

APARTADO DE
ANALES DE OTO.RINO.LARINGOLOGIA DEL URUGUAY

TOMO XLVI

● PARTE III y IV ●

PAGS.: 115 - 119

CARCINOMA DE LA PIRAMIDE NASAL

DRS. JAIME N. GRUNBERG, ENRIQUE SCHNEEBERGER E. SIBILS
BOVE DE VAZQUEZ

—●—

Editorial Periodístico Médica, GARCIA MORALES - MERCANT S. A.
DANTE 1978 — MONTEVIDEO (URUGUAY)

1977

SALA

F712

CARCINOMA DE LA PIRAMIDE NASAL

Drs. Jaime N. Grunberg *

Enrique Schneeberger **

E. Sibils Bove de Vázquez ***

Durante los últimos años, hemos tenido oportunidad de asistir 5 carcinomas epidermoides topografiados en la parte interna de la pirámide nasal, que fueron tratados solamente con cirugía y/o asociados a radioterapia.

Las publicaciones sobre resección y reconstrucción en este tipo de cirugía son poco frecuentes.

CASOS CLINICOS

1er. CASO. — G.R.T. de 71 años, sexo masculino. Consultó el día 20/XI/72 por tumefacción y dolor en la narina izquierda.

Epítasis reiteradas desde hacía 20 días. Al examen se constató una tumefacción de cara interna del ala nasal que llegaba hasta el piso. No tenía adenopatías.

Se realizó biopsia, y el informe anátomo-patológico fue de carcinoma epidermoide diferenciado.

La terapéutica que se instituyó fue la resección de la pirámide nasal.

Fig. 1-1 1-2

El 16/VI/75 se envió para reconstrucción plástica (técnica de Millard). Lleva 5 años de tratado sin recidiva.

2do. CASO. — J. R. 62 años, sexo masculino. Consultó el 11/I/1972, por tumoración de parte interna del ala nasal izquierda.

Fig. 2-1

No tenía adenopatías. La biopsia informó: carcinoma epidermoide. Se resecó el ala nasal el 22/I/77.

En una segunda intervención, se hizo la reconstrucción con un colgajo nasogeniano, a pedículo superior.

Fig. 2-2

3er. CASO. — D.R. Sexo masculino, 77 años.

Consultó el 27/XII/75, por prurito nasal izquierdo y epístasis de escasa entidad, reiteradas en los dos últimos meses.

* Profesor de cirugía buco maxilar (Facultad de Odontología). - Ex-Prof. Adjunto de Otorinolaringología (Facultad de Medicina).

** Ex-Asistente de Otorinolaringología.

*** Otorinolaringólogo del H. C. FF. AA.

Al examen se constató una proliferación a medio centímetro de la ventana nasal, en la unión del tabique con la zona correspondiente del cartílago triangular.

La piel no estaba afectada.

Presentaba adenopatías carotídeas altas del mismo lado de 3 cm. por 3 cm. Se realizó la extirpación de la lesión mediante una incisión paraláteronasal.

Resecado el carcinoma, se repuso la piel, no quedando zona cruenta externa.

Fig. 3-1

En el cuello se hizo vaciamiento ganglionar con yugular en el lado izquierdo.

Se realizó cobalto post operatorio en la zona nasal y en cuello.

Al año de operado recidivó en la zona correspondiente a la espina nasal anterior, donde no se irradió.

Se le trató con telecobaltoterapia y bleomicina, no obteniéndose regresión.

La lesión se extendió al subtabique y labio superior, presentando metástasis en cuello contralateral y pulmonar.

Falleció el 18/IX/1977 por caquexia tumoral.

4to. CASO. — A.N. sexo masculino, 55 años de edad.

Consultó el 5/III/76, por una neoformación fétida, ulcerosa, granulante en la parte caudal de la pirámide nasal, que destruyó el subtabique y la punta infiltró el piso nasal en su parte anterior y el tercio medio del labio superior.

Presentaba adenopatía submaxilar izquierda.

Fig. 4-1

Se decidió realizar en una primera etapa la extirpación de la lesión primaria y en una segunda etapa el vaciamiento de cuello.

Se realizó la extirpación de la pirámide nasal con gran parte del labio superior.

Fig. 4-2

La reconstrucción de labio, se realizó mediante colgajos desplazados de la mejilla.

Fig. 4-3

La reconstrucción del borde rojo se efectuó con mucosa geniana, creada a expensas de los triángulos de Bernard.

La reconstrucción nasal se realizó mediante una prótesis suspendida en los lentes confeccionada en la Clínica de Prótesis de la Facultad de Odontología del Prof. Dr. Walter Lieber Bielli.

Fig. 4-4

Fig. 4-5

El paciente a los 19 meses de operado, se encuentra en cura clínica.



Fig. 1-1. — Paciente antes de comenzar la reconstrucción.

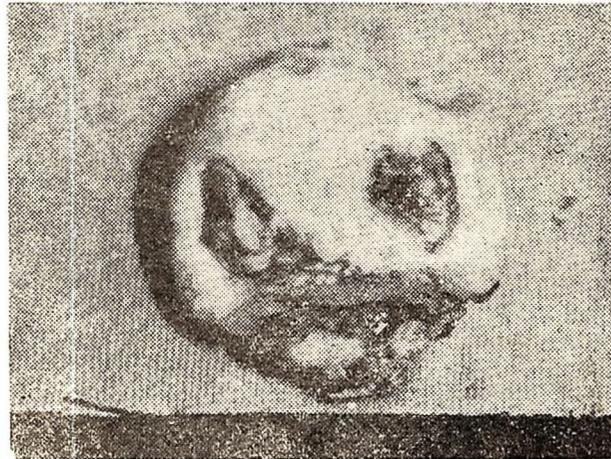


Fig. 1-2. — Pieza operatoria.



Fig. 2-1. — Carcinoma de la cara interna de ala nasal.

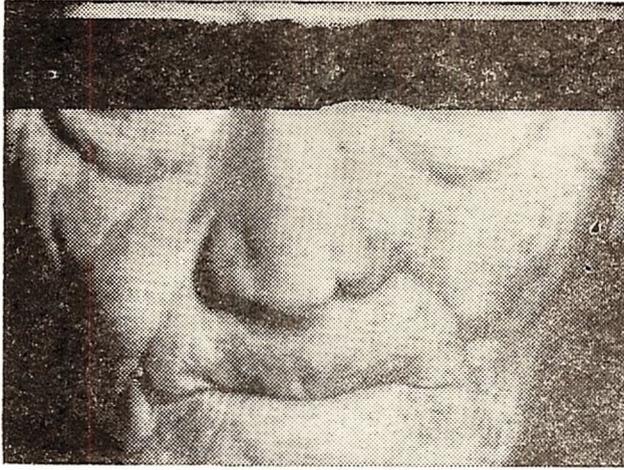


Fig. 2-2. — Post operatorio alejado.



Fig. 3-1. — Aspecto a los 6 meses de operado.



Fig. 4.1. — Aspecto de la lesión. Paciente intubado para ser intervenido.

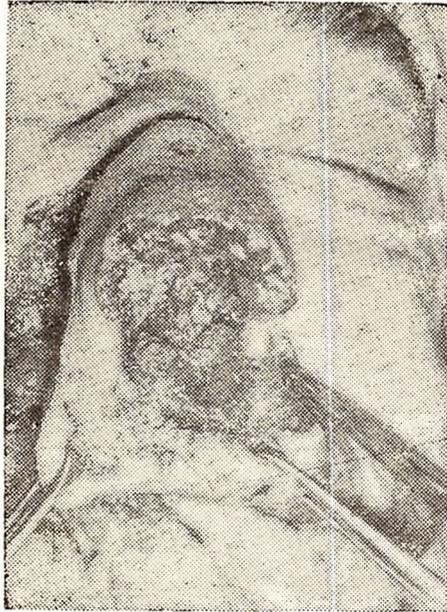


Fig. 4.2. — Resección de pirámide y parte importante de labio superior.

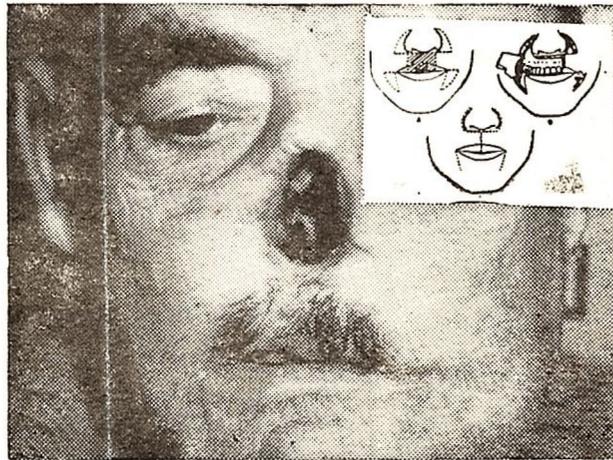


Fig. 4.3 — Post operatorio de reconstrucción de labio. En el ángulo superior derecho el esquema de la técnica.

a) El Rayado de Labio superior marca parte del labio a resecar. En el ángulo labial los triángulos de Bernard, que facilitó el desplazamiento, y es zona que brinda mucosa para reconstruir semi mucosa de labio.

b) Resección realizada, y pronto para reconstrucción.

c) Suturas.

Fig. 4.4. — Prótesis nasal, suspendida de las lentes.

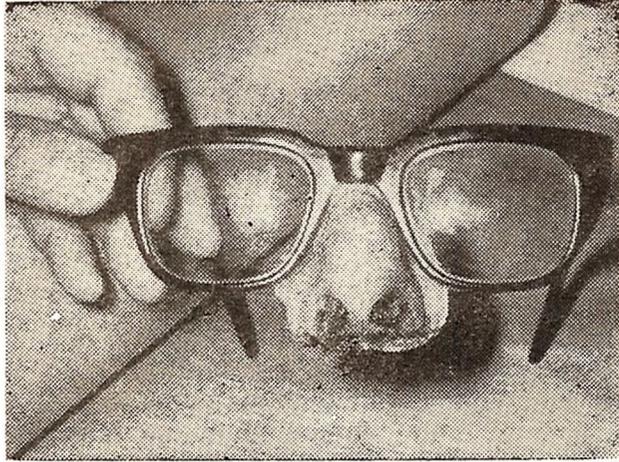
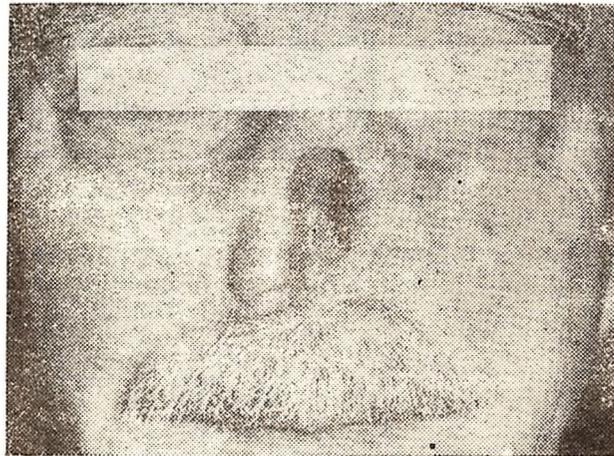


Fig. 4.5. — Paciente con reconstrucción plástica de labio y prótesis nasal.

Fig. 5-1. — Postoperatorio de resección de pirámide nasal.



5to. CASO. — I.F., sexo masculino, 76 años.

Consultó el 1/II/77 por una tumoración de fosa nasal izquierda, de 6 meses de evolución, cubierta por una costra y de crecimiento paulatino.

Se arrancaba frecuentemente la costra, lo que producía una discreta epístaxis.

Al examen se constató una tumoración que ocupaba la fosa nasal izquierda a unos 8 a 10 cm. del reborde narinario en el ángulo que forma el tabique con la pared lateral de la pirámide nasal, correspondiente a la zona del cartílago triangular.

La piel del dorso estaba discretamente infiltrada.

No presenta adenopatías.

La biopsia informó carcinoma epidermoide.

El 19/III/977 se realizó la resección de la pirámide nasal.

Fig. 5-1

En el momento actual se está realizando la prótesis correspondiente, similar a la del caso 4.

RESULTADOS

Se presentan 5 carcinomas que comprometen la pirámide nasal.

EDAD y SEXO. — Los 5 pacientes son de sexo masculino, y las edades oscilan entre 55 y 77 años.

ANATOMIA PATOLOGICA. — Los 5 casos corresponden a carcinomas epidermoides. Dos de ellos con metástasis ganglionares.

TRATAMIENTOS DE LA LESION PRIMITIVA

Por la extensión de la lesión en los casos 1, 4 y 5, se resecó gran parte de la pirámide nasal.

EL CASO 1, se envió, después de 2 años y medio sin evidencia de recidiva al Servicio de Cirugía Plástica, para su reconstrucción.

La plastia labial del caso 4, se realizó con un colgajo de tejido geniano y la de la pirámide, mediante una prótesis suspendida en los lentes.

AL CASO 5, se está realizando una prótesis similar a la del caso anterior.

El caso 2, bastante limitado, permitió la resección del ala de la nariz.

En una segunda etapa se le realizó la reconstrucción con un colgajo nasogeniano a pedículo superior.

EL CASO 3, tenía la piel indemne, lo que permitió abordarlo por rinotomía lateral, resecando la lesión y no dejando solución de continuidad en la piel.

De los 5 pacientes, 4, están vivos; el caso 3 falleció con recidiva local, metástasis regional y pulmonar.

Los casos 3 y 4 fueron tratados con telecobalto.

DISCUSION

Los carcinomas de la parte interna de la pirámide nasal son escasamente tratados en los textos y en las comunicaciones científicas.

Muchas veces se les dedica alguna consideración dentro de los tumores de las fosas nasales y senos maxilares.

Estos tumores asientan sobre estructuras cartilaginosas y óseas.

La excéresis quirúrgica es la indicación terapéutica, sola o asociada con radioterapia.

Hay una resistencia de los cirujanos y de los pacientes a la mutilación que provoca la resección de la pirámide nasal.

Antiguamente, la amputación de la nariz era considerada un hecho punible y deshonroso (Tagliacozze, 1597).

Un elemento de ridículo había sido asociado a la deformidad, y hasta hace poco tiempo con el intento de reconstrucción.

En el siglo XIX Denonvilliers, comentó con desdén que la reconstrucción era "reemplazar una desfavorable deformidad por otra irrisoria".

Afortunadamnte hoy, con los modernos métodos de reconstrucción se aseguran facies aceptables.

A los pacientes a los cuales no está indicada la reconstrucción quirúrgica, por edad o razones de orden general, son satisfactorias las prótesis nasales.

De los cinco casos tratados, el primero y el segundo están en cura clínica después de 5 años.

El tercer caso falleció con una recidiva que no respondió al tratamiento de telecobaltoterapia y quimioestáticos.

Consideramos que la recidiva en este paciente podría haberse beneficiado con una resección amplia como la del caso 4.

El cuarto caso lleva un año y medio de intervenido y está en cura clínica.

En este caso, el tiempo es poco para evaluar la evolución definitiva. Pero se puede considerar como un resultado favorable, tomando en consideración la destrucción que había producido el neoplasma y la gran fetidez de la lesión que no le permitía una convivencia social.

En el quinto caso la intervención es de este año, y se está realizando una prótesis nasal.

De la observación de estos casos clínicos, se concluye que la resección en este tipo de localización no ofrece mayor problema técnico, no así la reconstrucción.

R E S U M E N.

Se presentaron tres casos de resección amplia de la pirámide nasal. A uno de ellos se le realizó la reconstrucción plástica y a los otros dos la reconstrucción protética.

De los otros dos casos, en uno se le realizó la excéresis del ala nasal, siendo la secuela de menor entidad y su reconstrucción fácil. En el otro prácticamente no se dejó deformidad externa pues se realizó un abordaje paralátero-nasal, sin dejar pérdida de sustancia cutánea.

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

1. Berson, M. I. — Atlas de cirugía plástica. Ed. Científica médica. Barcelona, 1966.
2. Denecke, H. J. Meyer R. — Plastic surgery of head and Neck. Ed. Springer Verlag. New York, 1967.
3. Drane J. B., Rahn A. O. — Maxillo facial prosthetics. En Cancer of the head and neck. MacComb W. S., Fletcher G. H. Baltimore. The Williams and Wilkins Co., 1967.
4. Fairbanks Barboza, J. — Surgical treatment of Head and Neck. New York. Grune and Stratton, 1974.
5. Gelbke H. — Cirugía plástica y reconstructiva. Cabeza y cuello. Barcelona. Toray S. A., 1968.
6. Loré J. M. — An Atlas of head and Neck Surgery. Vol I. Philadelphia. W. B. Saunders Co., 1973.