

## Biopsia por Punción. en los Tumores del Seno Maxilar.

Por los doctores Carlos A. Cleves, Profesor Agregado de Otorrinolaringología, y César Mendoza.

Gracias a los adelantos actuales de los exámenes citológicos, en relación con la determinación de los procesos tumorales malignos, contamos en nuestra especialidad con un medio más para el diagnóstico de los tumores de los senos maxilares.

Al examen clínico y radiológico podemos agregar hoy día el examen citológico, el cual tiene la enorme ventaja de ser de fácil ejecución, sin los inconvenientes que por el traumatismo se presentan cuando se practica la biopsia del tumor haciendo una trepanación de la pared anterior del seno maxilar, previa incisión de la mucosa bucal sobre el surco gingivolabial.

En esta comunicación presentamos 4 casos clínicos de pacientes del Instituto de Radium, en los cuales como veremos en su historia clínica se comprobó la lesión neoplásica por medio de la radiografía y de biopsia practicadas según los antiguos procedimientos.

La técnica seguida para hacer el lavado del seno fue la siguiente:

I. Lavado de la fosa nasal por medio de una solución salina normal, con el objeto de retirar todas las mucosidades y secreciones que se encontraban en ella.

II. Anestesia del meato inferior por medio de un pequeño escobillón embebido en solución de Bonain (mentol, fenol, cocaína a. a.), el cual se colocó por debajo de la cabeza del cornete inferior, contra la pared externa de la fosa nasal. El escobillón se deja por un tiempo de cinco o diez minutos, con lo cual se obtiene una anestesia completa. Es importante verificar la colocación del escobillón, puesto que si él

queda por fuera del meato, no se obtiene una buena anestesia, en el sitio deseado.

III. Punción de la pared externa del meato, siguiendo la misma técnica y con una aguja igual a las usadas para hacer los lavados del seno maxilar.

IV. Lavado del seno con suero fisiológico tibio y toma del líquido del lavado para someterlo al examen citológico, siguiendo la técnica que describiremos a continuación:

El procedimiento tiene la enorme ventaja de su sencillez pues puede ser practicado en la misma oficina, sin preparación previa del paciente, no da lugar a molestias posteriormente ni a complicaciones.

El doctor César Mendoza quien practicó los exámenes histológicos de estos tres casos clínicos siguió la técnica siguiente:



Figura N° 1.

Muestra la posición correcta para la aplicación de la anestesia por debajo del cornete inferior.

#### *TECNICA CITOLOGICA EN LAVADO DE SENO MAXILAR*

El líquido de lavado se adiciona con unas gotas de ácido acético y se centrifuga. El ácido tiene por objeto hemolisar los eritrocitos sin alterar los demás elementos con lo cual se obtiene una mejor concentración de éstos.

El sedimento puede utilizarse para inclusión y frotis.

Hemos utilizado con preferencia a la inclusión los frotis, no sólo por la mayor facilidad técnica, sino también por parecernos más fácil la observación de los detalles celulares en éstos.

Los frotis se fijan unos inmediatamente en alcohol-éter (a partes iguales) y otros se dejan secar al aire. Algunas muestras toman mejor

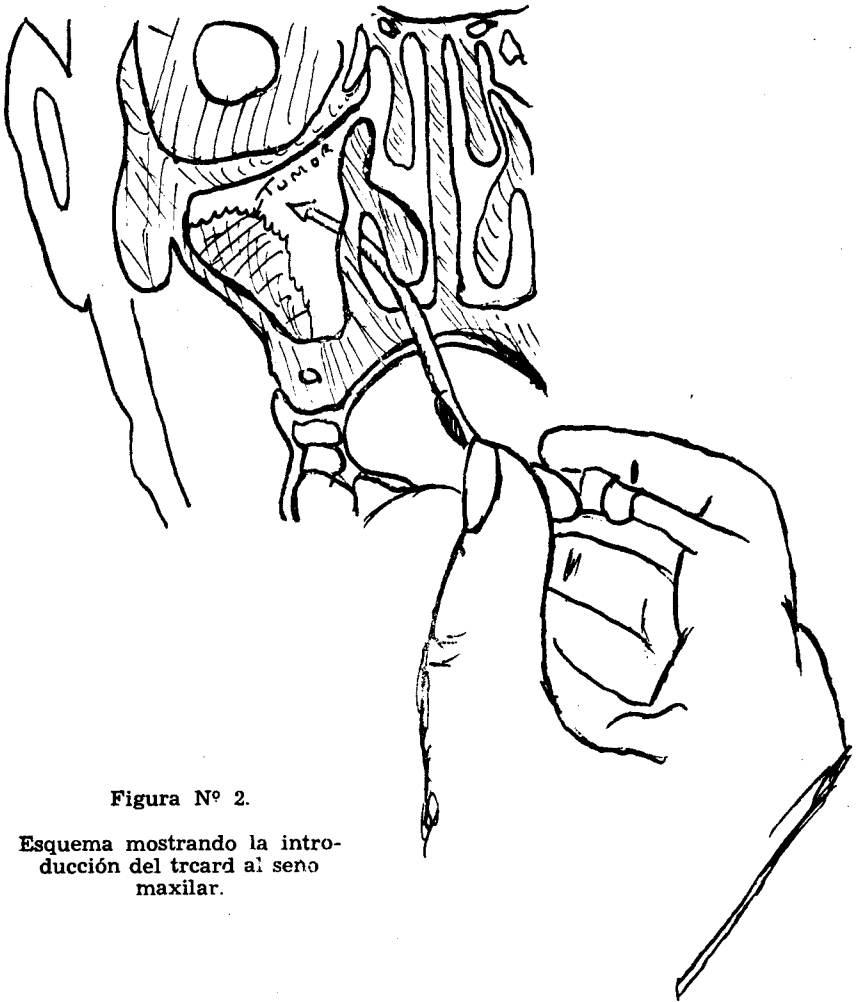


Figura N° 2.

Esquema mostrando la introducción del trcard al seno maxilar.

los colorantes si se han fijado de inmediato, otras si se han dejado secar.

El período de fijación puede ser de diez minutos a varios días sin que se aprecien diferencias.

Como coloración puede emplearse cualquiera de las preconizadas para estudio citológico.

Hemos empleado con buen resultado las dos siguientes:

I. May-Gruenwald Giemsa según modificación de Renoux (Revue d'Hematogie 5:1:1950) después de coloreados los frotis diferen-

ciamos en ácido acético al 20%, dos pases, seguidos de lavado en agua del chorro. Dejamos secar o secamos con papel de filtro y sin pasar por alcoholes montamos en clarita o Bálsamo del Canadá.

II. Hematoxilina de Harris, 5 minutos. Las láminas fijadas en alcohol-éter se pasan directamente a la hematoxilina, las simplemente desecadas se fijan previamente unos dos o tres minutos.

Lavado al chorro.

Diferenciar en ácido clorhídrico 0.5% en agua, 3 pases.

Lavar al chorro hasta coloración azul.

Azul de anilina, un minuto. (Azul de anilina un gramo, agua destilada 100 c. c. ácido molibdico un gramo. Disolver el ácido en caliente y añadir después en frío el azul, filtrar).

Lavar al chorro.

Eosina un minuto (Eosina y sol. acuosa al 1%).

Lavar al chorro.

Acetona de 6 a 10 pases.

Carbol-Xilol 3 pases.

Xilol 1 Xilol 2 Montar.

Los colorantes se conservan sin alteración por muy largo tiempo.

*Caso Nº 1. Historia Clínica Nº 23650 del Instituto Nacional de Radium.*

Nombre: A. R. de S. Edad: 50 años. Sexo femenino. Ingreso: junio 50.

Consulta por un T. de dos meses de evolución que interesa la región malar izquierda.

Al inspeccionar la región malar izquierda se encuentra más protuberante que la derecha, la piel que la recubre está ligeramente congestionada.

Al examen endobucal, se observa un T. ulcerado que interesa el tercio medio del proceso alveolar del maxilar superior izquierdo.

Diag.: Carcinoma.

Se solicitó radiografía y biopsia.

*Examen radiológico* Nº 9279. Dr. Lozano.

Lado izquierdo: Existe una disminución muy notoria de la transparencia de la parte periférica del seno maxilar izquierdo con parte central que conserva su claridad normal. Hacia la parte más interna de la pared posterior de este seno, se encuentra destrucción ósea. No existe evidencia de líquido.

Conclusión: Lado izquierdo: Gran hipertrofia de la mucosa del seno. La existencia de la lesión ósea hace sospechar la presencia de una lesión tumoral maligna. Debe controlarse por biopsia.

*Examen Citológico* N° 25000 Dr. César Mendoza.

Se recibió líquido del lavado del seno maxilar. Se hicieron frotis para estudio citológico.

Al examen se encuentran abundantes polinucleares y bacterias. Hay células epiteliales superficiales y basales. Se observan células tumorales malignas de origen epitelial del tipo de células gigantes malignas y escamo-celulares nucleoladas y redondas.

Diag.: Carcinoma Escamo-celular.

*Comentario*: En este caso fue fácil comprobar el resultado del examen anterior, debido a que las lesiones del velo del paladar permitieron hacer una biopsia que dio el mismo resultado del examen citológico. Más tarde cuando fue operada por el doctor Archila, quien le practicó una resección del maxilar superior, se solicitó examen de la pieza anatómica confirmando una vez más los exámenes anteriores.

*Caso N° 2 Historia Clínica N° 23903 del Instituto Nacional de Radium.*

Nombre : V. U. Edad 60 años. Sexo : masculino. Ingreso julio 50.

A su ingreso al hospital se quejaba de hemicraneá derecha de seis meses de evolución, acompañada de rinorrea, obstrucción nasal derecha y epítaxis.

Al examen se observa exoftalmia, oftalmoplejía, midriasis y pérdida de la visión en el ojo derecho. La rinoscopia muestra una lesión tumoral que ha invadido la cavidad nasal. La bóveda del paladar se encuentra ligeramente abombada.

Diag.: Carcinoma.

Se solicitaron radiografías y biopsia.

*Examen radiológico* N° 9368 Dr. Lozano.

Frontales. Discreto oscurecimiento del derecho, posiblemente por defecto de ventilación.

Etmoidales: Oscurecimiento en los grupos anteriores de ambos lados, especialmente marcado en el derecho, con signos muy posiblemente de destrucción trabecular.

Senos maxilares: Oscurecimiento completo y uniforme del seno maxilar derecho, con destrucción de las paredes posterior e interna, con aspecto que sugiere la existencia de un proceso tumoral maligno.

En el seno maxilar izquierdo existe hipertrofia de la mucosa. En las fosas nasales se encuentra disminución notoria de la permeabilidad de la fosa nasal derecha con desviación notoria del tabique hacia la izquierda, el cual se encuentra posiblemente interesado.

*Examen Citológico* Dr. César Mendoza.

Diag.: Carcinoma Escamo-celular.

Comentario: En este caso como en el anterior el diagnóstico por medio del examen citológico fue de fácil comprobación.

*Caso N° III. Historia Clínica N° 23966 del Instituto de Radium.*

Nombre: F. S. Edad 68 años. Sexo masculino. ingreso agosto 50.

Consulta por un T. de seis meses de evolución que interesa toda la mitad derecha del paladar duro incluyendo el proceso alveolar. El T. presenta una superficie regular y no ulcerada. A la palpación ofrece una consistencia muy dura.

En la región sub-angulo maxilar izquierda, se palpa una adenopatía blanda móvil. A la inspección de la cara se aprecia una asimetría provocada por la tumefacción de la región malar izquierda.

Se tomó biopsia del T. endobucal que se remitió con el diagnóstico de Carcinoma del seno maxilar izquierdo.

Se solicitó radiografía de Senos Para-nasales.

En este paciente resolvimos practicar lavado y examen histológico, no obstante, que la biopsia tomada de las lesiones del paladar confirmaron el diagnóstico de carcinoma, precisamente para poder controlar el resultado del examen citológico.

*Examen Radiológico* N° 9514 Dr. Lozano.

Senos frontales: Normales.

Etmoidales: Normales.

Senos Maxilares: Oscurecimiento notorio de la proción periférica del seno maxilar izquierdo, con reacción discreta de los contornos óseos, pero sin evidencia de destrucción. Hiperplasia de la mucosa. Deben hacerse radiografías del reborde alveolar.

*Examen Radiológico* N° 9514. No se aprecian lesiones óseas en el proceso alveolar superior izquierdo.

*Examen Citológico.* Dr. C. Mendoza.

Diag.: Carcinoma Escamo-celular.

Comentario: A este paciente no fue posible hacerle ninguna clase de tratamiento por que solicitó su salida del Instituto, para regresar a su casa.

*Caso N° IV. Historia Clínica N° 24526 del Instituto Nal. de Radium.*

Nombre: J. de D. A. Edad: 53 años. Sexo: masculino. Ingreso: octubre 50.

Consulta por una lesión tumoral dolorosa localizada sobre el lado

derecho de la cara, aparecida hace dos meses y medio. Se observa una tumoración sobre la región malar, hay también exoltalmia y edema de la conjuntiva y ptosis palpebral. A la rinoscopia se aprecia una disminución del calibre de la fosa nasal por rechazo de la pared externa de ésta contra el tabique. La bóveda palatina en su mitad derecha está ligeramente abombada.

Diag.: Carcinoma.

Se solicitó radiografía y biopsia de la lesión.

El examen radiográfico dio el resultado siguiente:

*Examen Radiológico* N° 9689 Dr. Lozano.

En las radiografías de los senos maxilares se encuentra un oscurecimiento homogéneo del seno maxilar derecho con lesiones óseas destructivas que interesa especialmente su pared posterior, con un aspecto que hace sospechar la existencia de un proceso tumoral maligno, del seno maxilar derecho.

Practicamos examen histológico según la técnica descrita con el siguiente resultado:

*Examen Histológico* N° 1.875.50 Dr. César Mendoza.

Al examen citológico del líquido del lavado del seno maxilar se encuentran polinucleares, linfocitos, células plasmáticas y algunos macrófagos; hay células de epitelio escamoso superficiales y profundas con predominio de las primeras.

No se encuentran células tumorales.

Diag.: Proceso inflamatorio.

En vista del resultado negativo en una lesión francamente neoplásica por su aspecto clínico y radiológico, resolvimos practicar al paciente nuevo lavado del seno en vista de la disparidad de los resultados. No fue posible desafortunadamente hacerlo, porque el enfermo falleció pocos días después en una forma rápida, sin que lográramos repetir el examen.

*Comentario:* Este es un caso que aunque no habla muy en favor del examen citológico de los senos, lo he puesto de ejemplo, pues a esta técnica, así como a muchas otras no se les puede atribuir un 100% de seguridad en todos los casos.

En las técnicas de lavatorio, hay factores que son motivo de error en sus resultados finales. Por lo tanto, en presencia de un caso clínico como el anterior se hace necesario repetir el examen hasta descartar plenamente la posibilidad de un T.

Esto no habla en contra del método, pues es también frecuente tener que repetir varias veces una toma de una biopsia por el método

---

directo, por la disparidad de los resultados clínicos y anatómo-patológicos.

El lavado del seno por ser inocuo e indoloro puede ser practicado varias veces sin ninguna consecuencia.

*Conclusión:* No es posible con un número tan limitado de casos, sacar conclusiones definitivas sobre este nuevo método de examen. Sin embargo, podemos adelantar los siguientes conceptos: por ser una técnica de fácil ejecución está al alcance de todos los médicos, sin que sea necesario para su práctica, la necesidad de preparación especial para el paciente y sin que acarree a éste mayores molestias.