

# Patología tumoral en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universidad de Chile

Felipe Valencia P.<sup>(1)</sup>, Daniela Gutiérrez C.<sup>(2)</sup>, Carlos Celedón L.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>CESFAM Juan Antonio Ríos

<sup>(2)</sup>Depto. de Otorrinolaringología, HCUCH.

**SUMMARY** *The head and neck neoplasm's are a frequent cause of consultation in ENT (ear, nose and throat) pathologies. For practical purposes, the head and neck cancers can be classified according to their anatomical location, in sinonasal, pharyngeal, laryngeal, oral, otologic and salivary glands. The objective of this work is to give a description of tumoral cervico facial pathology that was seen in the Otolaryngology service of HCUCH (Hospital Clínico Universidad de Chile) in 2010, in order to understand and present the local situation and establish the most common entities. We included 120 patients with diagnosis of tumoral pathology, which yielded the following results: 20.8% of salivary glands, 19.2% of sinonasal, 17.5% of the larynx, 16.7% of Mouth tumors, 9.2% of the pharynx, 8.3% of neck, 2.5% of ear, and 5.8% of others which couldn't be classified. In our results dominate most common etiologies of head and neck pathology, predominates such as larynx and mouth cancer, and benign tumors of the parotid gland. Some rare entities in the general population appear in higher proportions in this study, because this clinic tends to concentrate these pathologies. On the other hand, there are other low-frequency neoplasms, which didn't appear in our cases, probably because it was taken in a limited time of 1 year.*

## INTRODUCCIÓN

Las neoplasias de cabeza y cuello son una causa frecuente de consulta dentro de las patologías otorrinolaringológicas. Tradicionalmente se ha descrito a la patología maligna de esta región anatómica como la quinta causa de cáncer en el mundo<sup>(1)</sup>, representando en EEUU el 3% de todas las neoplasias, siendo los hombres ampliamente más afectados con prevalencias 2 a 4 veces más altas que en las mujeres<sup>(2)</sup>.

Entre los factores de riesgo reconocidos para desarrollar neoplasias de cabeza y cuello está en primer lugar el tabaquismo, aumentando el riesgo de 5 a 25 veces en los fumadores activos<sup>(3,4)</sup> y en cifras menores, a aquellos que consumen masticándolo<sup>(5)</sup> o bien como fumadores pasivos<sup>(6)</sup>. Otro factor reconocido de riesgo es el consumo de alcohol, interactuando además con el tabaco y reconociéndose un efecto multiplicativo con el consumo de ambos<sup>(3)</sup>, siendo su riesgo relativo aislado dependiente de la dosis diaria ingerida<sup>(7)</sup> y estando relacionada con los polimorfismos de las enzimas alcohol

dehidrogenasa y aldehído dehidrogenasa<sup>(8)</sup>. Para ciertas neoplasias específicas se han asociado riesgos aumentados con la infección crónica por algunos virus, como por ejemplo el virus Epstein-Barr (VEB) asociada al carcinoma nasofaríngeo<sup>(9)</sup>, el virus papiloma humano (VPH) con los carcinomas orofaríngeos<sup>(10)</sup>, el virus *herpes simplex* (VHS) con los carcinomas orales<sup>(11)</sup> y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con linfoma no Hodgkin y cáncer de la cavidad oral<sup>(12)</sup>.

Para efectos prácticos, las neoplasias de cabeza y cuello se pueden clasificar según su ubicación anatómica en nasosinusales, faríngeos, laríngeos, orales, otológicos y de glándulas salivales.

### Nasosinusales

Dentro de la patología nasosinusal tumoral benigna se encuentran los mucocelos, osteomas y los papilomas, destacando entre estos últimos el papiloma invertido que es una neoplasia relativamente poco frecuente, representando tan solo el 0,5% de la patología tumoral nasal, pero que se caracteriza por presentar riesgo de malignidad de hasta un 10%<sup>(13)</sup>.

Por su parte, la patología maligna de esta región es muy poco frecuente, representando no más del 5% de todos los cánceres de cabeza y cuello, apareciendo entre la 5° y 7° década de la vida, con una proporción de 2 hombres por cada mujer, principalmente en el seno maxilar. La histología más común es el carcinoma escamoso que corresponde al 85% del total y a diferencia de otros carcinomas de la región, el consumo de tabaco y alcohol no está relacionado con su aparición. Otros cánceres que se presentan en esta área son el adenocarcinoma, preferentemente etmoidal; el carcinoma adenocarcinoma; los carcinomas mucoepidermoides<sup>(13-15)</sup> y los melanomas, siendo estos últimos muy raros con frecuencias menores al 1%<sup>(16)</sup>.

### Faríngeos

Los tumores de faringe se pueden dividir según su localización anatómica, en aquellos ubicados en la rinofaringe, en orofaringe e hipofaringe. Los de rinofaringe son muy escasos, representando tan solo el 0,4% de las neoplasias de cabeza y cuello, destacando entre los benignos el fibroangioma que se presenta clásicamente en prepúberes y adolescentes asociado a epistaxis recidivante, siendo su tratamiento la resección tumoral con embolización arterial previa<sup>(17,18)</sup>. Otros tumores de esta región provienen generalmente de espacios adyacentes, como los paragangliomas, meningiomas, angiofibromas y neurinomas. Entre los malignos el carcinoma indiferenciado es el más frecuente y agresivo, estando asociado a la infección por VEB. Otras variedades histológicas son el carcinoma epidermoide y el carcinoma no queratinizante.

Otros tumores orofaríngeos benignos incluyen al fibroma, el papiloma y el éupolis, que es un tumor del embarazo similar a un granuloma piógeno y dentro de los malignos destacan los carcinomas epidermoides principalmente, pudiendo ubicarse en amígdala, base de lengua, paladar blando y pared posterior, teniendo en común la capacidad de realizar metástasis a linfonodos de forma precoz y estando relacionado entre otros factores a la inmunodepresión<sup>(13)</sup>.

Finalmente las neoplasias de hipofaringe en globo, que suelen ser malignas, aportan menos del 1% de todos los cánceres de cabeza y cuello. Se ubican en el seno piriforme (80%), pared faríngea posterior (15%) y región retrocricóidea (5%). Son poco sintomáticos y en más de la mitad de los casos suelen diagnosticarse por adenopatías metastásicas cervicales<sup>(13,19)</sup>.

## Laríngeos

En la región laríngea aparecen clásicamente lesiones tumorales malignas, siendo el carcinoma epidermoide el más frecuente en la región. Representan en total más del 25% de la patología maligna de cabeza y cuello, distribuyéndose un 65% en la glotis, un 32% en la supraglotis y un 3% en la subglotis. Están fuertemente asociados al consumo de tabaco, alcohol y a la infección persistente por virus papiloma humano. Se describe que hasta un 25% de los pacientes con un carcinoma laríngeo presentará otra neoplasia maligna de la vía aéreo-digestiva secundaria a la exposición ambiental durante los 5 años posteriores al diagnóstico<sup>(19,20)</sup>. Entre las lesiones benignas de esta región destacan los papilomas laríngeos, principalmente en niños y los cuales muchas veces no se relacionan con las lesiones malignas<sup>(21)</sup>.

## Oral

La patología tumoral de la región oral es la segunda más frecuente en cabeza y cuello. El carcinoma epidermoide es el más frecuente en la cavidad oral, representando el 96% de los tumores de la zona. Comprenden hasta el 25% de todas las neoplasias malignas y se ubican preferentemente en labio inferior, borde libre de lengua y piso anterior de la boca. Otras neoplasias orales son los carcinomas basocelulares de labio, linfomas y sarcomas de Kaposi<sup>(1,13)</sup>.

## Oído

La patología de oído se puede dividir según localización: en oído externo donde se puede encontrar el carcinoma epidermoide y el carcinoma basocelular, siendo ambos de baja incidencia, más frecuentes en el pabellón auricular y de peor pronóstico en el conducto auditivo externo (CAE), debido al diagnóstico tardío<sup>(22)</sup>. En el oído medio destaca el tumor glómico que es un tumor vascular benigno, de buen pronóstico, con clínica clásica de acúfeno unilateral,

pulsátil concordante con los latidos cardíacos y con audiograma con curva plana pulsátil<sup>(23)</sup>.

## Glándulas salivales

Son tumores frecuentes en la patología cervicofacial, relacionados con la exposición a radiación ionizante. Se localizan preferentemente en la glándula parótida, seguidos por las glándulas menores y glándula submaxilar, siendo muy raros aquellos ubicados en la glándula sublingual<sup>(24,25)</sup>. Aunque en sumatoria son más frecuentes las neoplasias benignas que representan el 70% del total, el porcentaje de malignidad aumenta a medida que disminuye el tamaño de la glándula, llegando a ser más del 50% en las glándulas menores.

Entre la patología benigna, aparece el adenoma pleomorfo como el más frecuente, con un 50% de toda la patología tumoral salival<sup>(25)</sup>, ubicado principalmente en la glándula parótida, de ubicación superficial y crecimiento lento, con riesgo de malignización de 5 a 10%. Otro tumor de la región es el tumor de Warthin o cistoadenoma linfomatoso, especialmente en las parótidas de hombres ancianos, bilaterales hasta en un 15%. También se pueden encontrar el oncocitoma en población mayor y hemangiomas en los niños.

En la patología maligna destacan por su prevalencia el carcinoma mucoepidermoide y el carcinoma adenoideoquístico, siendo ambos de tratamiento quirúrgico, pudiendo estar asociada la radioterapia según el tamaño tumoral inicial<sup>(13,26)</sup>.

## Otros

Entre los tumores de cabeza y cuello no clasificables destacan los linfomas, sobre todo los nasosinusales que afectan principalmente a hombres en la 4ª década de la vida, estando asociados a la infección por el virus Epstein-Barr. Su frecuencia se describe hasta el 5% de las neoplasias de la región.

Son frecuentes de observar en la nariz, senos paranasales y glándulas salivales menores<sup>(1,20)</sup>.

Al analizar los distintos tipos de neoplasias de cabeza y cuello queda claro que son múltiples las patologías que pueden ser halladas en esta región, con prevalencias muy dispares, aunque todas de baja frecuencia absoluta en la población.

El objetivo de este trabajo es realizar una descripción de la patología tumoral cervicofacial vista en el Servicio de Otorrinolaringología del HCUCH, a fin de conocer y presentar la realidad local y establecer las entidades más comunes.

### MATERIALES Y MÉTODOS

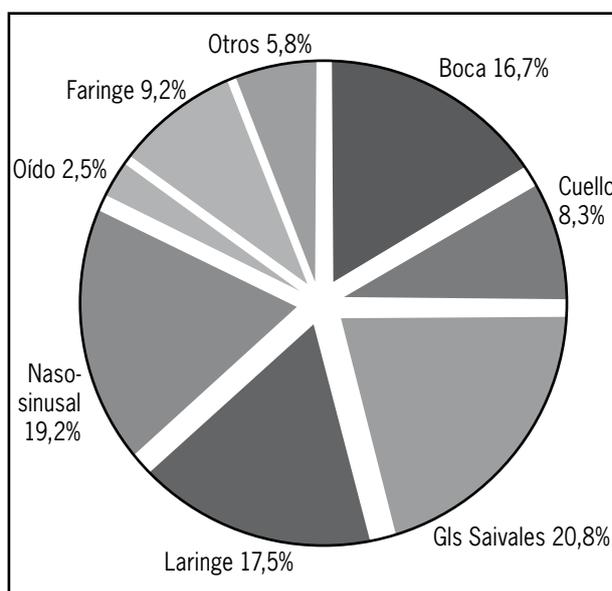
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión del libro de registros de consultas médicas del año 2010 del Policlínico de Patología Cervicofacial del Servicio de Otorrinolaringología, donde se concentran las patologías neoplásicas del servicio. Se recolectaron datos epidemiológicos correspondientes a edad, sexo y diagnóstico de cada paciente, con lo que posteriormente se construyó una base de datos. Para efecto de este estudio, del total de pacientes solamente se tomaron los con diagnóstico de patología tumoral y se clasificaron según origen anatómico de la lesión, siendo las regiones utilizadas en este estudio las siguientes: región nasosinusal (nariz y cavidades perinasales), oído, boca, faringe, laringe, glándulas salivales, cuello (que corresponden a pacientes sin lesión detectada en otra región en la 1° consulta) y otros, en la cual se incluyeron aquellas patologías que no pudieron ser clasificadas en las categorías anteriores.

### RESULTADOS

De un total de 221 pacientes consultantes en el Policlínico de Patología Cervicofacial durante el año 2010 se incluyeron en nuestro estudio 120 pacientes, los cuales eran portadores de tumores tan-

to benignos como malignos que se distribuyeron de la siguiente forma (ver Figura 1):

- 23 tumores de región nasosinusal, correspondientes al 19,2%, con un 56% de tumores benignos y 44% de malignos. Destacan los mucocelos y los papilomas invertidos entre la patología benigna y los carcinomas escamosos en las neoplasias malignas.
- 3 tumores de oído, representando el 2,5% de todas las neoplasias cervicofaciales, siendo en nuestra serie todos malignos y siendo un carcinoma de CAE y un histiocitoma.
- 20 tumores de boca, correspondientes al 16,7%. Dentro de ellos solamente el 5% fue benigno y 95% malignos, predominando el cáncer epidermoide de paladar y espinocelular de lengua.
- 21 tumores de laringe, correspondientes al 17,5%. Se presentó un 38% de tumores benignos y 62% de malignos, destacando los papilomas laríngeos dentro de las neoplasias benignas y el carcinoma escamoso laríngeo entre las etiologías malignas.



**Figura 1.** Porcentaje de patologías tumorales vistas en el Policlínico de ORL en el año 2010, según área anatómica de cabeza y cuello.

- 11 tumores de faringe, correspondientes al 9,2%, con un 66% de tumores benignos y un 34% malignos. Se realizó una subdivisión en hipo, oro y rinofaringe para mejor estudio:
  - 7 tumores (64%) en rinofaringe, todos ellos eran fibroangioma.
  - 2 tumores (18%) en orofaringe, ambos malignos.
  - 2 tumores (18%) en hipofaringe, uno benigno, correspondiente a un quiste epiglótico y uno maligno que resultó ser un carcinoma faríngeo.
- 25 tumores de glándulas salivales, correspondientes al 20,8% de total, con 68% de benignos y 32% malignos, siendo la parótida la glándula más comprometida según nuestra serie, con un 80% de toda la patología tumoral.
- 10 tumores de cuello, correspondientes al 8,3%, con un 30% benignos y 60% malignos, destacando la patología tiroidea maligna y los tumores congénitos
- 7 neoplasias no clasificables en las regiones anteriores, correspondientes al 5,8% del total, siendo todas, excepto una de ellas, malignas, destacando los linfomas y los carcinomas basocelulares de piel.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al observar los datos obtenidos en el estudio, llama la atención que aunque no es una muestra representativa de la realidad global, tienden igualmente a predominar las etiologías más comunes dentro de la patología de cabeza y cuello, como lo son el cáncer de laringe y boca y los tumores benignos de parótida. Aunque por otro lado, otras entidades muy poco frecuentes en la población general, como los fibroangiomas juveniles y papilomas invertidos, aparecen en proporciones altas, dado que en este policlínico de derivación se tienden a concentrar estas patologías tumorales.

Además cabe destacar que para este estudio se tomaron únicamente las consultas del año 2010, por lo que esta descripción realizada no engloba a toda la patología tumoral cervicofacial que se ve en Otorrinolaringología, existiendo otras neoplasias de baja frecuencia, entre las que están el carcinoma de rinofaringe, osteoma de oído, tumor glómico timpánico y schwannoma, por mencionar algunos, que no aparecieron dentro de nuestra casuística, pero que representan una fracción real de las consultas de este policlínico.

## REFERENCIAS

1. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 1999;49:33.
2. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin* 2011;61:212.
3. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S, *et al.* Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988;48:3282.
4. Spitz MR. Epidemiology and risk factors for head and neck cancer. *Semin Oncol* 1994;21:281.
5. Znaor A, Brennan P, Gajalakshmi V, Mathew A, Shanta V, Varghese C *et al.* Independent and combined effects of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking on the risk of oral, pharyngeal and esophageal cancers in Indian men. *Int J Cancer* 2003;105:681.
6. Tan EH, Adelstein DJ, Droughton ML, Van Kirk MA, Lavertu P. Squamous cell head and neck cancer in nonsmokers. *Am J Clin Oncol* 1997;20:146.
7. Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, Curado MP *et al.* Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *J Natl Cancer Inst* 2007;99:777.
8. Druesne-Pecollo N, Tehard B, Mallet Y, Gerber M, Norat T, Hercberg S *et al.* Alcohol and genetic polymorphisms: effect on risk of alcohol-related cancer. *Lancet Oncol* 2009;10:173.
9. Cruz I, Van Den Brule AJ, Brink AA, Snijders PJ, Walboomers JM, Van Der Waal I *et al.* No direct role for Epstein-Barr virus in oral carcinogenesis: a study at the DNA, RNA and protein levels. *Int J Cancer* 2000;86:356.
10. Chaturvedi AK, Engels EA, Anderson WF, Gillison ML. Incidence trends for human papillomavirus-related and -unrelated oral squamous cell carcinomas in the United States. *J Clin Oncol* 2008;26:612.
11. Shillitoe EJ, Greenspan D, Greenspan JS, Silverman S Jr. Five-year survival of patients with oral cancer and its association with antibody to herpes simplex virus. *Cancer* 1986;58:2256.
12. Langford A, Langer R, Lobeck H, Stolpmann HJ, Pohle HD, Reichart P *et al.* Human immunodeficiency virus-associated squamous cell carcinomas of the head and neck presenting as oral and primary intraosseous squamous cell carcinomas. *Quintessence Int* 1995;26:635.
13. Ward, MJ, Levine, PA. Salivary gland tumors. In: *Essentials of head and neck oncology*, 1st ed. Close LG, Larson DL, Shah JP (Eds). Thieme, New York, NY. 1998.
14. Mannetje A, Kogevinas M, Luce D, Demers PA, Bégin D, Bolm-Audorff U *et al.* Sinonasal cancer, occupation, and tobacco smoking in European women and men. *Am J Ind Med* 1999;36:101.
15. Celedón C y cols. Tumores malignos de fosas nasales y cavidades perinasales. *Rev Otorrinolaring* 1987;47:101-10.
16. Celedón C. Melanoma de cabeza y cuello. Apartado de *Rev. Otorrinolaringología* 1977;37:26-31.
17. Gullane PJ, Davidson J, O'Dwyer T, Forte V. Juvenile angiofibroma: a review of the literature and a case series report. *Laryngoscope* 1992;102:928.

18. Celedón C. Angiofibroma del rinofaringe. Rev Hosp Clín Univ Chile 1995;5:12.
19. Celedón C, López R, Büchi MD, Ottone E, León N. Cáncer de laringe e hipofaringe. Rev Otorrinolaring 1981;41:45-50.
20. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. CA Cancer J Clin 2010; 60:277.
21. Tasca RA, Clarke RW. Recurrent respiratory papillomatosis. Arch Dis Child 2006;91:689.
22. Celedón C, Emparanza P. Cáncer de oído. Rev Chil Otorrinolaringología 1988;48:49-52.
23. House JW, Fayad JN. Glomustympanicum. Ear Nose Throat J 2005;84:548.
24. Shishegar M, Ashraf MJ, Azarpira N, Khademi B, Hashemi B, Ashrafi A. Salivary gland tumors in maxillofacial region: a retrospective study of 130 cases in a Southern Iranian Population. Consultado en <http://www.hindawi.com/journals/pri/2011/934350>
25. Pinkston JA, Cole, P. Incidence rates of salivary gland tumors: results from a population-based study. Otolaryng Head Neck 1999;120:834-40.
26. Celedón C. Tumores de glándulas salivales. Experiencia de 20 años. Rev Chil Otorrinolaringología 2002;62.

#### **CORRESPONDENCIA**



Dr. Felipe Valencia Pino  
Centro Salud Familiar, Juan Antonio Ríos  
Soberanía 1180, Independencia, Santiago  
Fono: 7 698 6288  
Email: fvalenciap@ug.uchile.cl