

Carcinoma Nasofaringe de Cavum & Epistaxis Recurrente

AUTORES/AS: Naima Hamido Mohamed, M. Gabriela Arriola Ramírez, Pablo Berenguel Martínez, Claudio Tusa, Violeta Rodríguez Rodríguez, Antonio Luis Reyes Gómez

SERVICIO: Servicio Urgencias. Hospital de Poniente (El Ejido, Almería). Servicio de Urgencias De Hospital de Torrecárdenas, Almería.

E-mail: pabloberenguelmartinez@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

El cáncer de cavum es un tumor raro en España con una incidencia de 1 caso por 100.000 habitantes por año. Es muy frecuente en algunas regiones del sudeste asiático. Edad entre 40-50 años, Sexo: dos veces más frecuentes en hombres que mujeres.

No está claramente definida su relación con el tabaco y el alcohol y los factores de riesgo no están claramente definidos, los más conocidos son: 1º -Consumo de alimentos salados (ricos en nitrosaminas), 2º -Infección por virus de Epstein y Barr que produce la enfermedad infecciosa-Mononucleosis. La mayoría de las células tumorales presentan en su interior este virus. Sin embargo sólo un pequeño porcentaje de pacientes que han padecido una Mononucleosis infecciosa presentan este tumor, 3º Parecen existir factores genéticos asociados, aunque se desconoce el alcance real de los mismos.

Con respecto a la clínica la epistaxis espontánea recurrente es lo más común en estadios avanzados.

Otras manifestaciones: cambios en la voz, otalgia, hipoacusia, cefalea, etc. Y presencia de bulto en cuello de consistencia dura.



Imagen 1. Fibrolaringoscopia de Carcinoma de Cavum



Imagen 2. RNM cabeza y cuello con contraste pre-tratamiento: Lesión que oblitera el cavum y se extiende desde fosas nasales.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 56 años país de origen Argentina sin alergias medicamentosas, sin enfermedades previas que se deriva a nuestro Hospital por epistaxis recurrentes de meses de evolución desde atención primaria presentando sangrado nasal continuo e incoercible que posteriormente se anemizó y precisó de medidas invasivas hasta estabilidad hemodinámica en zona de observación y posterior ingreso en planta con interconsulta a Otorrinolaringología que dio el diagnóstico de Carcinoma de cavum mediante fibrolaringoscopia con toma de biopsia y PAAF(= punción aspiración con aguja fina) de los ganglios del cuello que se remitió a anatomía patológica que clasificó en carcinoma epidermoide en estadio T4 tumor que invade cráneo y/o pares craneales con afectación ganglionar N3. El estudio de extensión tumoral con TAC craneal y de cuello diagnosticándose metástasis generales con diagnóstico definitivo de Carcinoma de cavum Epidermoide estadio T4N3M1. Se derivó a Unidad de Oncológica en Hospital de Torrecárdenas que dio tratamiento con quimioterapia paliativa y se remitió la paciente a La Unidad de Cuidados Paliativos. Tratamiento específico de Carcinoma de Cavum va a depender del estadio del tumor, en estadios iniciales radioterapia por tratarse de un tumor radiosensible; quimioterapia en estadios avanzados (estadio III) de forma concomitante, adyuvante u paliativa. Cirugía por dificultad técnica incluso en los tumores pequeños no se realiza y solo se reserva para extirpación de ganglionar de cuello o cirugía de rescate como tumor primitivo.

ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN

Presentamos el caso porque el carcinoma de nasofaringe o cavum tiene baja incidencia en España. La epistaxis es un motivo relativamente frecuente en los servicios de urgencias y Atención Primaria.

1. Toda epistaxis debe ser remitida a valoración por especialista.
2. Realizar el diagnóstico diferencial de esta enfermedad tenemos que tener en cuenta las causas más frecuentes de epistaxis recurrente.
3. El diagnóstico de carcinoma de cavum no se debe demorar manifiesto como una adenopatía única u múltiple cervical en paciente asintomático.
4. Se debe explorar imperativamente el cavum en todo adulto afecto de taponamiento ótico, hipoacusia conductiva, afonía.
5. El tratamiento del carcinoma cavum es multidisciplinar siendo el médico de Atención Primaria pieza clave para el diagnóstico precoz.
6. El principal tratamiento es la radioterapia con o sin quimioterapia concomitante en la mayoría de los casos, no la cirugía.
7. El principal factor pronóstico es la presencia de enfermedad ganglionar(N+)

Bibliografía:

1-Alcaide J, Basterra J, Rey J, Ruba D. Carcinoma de rinofaringe. En: Basterra J. Carcinomas de faringe. Badalona: Euromedice Ediciones Médicas; 2007. p .59-1001