

# ***Carcinoma de Septum Nasal***

---

*Pedro Juiz López\*,  
Juan Pedro Rubio Rodríguez\*,  
María Jesús Álvarez\*\*,  
Luis Zaera De la Vega\*\*,  
Manuel Carbayeda Sánchez\*,  
José Rossi Vargas.\*\**

*Complexo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo*

*\*Servicio de ORL*

*\*\*Unidad de Cirugía Plástica*

## RESUMEN

El cáncer de septum nasal es un tumor raro, de diagnóstico generalmente tardío debido a su clínica insidiosa. Su tratamiento es controvertido motivado por el pequeño número de casos y a la falta de un estadiaje común. Nosotros presentamos el caso de una mujer joven a la que se diagnostica carcinoma epidermoide de septum tras traumatismo nasal y a la que realizamos tratamiento combinado.

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma de septum nasal es un tumor poco frecuente, 9% de los tumores malignos de cavidad nasal y senos paranasales (1). Hasta el año 1978 sólo había 97 casos publicados (2), y en 1996 no más de 250, siendo además series muy cortas, por lo que es difícil valorar el tratamiento más adecuado(3). Aunque se han asociado algunos factores de riesgo, estos no están muy claros.

## CASO CLINICO

Paciente de 35 años que acude a consulta por un accidente laboral en el que sufre traumatismo nasal con fractura de huesos propios. Como antecedentes personales refiere alergia a níquel, fumadora de 20 cigarrillos al día, y haber sido intervenida en la infancia de nariz, supuestamente de un pólipo. Durante el interrogatorio comenta tener obstrucción nasal, dolor ocasional en nariz, así como epistaxis ocasionales, síntomas a los que no daba mayor importancia. El examen clínico revela fractura de huesos propios, pequeña tumefacción muy dolorosa a la palpación en el dorso de los mismos, del tamaño de una lenteja, la cual fue creciendo progresivamente hasta el tamaño de un garbanzo. La rinoscopia anterior permite la visualización de una masa polipoide, sangrante, que destruye el septum óseo provocando una perforación, y que alcanza el rostrum del esfenoides. En cuello no se aprecian adenopatías palpables. Realizamos biopsia que es informada como carcinoma epidermoide. La TAC de senos paranasales muestra una masa que ocupa fosa nasal, senos maxilares, etmoidales y esfenoidal izquierdo, con destrucción de septum óseo y erosión de hueso nasal derecho. Posteriormente se efectúa RM para valorar mejor la extensión, y hallamos un engrosamiento de los dos tercios anteriores del tabique nasal con aspecto nodular extendiéndose hasta unos 2 cm de las coanas, cerca del rostrum esfenoidal, pero sin afectación de dicho seno, de etmoides o cavum. Tampoco extensión a paladar duro, senos maxilares (que si están llenos de secreciones), cráneo u órbita. La mitad posterior del tabique tiene una perforación de unos 2 cm. En la parte ántero-superior del vestíbulo nasal la lesión afecta la porción cartilaginosa, con extensión a tejido subcutáneo, pudiendo haber dudosa erosión del vértice de los huesos propios. Con estos datos decidimos la extirpación del tumor. Para ello realizamos una rinotomía lateral izquierda con exéresis de dorso nasal que incluye piel, huesos propios (respetando su tercio superior), cartílagos triangulares y septal conservando 1 cm de su borde caudal, extirpación de la masa de tabique nasal y apertura de ambos esfenoides. Durante la intervención se realizaron biopsias intraoperatorias

con márgenes libres. Posteriormente colocamos un expansor en la región frontal. La anatomía patológica de la pieza confirma la presencia de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, con márgenes quirúrgicos libres, y sin afectación de dermis epidermis o hueso. Se completa el tratamiento con radioterapia externa al mes de la intervención aplicándose 54 Gy en 27 sesiones. Tras 2 meses de haber finalizado la Rt, se realiza nueva intervención quirúrgica ampliando los ostium de los senos maxilares y limpieza de los mismos, y se inicia la reconstrucción recogiendo injerto de costilla que se sujeta con una aguja de Kischner, doble colgajo volteado de surco nasogeniano para reconstrucción del interior nasal, se diseña un colgajo fronto-glabelar con base en trocleares izquierdos y diseño nasal sobre zona frontal derecha. Dos meses después en un segundo tiempo reconstructivo se secciona el pedículo. Posteriormente fue sometida a remodelados. El seguimiento actual es de 2,5 años, habiéndosele realizado recientemente una RM de control en la que no se aprecian recidivas.

## DISCUSIÓN

El cáncer de septum es un tumor raro, que puede ser separado de otras lesiones nasales por su mejor pronóstico debido a su presentación temprana, menor tamaño y ser más radiosensible (4).

Se han asociado múltiples factores de riesgo como tabaco, exposición a los productos del petróleo, polvo de madera (5), pero su papel exacto es desconocido.(6). En nuestro caso el único que encontramos es el tabaquismo.

La sintomatología es la de las rinopatías comunes, consistente en obstrucción nasal, epistaxis, rinorrea sanguinolenta, dolor. Al examen físico podemos encontrar una úlcera mucosa, lesión nodular, edema, perforación septal, costras, que siguen un curso insidioso el cual puede conducir a un retraso en el diagnóstico (2,8), como ocurrió en nuestro caso que fue diagnosticado gracias a un traumatismo nasal. En casos más avanzados puede aparecer hinchazón nasal, epífora, diplopia, úlcera de paladar (1).

El tratamiento es controvertido, proponiéndose cirugía, radioterapia (externa o intersticial) o una combinación de ambas. Se propone rinotomía lateral con amplios márgenes, mayores de 1 cm, en lesiones de septo anterior. Si es de septo posterior o suelo, entonces un abordaje de Weber- Ferguson con exéresis de paladar, columela y pared medial maxilar. En grandes tumores las prótesis de paladar son necesarias. Si se requiere excisión externa nasal, se puede realizar una reconstrucción

o utilizar prótesis implantadas osteointegradas.(1). Con radioterapia se dan 60-70 Gy incluyendo cadenas submandibulares, aunque no está exenta de complicaciones como afectación de la actividad ciliar, fibrosis o condritis (6). Nosotros mediatizados por la edad de la paciente decidimos hacer una exéresis completa de la lesión, complementada con radioterapia externa y posterior reconstrucción.

Se han propuesto clasificaciones como la de AJCC que corresponde a los tumores de piel o la de Wang (9), teniendo peor pronóstico los que afectan a estructuras vecinas. Algunos autores consideran que los mejor diferenciados histológicamente tienen un mejor pronóstico (10). También el tamaño mayor de 2 cm es determinante pues en estos casos se describen un alto porcentaje de adenopatías (8), lo cual empeora notablemente el pronóstico, por lo que en este caso será aconsejable un vaciamiento o radioterapia cervical. Fradis (11) publica una serie de 11 pacientes todos en estadio I que con radioterapia y cirugía estaban libres de enfermedad tras un seguimiento de 2,5-14 años. La mayoría de los autores coinciden en que la radioterapia, cirugía o terapia combinada dan buenos resultados en tumores pequeños, con supervivencias de 66-90% a los 5 años (1,12,13). Normalmente se prefiere cirugía o radioterapia en lesiones iniciales (1). En lesiones más avanzadas sobre todo con afectación ósea, la radioterapia ofrece un pobre control, por lo que se propone cirugía seguida de radioterapia, así como radioterapia cervical profiláctica. En las que precisarían una gran amputación algún autor prefiere sólo radioterapia (13).

## BIBLIOGRAFIA:

- 1- DiLeo MD, Miller RH, Rice JC, Brent Butcher R. Nasal septal squamous cell carcinoma: A chart review and meta-analysis. *Laryngoscope*, 106:1218-1222,1996
- 2- Weimert TA, Batsakis JG, Rice DH. Carcinomas of the nasal septum. *J Laryngol Otol*. 1978;92:209-213.
- 3- Llorente JL, Zapico MJA, Arias G, Díaz C, Carreño M, Suárez C. Carcinoma epidermoide de septum nasal. *Acta Otorrinolaring Esp*, 49,3 (195-199) 1998
- 4- Ang KK, Jiang GL, Frankenthaler RA et al. Carcinomas of the nasal cavity. *Radiother Oncol* 1992;24:163-168
- 5- Fornelli RA, Fedok FG, Wilson EP, Rodman SM. Squamous cell carcinoma of the anterior nasal cavity: A dual institution review. *Otolaryngol Head and Neck Surgery*,123:207-210, 2000
- 6- McGuirt WF, Thompson JN. Surgical approaches to malignant tumors of the nasal septum. *Laryngoscope* 1984;94:1045-9
- 7- Beatty CW, Pearson BW, Kern EB. Carcinoma of the nasal septum: experience with 85 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1982;90:90-4
- 8- LeLiever WC, Bailey BJ, Griffiths C. Carcinoma of the nasal septum. *Arch Otol*. 1984;110:748-751
- 9- Wang CC. Treatment of carcinoma of the nasal vestibule by irradiation. *Cancer* 1976;38:100-6
- 10- Batsakis JG. Tumors of the head and neck. Clinical and pathological considerations, 2ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1979. P. 177
- 11- Fradis M, Podoshin L, Gertner R et al. Squamous cell carcinoma of the nasal septum mucosa. *Ear Nose Throat J*. 1993;72:217-221
- 12- Wong CS, Cummings BJ, Elhakim T, Briant TD. External irradiation for squamous cell carcinoma of the nasal vestibule. *Int J Radiat Oncol Bol Phys* 1986;12:1943-6
- 13- Piyush Patel F, Tiwari R, Karim AB, Nauta J, Snow GB. Squamous cell carcinoma of the nasal vestibule. *J Laryngol Otol* 1992;106:332-6



**1.- Tumoración en dorso nasal.**



**2.- Exéresis de Tumoración y expansor frontal.**



3.- Reconstrucción del defecto nasal.



4.- TAC Preoperatorio.



5.- RNM Postoperatoria.