Adenocarcinoma etmoidal

Queda referenciado en el contexto de los adenocarcinomas de la mucosa nasosinusal.

Clasificación

Se diferencian dos grupos: los que tienen su origen en el epitelio mucoso superficial y aquellos cuyo origen se encuentra en las glándulas seromucosas.

Estos últimos tienen características histológicas similares a los tumores de glándulas salivares mayores.

El adenocarcinoma puede subdividirse a su vez en papilar, mucinoso, seromucoso y tubular.

Neto y cols., en una serie de 12 casos, refieren la presencia de glándulas tubulares compuestas por células únicas cuboideas o cilíndricas bajas con núcleos ovales o redondos de localización basal, y nucleolos prominentes. Observaron la presencia de pleomorfismo, atipia y actividad mitótica aumentada y la ausencia de estroma. El patrón global es túbulo-cístico, con la presencia ocasional de áreas cribiformes y papilares.

Clínica

Las características clínicas más frecuentes son la obstrucción nasal y la epistaxis.

Diagnóstico

TAC de adenocarcinoma etmoidal recidivante , que ocupa el seno frontal y etmoidal derechos con invasión de la porción intracraneal localizada en lóbulo frontal derecho, que mide unos 3,1 x 4,7 x 3,6 cm., y con una captación heterogénea de contraste.Existe también un edema asociado a dicha lesión con un mayor efecto masa que desplaza la línea media, borramiento de surcos en la convexidad derecha, signos de herniación subfalciana y colapso de las astas anteriores de ambos ventrículos laterales.

Diagnóstico diferencial

Debe establecerse con el hamartoma adenomatoide epitelial del tracto respiratorio, hamartoma de glándula seromucosa, papiloma invertido, pólipo antrocoanal y otros tipos de adenocarcinomas.

El hamartoma adenomatoide epitelial contiene glándulas ciliadas de tipo epitelial respiratorio. El hamartoma de glándula seromucosa contiene pequeñas glándulas seromucosas alternas con cavidades quísticas y vasos sanguíneos. Ambos tipos de hamartoma carecen de las características histológicas de invasividad y del patrón cribiforme característico del adenocarcinoma. El papiloma invertido de células cilíndricas adopta un patrón estratificado de células eosinófilas con aspecto oncocitoide, que se sustentan sobre una gruesa membrana basal. El pólipo antrocoanal presenta áreas infartadas, edema, células inflamatorias, proliferación de vasos sanguíneos y glándulas escasas. Por último, hemos de considerar las metástasis en el diagnóstico diferencial.

Tratamiento

Por su ubicación centrofacial y la existencia de varias estructuras contiguas como órbita, cavidad oral, fosa infratemporal y base del cráneo, el tratamiento de este tipo de tumores es difícil y complejo, incluyendo especialidades tan diversas como otorrinolaringología, neurocirugía, cirugía reconstructiva, oftalmología y oncología entre otras

Los tumores del complejo nasoetmoidal deben abordarse quirúrgicamente mediante un acceso combinado craneofacial o mediante una rinotomía lateral o total, acceso transpalatal o acceso transantral.

En tumores paranasales malignos, con afectación de la base de cráneo, se hace preciso un abordaje combinado craneofacial.

En casos con afectación orbitaria es precisa la resección en bloque junto con la exenteración. En aquellos casos de afectación de la línea media limitada al complejo nasoetmoidal, sin afectación orbitaria ni meníngea, se recomienda un abordaje más conservador.En estos casos, se puede emplear la rinotomía total o lateral. La rotación superior y lateral, respectivamente, de toda la pirámide nasal, permite un amplio acceso a las dos fosas nasales, laberinto etmoidal, paredes mediales de ambas órbitas y senos maxilares, lámina cribiforme y suelo de las fosas nasales.

From:
http://neurocirugiacontemporanea.com/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=adenocarcinoma_etmoidal

Last update: **2019/09/26 22:26**