbitario ([fig. 1](#)).

Con estos estudios, se llevó a la paciente a cirugía, practicándose una sinusotomía eseno-etmoidal derecha con exéresis de la lesión del techo esfenoidal observable. El informe de Anatomía Patológica reveló que se trataba de metástasis de adenocarcinoma de páncreas. La paciente desarrolló múltiples metástasis a diferentes órganos y falleció dos meses luego de que la metástasis a seno esfenoidal fuera documentada ([fig. 2](#)).

### Paciente n.º 3

Mujer de 87 años que presentaba crecimiento rápido de una masa en la fosa nasal izquierda acompañada de epistaxis y obstrucción nasal. Se realizó TC de los senos paranasales en la que se observó una masa en la fosa nasal izquierda, que no erosionaba la pared interna del seno maxilar ([fig. 3](#)).

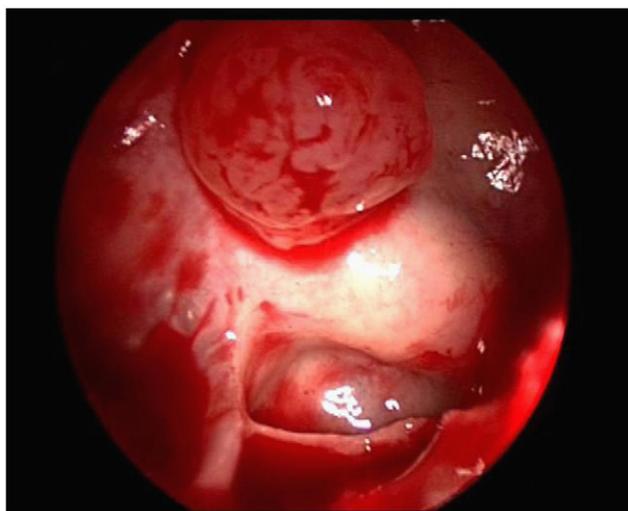
Su historia médica previa revelaba que hacía ocho años se le había practicado nefrectomía izquierda y posterior

**Tabla 1** Metástasis a senos paranasales

| Paciente/ edad/sexo | Sitio anatómico                | Síntoma                               | Cirugía  | Patología                                      |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| 1-60-F              | Cornete inferior derecho/coana | Obstrucción nasal progresiva          | Resección endoscópica                              | Metástasis de carcinoma folicular del tiroides |
| 2-78-F              | Esfenoides derecho             | Diplopía, parálisis del par craneal 6 | Esfenoetmoidectomía derecha endoscópica            | Metástasis de adenocarcinoma pancreático       |
| 3-87-F              | Fosa nasal izquierda           | Epistaxis, obstrucción nasal          | Maxilectomía media izquierda por rinotomía lateral | Metástasis de carcinoma renal                  |
| 4-71-M              | Fosa nasal izquierda           | Epistaxis, obstrucción nasal          | Resección endoscópica                              | Metástasis de carcinoma renal                  |



**Figura 1** Paciente n.º 2. Tomografía contrastada. Masa que erosiona el techo del seno esfenoidal derecho.

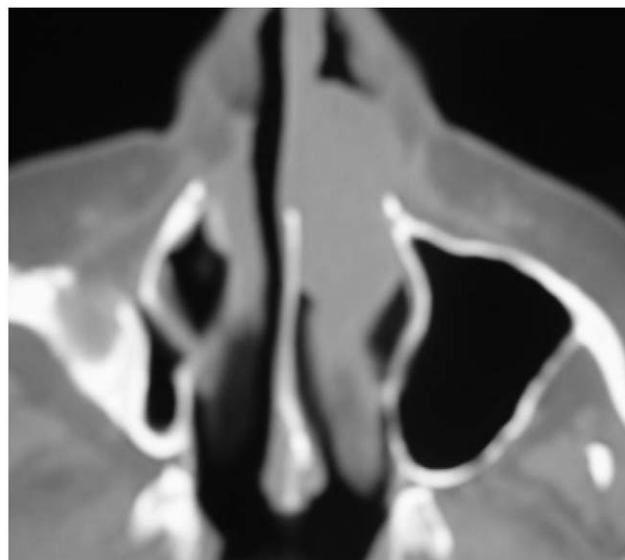


**Figura 2** Paciente n.º 2. Visión endoscópica de metástasis de adenocarcinoma pancreático al seno esfenoidal.

radioterapia por carcinoma renal. Además, dos años antes de la sintomatología nasal, se le diagnosticaron y trataron mediante quimioterapia unas metástasis pulmonares, que se encontraban, en el momento de la consulta, en remisión. Fue llevada a cirugía y mediante rinotomía lateral se le practicó maxilectomía media izquierda resecando la masa de 3 × 3 cm adherida a la pared maxilar medial izquierda. El servicio de anatomía patológica confirmó que se trataba de una metástasis de un carcinoma renal.

## Discusión

Las metástasis a los senos paranasales son muy raras, por lo regular se diagnostican en pacientes con el antecedente conocido de lesión tumoral ya tratada en el pasado. Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar tumoración



**Figura 3** Paciente n.º 3. Tomografía computarizada que demuestra lesión metastásica renal que ocupa la fosa nasal izquierda.

metastásica a los senos paranasales con primario desconocido, manifestándose como si fuese tumor primario a este nivel.

Salvo nuestro primer paciente con carcinoma folicular metastásico, en quien no se consideraba la posibilidad de tener tumor a ese nivel, dado el comportamiento inusual de los tumores bien diferenciados de la tiroides, en los demás pacientes se conocía su antecedente oncológico. En realidad, la sintomatología de estos pacientes con lesiones metastásicas es similar a la que se presenta con los tumores primarios: obstrucción respiratoria, sangrado nasal, cambios en la agudeza visual, etc. Los estudios radiológicos no diferencian el origen tumoral y lo único que finalmente determina el diagnóstico es la biopsia<sup>4-7</sup>.

Aunque la mayoría de los casos publicados reportados en la literatura médica corresponden a lesiones del tracto urogenital, prácticamente todos los tejidos son susceptibles de desarrollar tumores malignos con potencial metastásico a la región nasosinusal.

Dos de nuestros pacientes (3 y 4) fueron tratados previamente por carcinoma renal, además, una de ellas tuvo previamente metástasis pulmonares, las cuales se controlaron con quimioterapia antes de tener manifestaciones nasales.

La paciente n.º 2 presentó una lesión metastásica de adenocarcinoma pancreático, que no aparece reportada en la literatura médica, aunque, por el contrario, sí existen algunos reportes de metástasis de carcinoma tiroideo a esta región anatómica<sup>8,9</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Prescher A, Brors D. Metastases to the paranasal sinuses: case report and review of the literature. *Laryngorhinootologie*. 2001;80:583-94.

2. Ilvan S, Akyldiz EU, Calay Z, Celikoyar M, Sahinler I. Endometrial clear cell carcinoma metastatic to the paranasal sinuses: a case report and review of the literature. *Gynecol Oncol*. 2004;94:232–4.
3. Mickel RA, Zimmerman MC. The sphenoid sinus—a site for metastasis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1990;102:709–16.
4. El Mejjad A, Juhadi H, Fekak F, Rabii R, Bennani S, Benider A, et al. Orbital metastasis of prostatic carcinoma. *Prog Urol*. 2005;15:85–8.
5. Ikeuchi T, Asai N, Hori T, Hirao N, Tozawa K, Yamada Y, et al. Renal cell carcinoma detected by metastasis to the frontal sinus: a case report. *Hinyokika Kyo*. 1998;44:82–92.
6. Koscielny S. The paranasal sinuses as metastatic site of renal cell carcinoma. *Laryngorhinootologie*. 1999;78:441–4.
7. Reiter R, Allert M, Knuchel R, Strutz J. Sinogenic metastasis of bilateral renal cell carcinoma (hypernephroma). *HNO*. 2002;50:165–8.
8. Altman KW, Mirza N, Philippe L. Metastatic follicular thyroid carcinoma to the paranasal sinuses: a case report and review. *J Laryngol Otol*. 1997;111:647–51.
9. Argibay Vázquez S, Lancha Hernández C, Martínez Muñoz A. Metastases in the sphenoidal sinus in a patient with papillary thyroid cancer. *Clin Transl Oncol*. 2005;7:324–7.