



# Tractament de rescat dels tumors nasosinusals

M. Mesalles, G.Huguet, I. Granada, F. Benjumea, A. Portillo, A. Penella, E. Bagudà,  
M. Capelleras, X. González, F. Cruellas, M. Hamdan, E. Cisa, M. Mañós

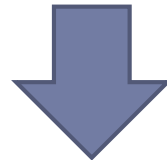
Servei d'Otorinolaringologia de l'Hospital Universitari de Bellvitge



# Tumors nasosinusals

---

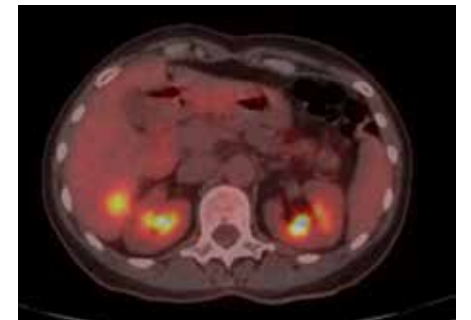
- } Baixa freqüència: 3%\* dels tumors de cap i coll
- } Factors de risc: ocupacionals, tabac...
- } Gran varietat histològica
- } Localització complexa
- } Clínica silent i inespecífica: cefalea, epistaxis, taponament nasal...



Diagnòstic diferit  
MAL PRONÒSTIC

# Diagnòstic: Proves d'imatge

1. TAC (primera elecció): Grau afectació òssia
  - } Calcificacions
2. RMN: Partes toves: òrbita, duramare, cervell
  - } Base de crani
  - } Obliteració plans grassos
  - } Engruiximent dural
  - } Invasió perineural
  - } Diferenciar secrecions
3. PET-TC: descartar N i M (IMPORTANT)
4. Angiografia:
  - } Test d'oclusió
  - } Embolització



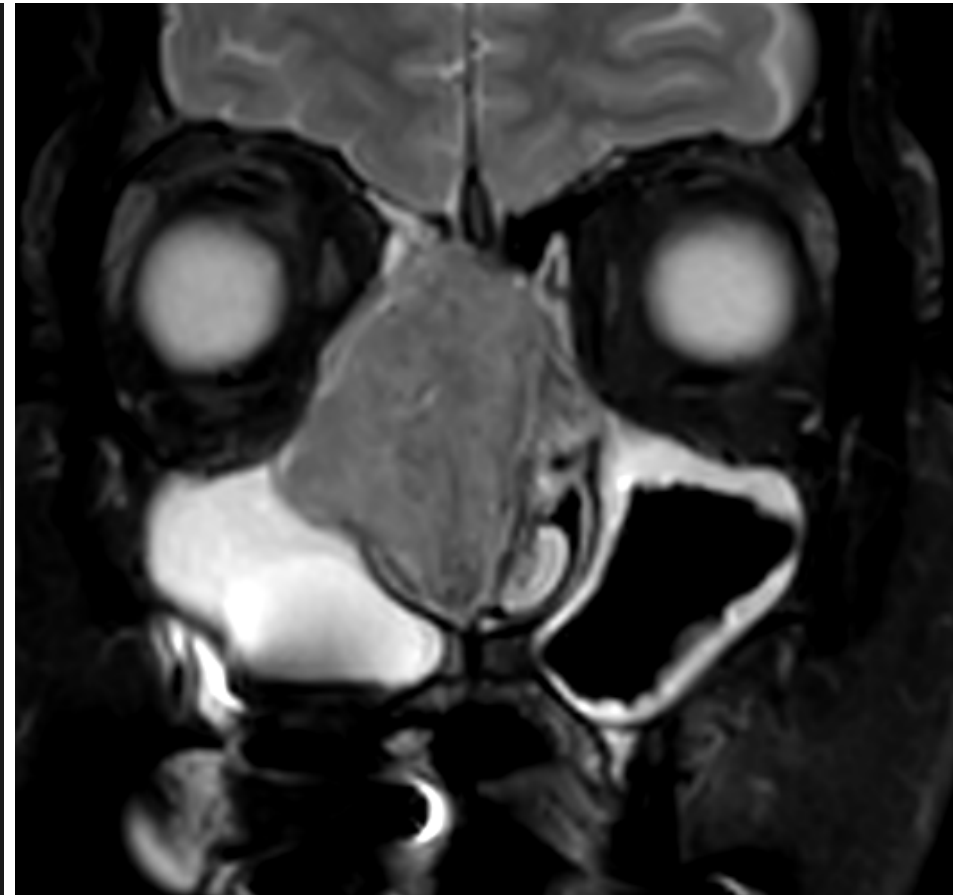
# Diferencias TC vs. RMN:

---

TC

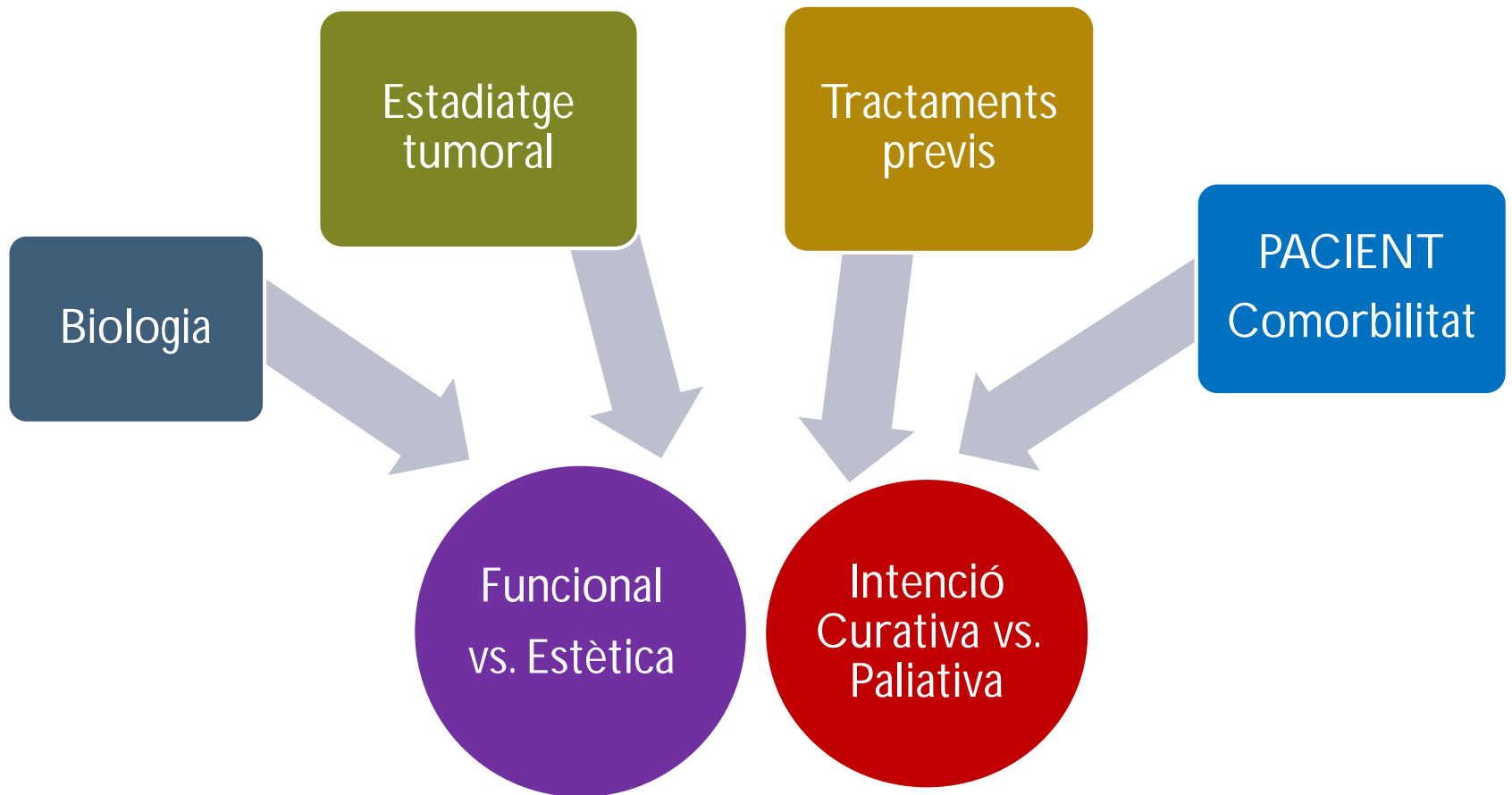


RMN (T2)



# Preses de decisions

---



# Tractament integral

---

- } Criteris oncològics
- } **INDIVIDUALITZAR**
- } **SERIES PETITES**
- } **CORBA D'APRENTATGE**
- } Reconèixer limitacions
- } Seleccionar la seqüència terapèutica



# Planificació del tractament

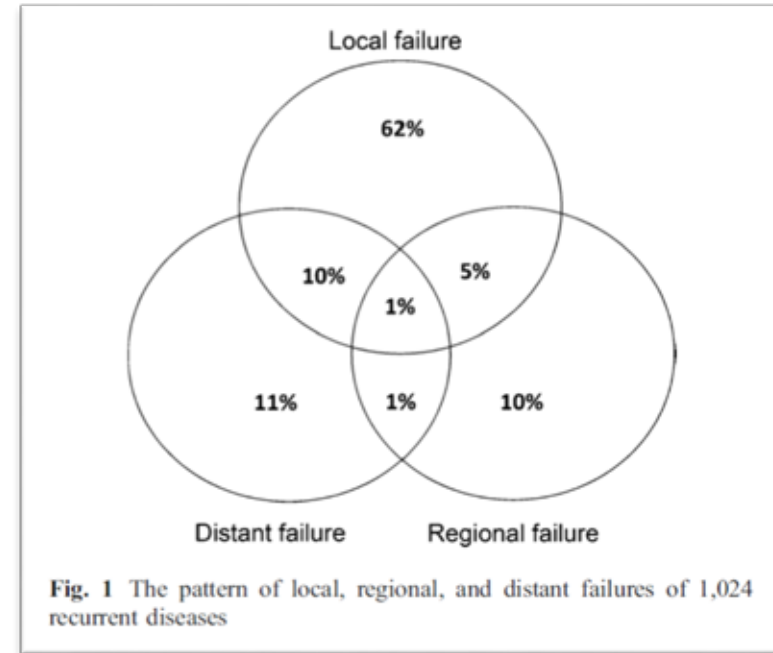
---

- } Estadiatge tumoral
- } Histologia
- } Localització tumoral
- } Edat
- } Agressivitat de la cirurgia
- } Intenció
- } **Quin ha estat el tractament del tumor inicial?**



# Tractament inicial és **FONAMENTAL**

- } Recurrència local a 5 anys de 44%<sup>a</sup>:
  - } Estadiatges avançats
  - } Invasió estructures vitals
  - } Grau histològic (tumors poc diferenciats)
  
- } Control local post-recurrència: 15% a 5 anys post-IQ de rescat<sup>b</sup>



<sup>a</sup>Khademi 2017

<sup>b</sup>Mirghani 2014





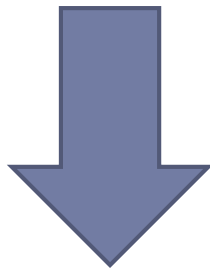
# Actitud en la RECIDIVA

---

Sospita de recidiva tumoral

à Prova d'imatge: TC i/o RMN

à Biòpsia (CEX o IQ)



Si es confirma, valorar CIRURGIA de rescat +/- RDT/QMT

---



# Factors de mal pronòstic

---

- } Subtipus histològic d'alt risc:

- } Melanoma

- } C. Indiferenciat

- } Adenocarcinoma

- } C. Neuroendocrí


- } C. Escamós

- } Sarcoma

- } Alt grau

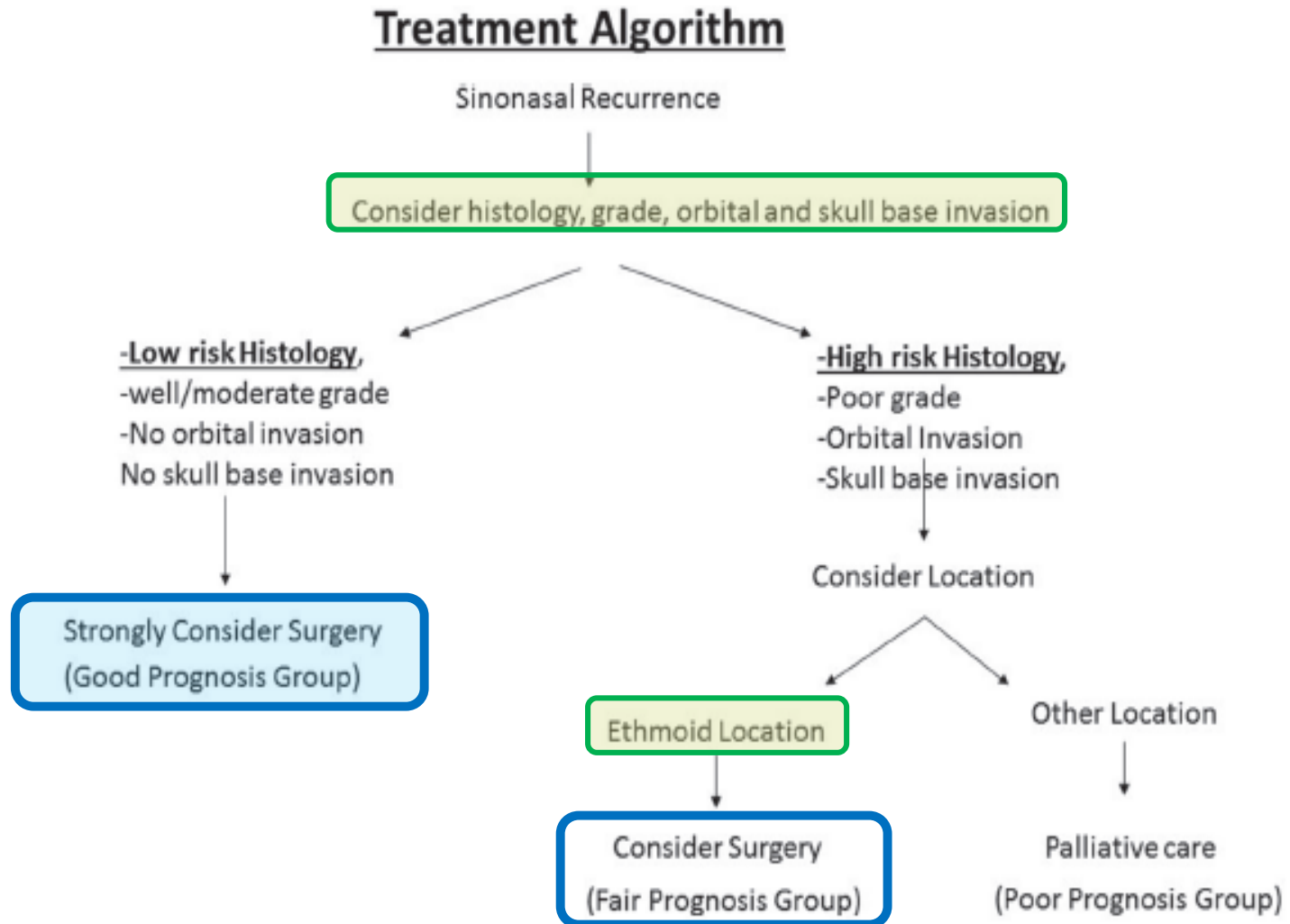
- } Invasió orbitaria

- } Invasió base de crani



Afecten negativament en la supervivència dels pacients afectes de **RECIDIVA LOCAL**

# Tractament de la recidiva: **CIRURGIA**



**Figure 6.** Treatment algorithm for patient presenting with recurrent sinonasal malignancy.

# Críteris d'irreseocabilitat

---

} NO críteris absoluts

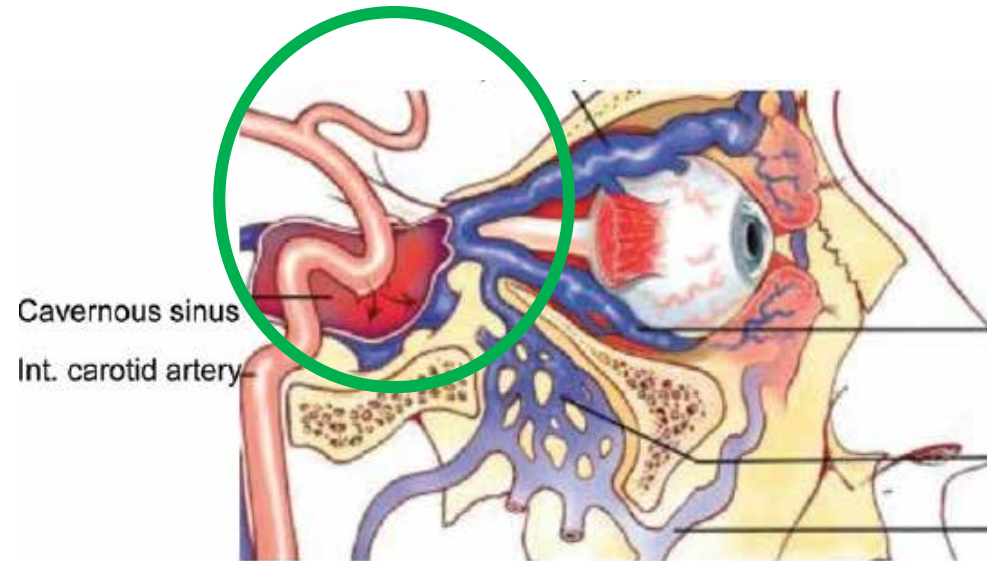
} Infiltració:

} Si cavernós

} Quiasma òptic

} Cerebral massiva

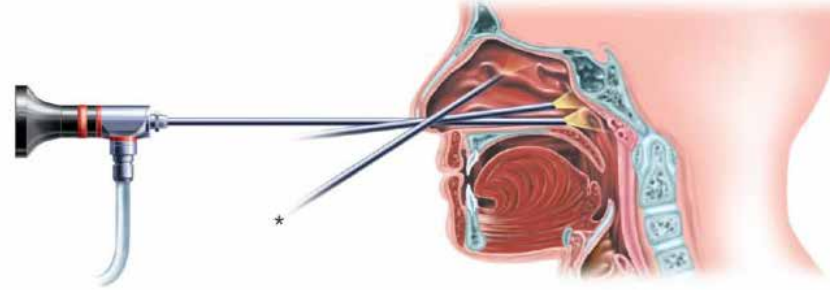
} Tumor de alt grau histològic



# Abordatge quirúrgic:

---

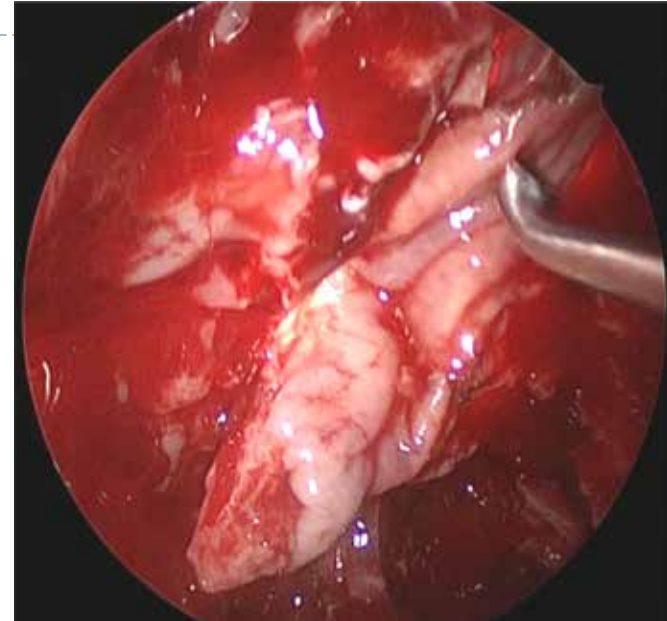
- } Endoscòpic (CENS)
- } Obert:
  - } Resecció craniofacial i subcranial
  - } Maxilectomia
  - } Translocació facial
  - } Abordatge lateral
  - } Exanteració orbitaria
- } Reconstrucció:
  - } Local: nasoseptal, bola de Bichat
  - } Regional: Penjall temporal
  - } A distancia: Penjalls lliures



# Abordatge endoscòpic

---

- } Estadis inicials
- } Limitats a:
  - } Fossa nasal
  - } Maxil·lar o paret medial maxil·lar
  - } Etmoides
  - } Esfenoides



# Abordatge cranioendoscòpic

- } Lámina cribosa, meninges, fosa anterior...



# Abordatge extern

---

- Pell i parts toves facials
- Paladar dur
- Porció lateral del si frontal
- Infiltració cerebral extensa
- Si cavernós
- Òrbita
- Ossos nasals
- Paret anterior maxil·lar i superior lateral a V2
- Via llagrimal



# Resecció cranial:

---

- } Abordatge craniofacial extern o cranioendoscòpic si:
  - } Làmina cribosa
  - } Si frontal
  - } Fossa anterior





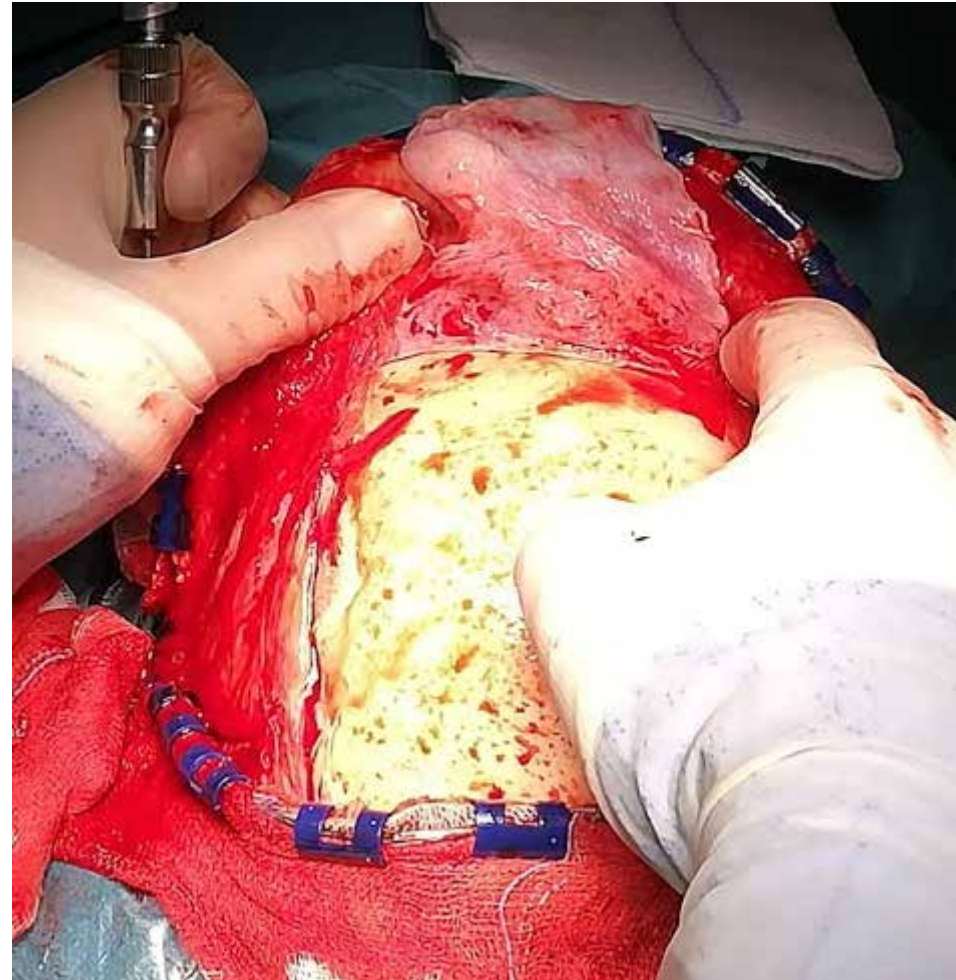
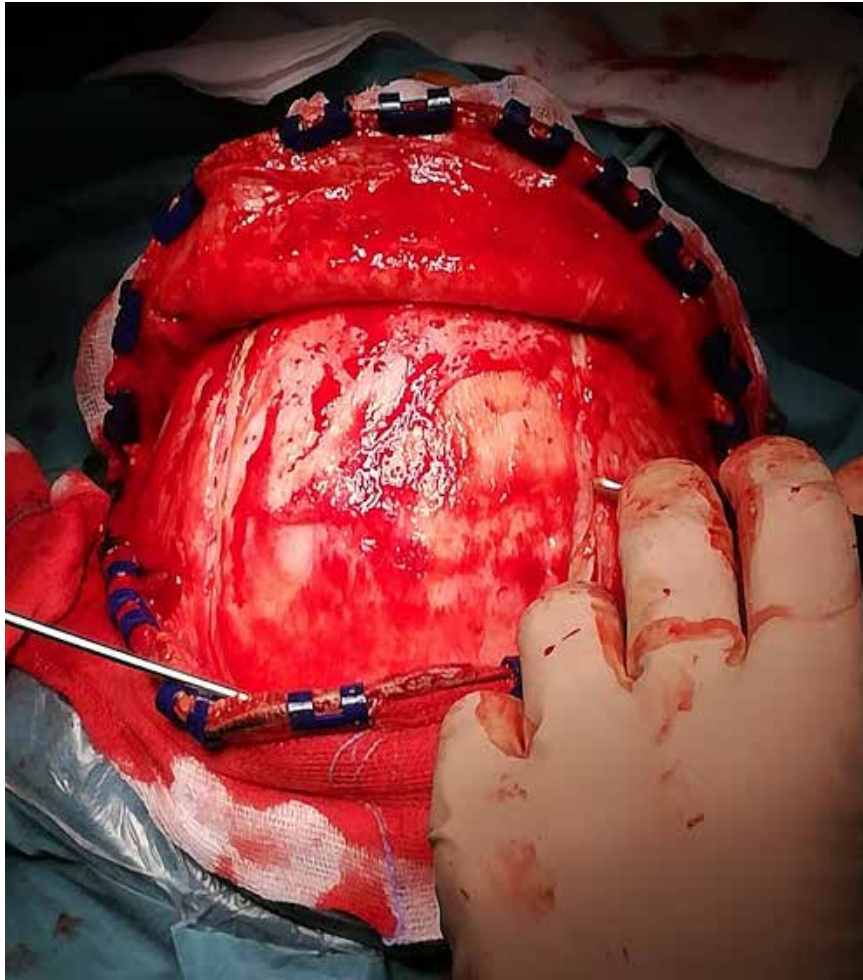
# Craniectomy

---



# Craniectomy: penjall pericrani

---



# Maxilectomia





# Maneig de la òrbita:

---

- } Exanteració SEMPRE si afectació:
  - } MOE
  - } Àpex orbitari
  - } Pell
  
- } Valorar exanteració si:
  - } Afectació medial/ inferior/ periòrbita

## Tenir en compte:

- } Diplopia (exèresis de teixit de suport)
- } Pèrdua aguda visual (secundària a RDT II pc i queratitis)
- } Histologia i agressivitat tumoral (ser més agressius que el tumor!)

# Exanteració orbitària

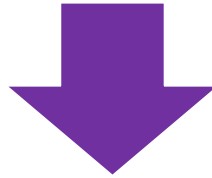
---



# Seguiment INDEFINIT

---

TC i/o RMN (BASAL) 1-2m després del tractament



- } Exploració ORL completa amb endoscòpia:
    - } 2 primers anys: cada 3-4 meses
    - } Posteriorment cada 6 meses
  - } RMN y/o TC cada 6-8 meses
  
  - } PET/TC:
    - } si sospita de Metàstasis
    - } diferenciar canvis postquirúrgics de recurrència
- 



# La nostra experiència:

---

} Material i mètodes: Estudi observacional unicèntric restrospectiu

} Resultats:

} 5 pacients à 80% homes (n=4)

} Histologia:

- 2 Adenocarcinomes indiferenciats intestinal
- Melanoma maligne
- Papil·loma invertit à Carcinoma escamós infiltrant
- Carcinoma indiferenciat

} Tractament inicial: Cirurgia (excepte en el carcinoma indiferenciat)

} Temps de recidiva: 3 m - 7 a

} Tractament de la recidiva: Endoscòpic (un cas cranio-endoscòpic)

} Tractament complementari (RDT): TOTS excepte carcinoma indiferenciat

} Seguiment:

} Èxitus: 40% (n=2)

} Lliures de malaltia: 60% (n=3) amb mitja de seguiment de 2 anys (rang 8–36 mesos)

---



# CONCLUSIONS

---

1. Centres amb experiència
2. El primer tractament es FONDAMENTAL
3. CIRURGIA es l'arma principal
4. Maneig de totes les tècniques quirúrgiques
5. Ser més agressiu que el tumor
6. Subtipus histològic d'alt risc, alt grau, invasió orbitaria o de base de crani impliquen un pitjor pronòstic de la recidiva local





# Bibliografía:

---

1. Abu-Ghanem S, Horowitz G, Abergel A, Yehuda M, Gutfeld O, Carmel N. Elective neck irradiation versus observation in squamous cell carcinoma of the maxillary sinus with NO neck :A meta-analysis and review of the literature. *Head Neck*. 2015;1823–8.
  2. Higgins T, Thorp B, Rawling B, Han J. malignancies : a systematic review and pooled-data analysis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2011;1(4):255–61.
  3. Kaplan DJ, Kim JH, Wang E, Snyderman C. Prognostic Indicators for Salvage Surgery of Recurrent Sinonasal Malignancy. *Otolaryngol Neck Surg*. 2015;1–9.
  4. Khademi B, Moradi A, Hoseini S. Malignant neoplasms of the sinonasal tract : report of 71 patients and literature review and analysis. *Oral Maxillofac Surg*. 2009;13:191–9.
  5. López F, Grau J, Medina J, ALobid I. Consenso español para el tratamiento de los tumores nasosinusales. *Acta Otorrinolaringol (English Ed [Internet]. Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*; 2017;68(4):226–34.
  6. López F, Suárez V, Costales M, Rodrigo JP, Suárez C. Abordaje endoscópico endonasal para el tratamiento de tumores de la base del cráneo. *Acta Otorrinolaringol Española*. 2012;63(5):339–47.
  7. Lopez-Hernández A, Perez-Escuder J, Vivanco B, Carcia-Inclán C. Genomic profiling of intestinal-type sinonasal adenocarcinoma reveals subgroups of patients with distinct clinical outcomes. *Head Neck*. 2017;(July).
- 



# Bibliografía:

---

8. López-Hernández A, Vivanco B, Franchi A, Bloemena E, Cabal VN, Potes S, et al. Genetic profiling of poorly differentiated sinonasal tumours. *Nat Sci Reports*. 2018;4–11.
9. Mirghani H, Mortuaire G, Armas GL, Hartl D, Aup A, Bedoui S El, et al. Sinonasal cancer : Analysis of oncological failures in 156 consecutive cases. *Head Neck*. 2014;(May):667–74.
10. Riobello C, Vivanco B, Reda S. Programmed death ligand-1 expression as immunotherapeutic target in sinonasal cancer. *Head Neck*. 2018;40(February 2017):818–27.
11. Soberón-Marmissolle-Daguerre G, Prado-Calleros H, Bravo-Escobar G, Plowes-Hernández O, Arrieta Gomez J, Lopez R. Preservación de la órbita en neoplasias de la nariz y los senos paranasales of sinonasal malignancies .*An Otorrinolaringol Mex*. 2016;61(2):157–62.
12. Stelow EB, Wenig BM. Update From The 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours : Nasopharynx. *Head Neck Pathol*. Springer US; 2017;11(1):16–22.
13. Suárez C, Lund VJ, Silver CE, Llorente L, Fagan JJ, Sa FCS, et al. MANAGEMENT OF THE ORBIT IN MALIGNANT. *Head Neck*. 2008;(February):242–50.
14. Workman AD, Palmer JN, Adappa ND. Posttreatment surveillance for sinonasal malignancy. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;25(1):86–92.





Moltes gràcies

