

LINFOMA DE LA PIRAMIDE NASAL

Presentación de tres casos.

LUIS EDGARDO FERNANDEZ ORDUÑA *

Presentamos tres casos de linfoma de la pirámide nasal. Señalamos su tendencia a la necrosis, su propagación en los territorios vecinos y la aparición tardía de metástasis a distancia y compromiso ganglionar; le confiere también individualidad los casos de larga duración, en los que el tumor parece diferenciarse sobre un cuadro de inflamación crónica con características semejantes al cuadro descrito por Mc Bride en 1897, denominado necrosis medio facial o granuloma maligno medio facial.

Desde que el profesor Weiss publicó algunos casos de linfomas nasales, han sido muy pocos los casos reportados en la literatura; es posible que su frecuencia sea mayor y pase inadvertido en biopsias insuficientes, oculto por la necrosis y el tejido inflamatorio.

El objeto del presente trabajo es contribuir a la literatura con tres casos de "Linfoma de la pirámide nasal" y llamar la atención sobre la necesidad de aclarar conceptos sobre la naturaleza real de la obscura entidad conocida desde hace muchos años como necrosis medio facial.

El linfoma nasal es una entidad bastante rara. Los casos publicados en la literatura han sido en número muy reducido lo que impide hablar de estadísticas. Existe la posibilidad de que en muchos casos el tejido tumoral haya pasado inadvertido en biopsias insuficientes, ocultado por la necrosis y el tejido inflamatorio.

Backer (3) en una serie de treintaicinco caso de tumores de la nariz y senos paranasales, menciona que histológicamente 26 eran carcinomas, tres linfomas, un melanoma maligno, cinco tumores no fueron determinados.

Falig (11) revisando 12 casos de la literatura encuentra que personas de todas las edades pueden ser afectadas, pero más frecuentemente entre los cincuenta y sesenta años. En los casos presentados por Weiss y Takano (29)

* Tesis presentada por el autor para optar el título de Bachiller en Medicina, en julio de 1964, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

el 79.8% estaban por debajo de los treinta años, solamente un 20.2% superaba esta edad, el caso más tempranamente presentado fue a los 15 años de edad y el más tardío a los cincuenta y cinco. Todos los casos de López de Faria estuvieron por debajo de los cincuenta años.

Para Falig (11) esta enfermedad afecta más al sexo masculino (58.3%). En los casos descritos en el Perú la enfermedad ha afectado a hombres y mujeres en la misma proporción.

• **Cuadro clínico.** Pocos son los casos que ofrece la oportunidad de individualizar los síntomas iniciales, ya que los pacientes generalmente, llegan atrasados al diagnóstico de linfoma cuando la evolución alarmante de sus lesiones pone en duda diagnósticos anteriores.

Algunos enfermos refieren como antecedente, rinitis purulenta por años o relacionan el inicio con un traumatismo.

La enfermedad comienza con una ulceración de la cavidad nasal (19), algunos casos de Walton (27) comenzaron con una ulceración del paladar, otras veces lo primero que refiere el paciente es obstrucción nasal, generalmente unilateral acompañada por rinoresaca serosa que se convierte en sanguinolenta y más tarde en purulenta (19), en oportunidades son epístaxis repetidas la primera manifestación (25). En nuestros dos casos la enfermedad se inició con una tumoración en fosa nasal que se ulceró posteriormente.

El aspecto rinoscópico varía, presentando una rinitis purulenta u atrófica afectando también los senos. Ulceraciones en las paredes de las fosas nasales pueden ser encontradas. Hay en ocasiones un tumor localizado en uno de los cornetes o en el septum nasal y que posteriormente se ulcera. La ulceración se va extendiendo, destruyendo la parte anterior de la fosa nasal y los tejidos vecinos. La estructura osteocartilaginosa es comprometida y destruida, el proceso puede extenderse a la órbita y a la lámina cribiforme del etmoides. La necrosis puede llegar a destruir una gran parte de la nariz, de la región infraorbitaria, bucal, zigomática, y regiones palatinas, invadiendo la faringe, el esófago comenzando la extensión general.

La metástasis a distancia y el compromiso de los ganglios parecen tardíos, Weiss y Takano (29) no encontraron en sus pacientes adenopatías satélites.

También le confiere individualidad a esta entidad los casos con larga duración.

Procesos infecciosos suelen sobre agregarse produciendo un cuadro inflamatorio que muchas veces confunde el diagnóstico.

El estado general de los pacientes es óptimo, presenta solamente ligeros grados de astenia, excepto en la fase final, no es afectada la vivacidad de su conducta. Fiebre generalmente ocurre en las más diversas formas y muchas veces no ceden pese al uso de antibióticos.

El proceso se desarrolla por ondas o con temporadas de remisión. El tiempo de supervivencia puede durar desde unos pocos meses hasta 7 años (19) siendo más frecuente que dure más de dos años. :

Cuadro Histológico. Una de las características más notables y que probablemente lleve a la confusión diagnóstica de estos tumores nasales es su tendencia a la necrosis; si la biopsia no es suficientemente grande y profunda que abarque tejidos de los bordes, en partes aparentemente sanas, puede contener únicamente necrosis, con elementos inflamatorios y edema, encubriendo la verdadera neoplasia. En las superficies ulceradas y en relación de vecindad con las zonas de necrosis se puede encontrar infiltración con polinucleares y linfocitos que se confunden con las células propias del tumor (29). Muchas veces es necesario repetir la biopsia para lograr el diagnóstico de neoplasia y en otros casos nuevas revisiones han dado como resultado el diagnóstico final de linfoma nasal (14, 26, 29). En los casos en que se ha logrado una biopsia profunda, el cuadro histológico ha sido enteramente tumoral (29). Vilonova, plantea la posibilidad de que estas manifestaciones granulomatosas y necróticas se deban a una especial habilidad de sus células y a las reacciones anormales que provocan en los tejidos; por lo demás, sabemos que cuando hay necrosis, sea en tejido tumoral o uno normal, siempre hay, también, reacción inflamatoria.

Las células tumorales tienen núcleo redondo u oval con cromatina activa y escaso protoplasma, las figuras de mitosis son constantes, lo mismo los núcleos picnóticos y vesiculosos. Walton (26) y López de Faria (14) hacen notar la presencia del retículo con coloraciones especiales y la falta de lesiones vasculares, necrotizantes, tipo Wagener.

En las autopsias se ha encontrado metástasis a distancia con características iguales a las de la lesión primitiva (27).

Exámenes auxiliares. Los exámenes de laboratorio no ayudan en el diagnóstico.

Las radiografías revelan la existencia o no de destrucción ósea y los senos paranasales suelen presentar opacidades.

El examen bacteriológico determinará la presencia de diversas bacterias que se han sobreagregado al proceso; tales, en orden de frecuencia; estafilococos, estreptococos, asociaciones fuso espirilares, etc. En nuestros dos casos, se encontró estafilococos aureos, coagulasa positivo.

Diagnóstico. El aspecto clínico es variado y puede sugerir otras enfermedades. El médico debe estar vigilante y no perder de vista la posibilidad de esta enfermedad. Toda ausencia de cicatrizaciones o la presencia de cualquier tumoración localizada que persista más allá de tres semanas, debe hacer sospechar tal eventualidad y más todavía si se trata de individuos predispuestos por su hábito. Conviene entonces realizar una biopsia y enviar la

pieza a un anatómo patólogo. La opinión del patólogo es, en efecto, de importancia capital.

Muchas veces, es necesario amplias y repetidas biopsias, aún de tejidos aparentemente sanos para poder llegar a descubrir la neoplasia. Problema diagnóstico es la presencia de abundante tejido necrótico e inflamatorio.

Son varias las posibilidades de confusión clínica. Es necesario tener en cuenta las siguientes entidades para adecuado diagnóstico diferencial, recordando que será el examen histopatológico el determinante (5, 6, 9, 14, 15, 18, 24, 29). (1) Granuloma maligno o necrosis medio facial. Los dos casos diagnosticados en Lima resultaron finalmente linfomas nasales. (2) Leishmaniasis, sobre todo en nuestro país. El primer caso fue tratado primitivamente como leishmaniasis. (3) Granulomatosis de Wegener. (4) Rinoescleroma. (5) Gangosa. (6) Rinofima. (7) Sífilis, (8) Tuberculosis. (9) Micosis. (10) Ulcera Tropical. (11) Procesos Infecciosos y (12) Neuroepitelioma.

Pronóstico. Como toda neoplasia, el pronóstico está de acuerdo al diagnóstico precoz o tardío. Sin embargo ya sabemos que el compromiso ganglionar y la metástasis a distancia es tardío, de ahí que la evolución del proceso es lento.

La radioterapia por sus resultados aparentemente espectaculares hace exagerar tal vez el optimismo del médico, se reportan, sin embargo, casos con más de cinco años de supervivencia con este tipo de tratamiento; pero la verdadera respuesta la sabremos todavía dentro de algún tiempo.

Tratamiento. Estas neoplasias proliferan sobre el terreno y tardíamente dan lugar a metástasis. Por consiguiente el problema terapéutico consiste en tratar la lesión cancerosa local. Si bien el tratamiento local puede lograr éxito sobre la lesión in situ, no resulta efectivo en cambio sobre los factores cancerígenos subyacentes, estos últimos continúan actuando y obligan a prever la posibilidad de una recidiva, por esta razón el tratamiento local debe acompañarse de una vigilancia efectiva y a largo plazo de las personas a él sometidas (23).

La roentgenterapia ha dado buenos resultados aparentemente, habiendo conseguido verdadera estabilización clínica, sobre todo en casos de lesiones poco extensas y no complicadas; en cambio en las formas complicadas y con metástasis, se producen nuevas proliferaciones.

Weiss y Takano han seguido la evolución de dos de sus pacientes tratados por irradiación. Uno de ellos por 19 meses, señalando el último informe cicatrización perfecta sin recurrencia ni adenopatías. El segundo caso lleva 23 meses de evolución, a los cinco, presentó metástasis en región supraciliar izquierda y en ganglios submaxilares. Extirpadas ambas lesiones volvió a recibir radioterapia; en sus últimos controles parece que hay compromiso ganglionar mesentérico y mediastinal.



Fig. 1. La paciente antes del tratamiento (Caso N° 1).



Fig. 2. Después de la roentgenoterapia (Caso N° 1)

Barth y colaboradores (21) utilizando cirugía e irradiación combinada, han tratado sarcomas del antro nasal, habiendo tenido en el 40% de casos, supervivencia mayor de cinco años.

Zange y colaboradores (30) reportan 277 casos de tumores malignos de nariz y senos paranasales, en los que 64 eran sarcomas. El 35% superó los cinco años, luego de ser irradiados.

En el Hospital Arzobispo Loayza, han sido tratados dos casos de Linfoma Nasal en los cinco últimos años, por irradiación, uno de ellos tiene cuatro años de evolución y el otro cinco; no habiendo presentado hasta el momento recidiva alguna.

CASUÍSTICA

A continuación describimos brevemente las tres observaciones que constituyen el material clínico de este trabajo.

CASO N° 1. B.Ch. De sexo femenino. De 42 años. Raza mestiza. Nacida en Matucana, con residencia en el mismo lugar. Estado Civil, casada. Ocupación, costurera. Fecha de ingreso: 28-10-63.

Enfermedad actual. Refiere la paciente que su enfermedad se inició aproximadamente 14 meses antes del ingreso, con la aparición de una pequeña pápula de aproximadamente medio centímetro de diámetro localizada en la fosa nasal derecha, dos centímetros por encima del orificio externo; dicha pápula fue aumentando de tamaño en forma insidiosa hasta alcanzar el tabique nasal, dos meses después aparece una ulceración en la zona mencionada; fue atendida en un servicio de otorrinolaringología habiéndosele administrado "Penicilina y Penivac" sin alcanzar ninguna mejoría. Concomitantemente con las manifestaciones referidas presenta dolor discreto en la región nasal que fue intensificándose hasta hacerse muy intenso en la época de la ulceración. Tres meses después aparece secreción nasal amarillenta y de olor fétido, acude a diferentes consultorios médicos sin notar mejoría alguna pese a los diversos tratamientos.

Un mes más tarde recibe tratamiento específico contra la leishmaniasis a base de inyecciones cuyo nombre no recuerda y que le administraban endovenosamente dos veces por semana y por espacio de mes y medio; el cuadro clínico desapareció totalmente entrando en una fase de aparente curación por espacio de seis meses al cabo de los cuales reaparecen las manifestaciones anteriormente descritas, notando esta vez, aumento de volumen y signos de flogosis de la nariz que comprometían incluso regiones palpebrales y malar derecha, además obstrucción total de la fosa nasal de ese lado, recurre donde otro facultativo el que le prescribe "Repodral" en número de seis ampollas; el cuadro continuó empeorando recibiendo luego antibióticos de amplio espectro no consiguiendo mejoría.

Un mes antes de su ingreso, se ulcera la lesión nasal y se cubre de un material costroso de color negruzco fuertemente adherido. La obstrucción nasal es completa en ambas fosas nasales teniendo la paciente que respirar por la boca. Desde entonces refiere alza térmica de tipo irregular.

En estas condiciones la paciente ingresa al Hospital Arzobispo Loayza Pabellón N° 8, Sala I.

Antecedentes. Antecedentes familiares, antecedentes personales y antecedentes patológicos sin importancia.

Examen clínico. Paciente en aparente regular estado general. Lúcida orientada en el tiempo y en el espacio. Actitud: decúbito dorsal activo. Facies: edematosa presentando en el dor-

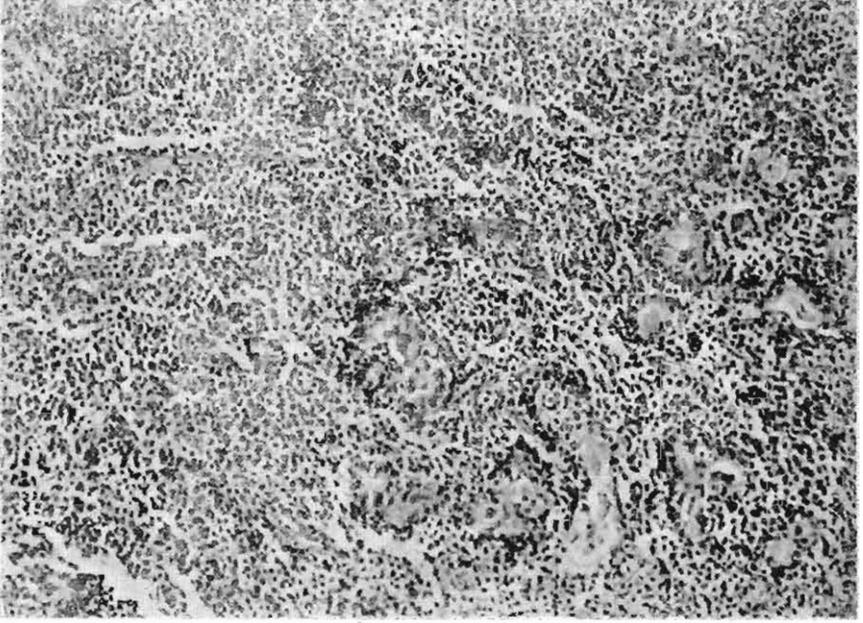


Fig. 3. Zonas de inflamación y necrosis (Caso N° 1).

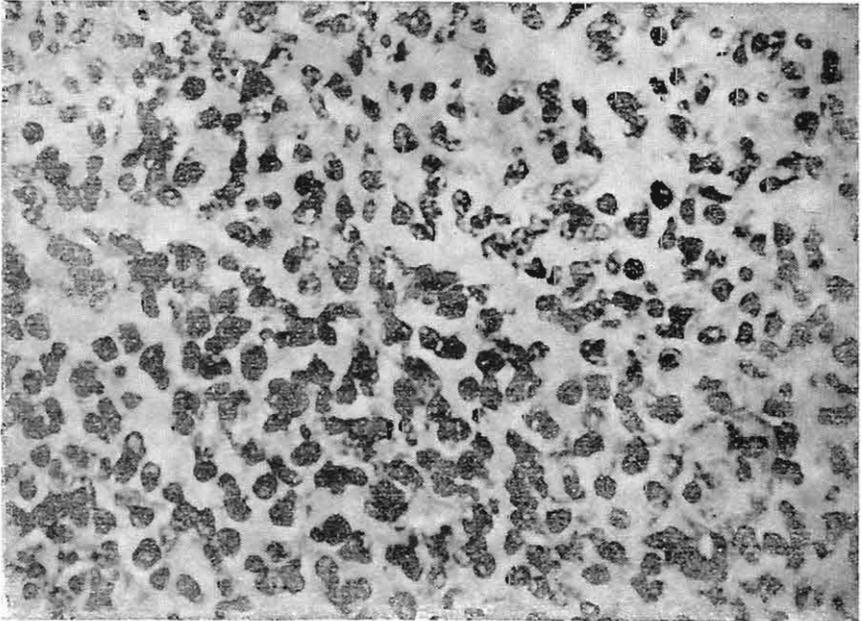


Fig. 4. Algunas células tumorales (Caso N° 1).

so de la nariz una ulceración cubierta de costras con signos de flogosis en las regiones vecinas. Estado de nutrición regular.

Sistema linfático: no se encuentra adenopatías.

La fosa nasal derecha se encuentra casi completamente bloqueada por una tumoración que deforma la pirámide nasal haciéndola completamente ancha y aplanada, con mayor evidencia en el lado derecho, drenando además secreción purulenta. En su dorso presenta una ulceración cubierta por costras, la que se continúa con un eritema que se extiende a toda la mejilla derecha y parcialmente a la izquierda. Ambos párpados están adematosos y apenas puede entreabrirlos, esto es más evidente en el lado derecho.

La fotografía N° 1 muestra la lesión con todos sus caracteres.

El resto del examen clínico es semiológicamente normal.

Examen histopatológico. Pieza remitida: biopsia de fosa nasal. Se recibe fragmento blanquecino de tejido de 1 cm. de diámetro mayor. A la superficie de sección se aprecia parénquima blanquecino nacarado. Se incluye toda la muestra. La muestra está constituida íntegramente por tejido linfático con acentuada atipia y numerosas mitosis, vasos neoformados, áreas de necrosis y hemorragia. Diagnóstico histopatológico: linfoma nasal.

Exámenes auxiliares. Los diversos análisis de sangre y de orina fueron normales. Cultivo y antibiograma de la secreción nasal: Abundantes estafilococos dorados, coagulosa positiva. Antibiograma. Gérmenes sensibles a la alfafur, ilosone, furadanina, kanamicin, katomycin, oleandomicina. Resistentes a la acromicina, terramicina, cloromicetina, estreptomycin y penicilina. Radiografía del tórax normal. Radiografía de cráneo normal. Radiografía de senos paranasales: discreta sinusitis de la mitad derecha.

Tratamiento. Se instaló tratamiento antibiótico a base de "Ilosone" para detener el proceso infeccioso secundariamente instalado.

En un primer período, del cinco de noviembre al 22 de noviembre de 1963, se le administró roentgenoterapia en un total de 2,175 r/lesión, recibiendo por cada exposición 145 r. Se utilizó irradiación nasal directa.

En una segunda etapa desde el tres de febrero al 26 del mismo mes de 1964, se le administró irradiación nasal pendular, recibiendo por exposición 168 r/lesión los siguientes; en total recibió en esta segunda parte del tratamiento 3,180 r/lesión.

Evolución. 3-11-63. En los primeros días que siguieron a su ingreso aumentó la infiltración y los signos de flogosis. La lesión tenía un exudado amarillento fétido.

6-11-63. Se inicia roentgenoterapia.

12-11-63. Ya se ve el globo ocular por disminución de la infiltración palpebral. La paciente puede respirar mejor.

12-11-63. Terminó la primera parte de la roentgenoterapia, la lesión ha cedido espectacularmente, persiste la costra oscura y se nota aparición de radiodermitis.

6-12-63. La radiodermitis ha desaparecido así como la infiltración de todos los tejidos vecinos a la nariz. Persiste la costra oscura sobre el dorso nasal, las que no son extirpadas por que ocasionan dolor a la enferma.

El examen intranasal revela desaparición total del septum nasal cartilaginoso, con extremos libres de neoformación macroscópica.

No hay adenopatías regionales.

3-2-64. Se inicia roentgenoterapia pendular. La paciente conserva buen estado general.

26-2-64. Termina la terapia pendular, recibiendo un total de 3,180 r/lesión en un período de 22 días.

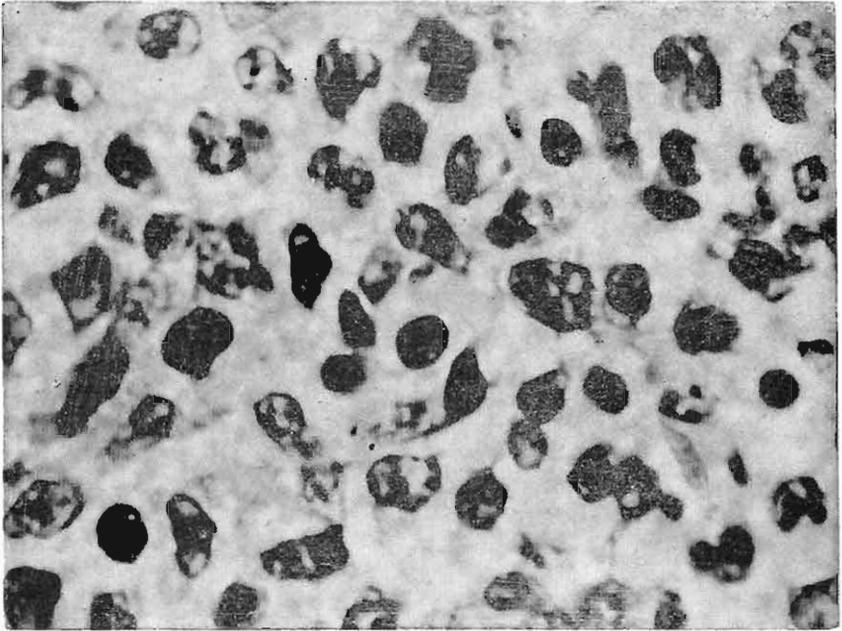


Fig. 5. A mayor aumento células de aspecto francamente tumoral (Caso N° 1).

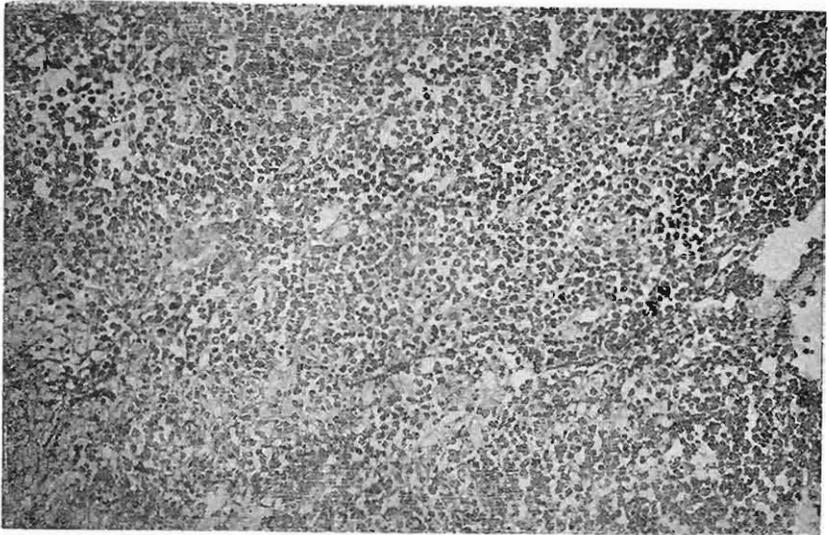


Fig. 6. Infiltrado inflamatorio y zonas de necrosis (Caso N° 2).

No se encuentran adenopatías regionales. La paciente no acusa ninguna clase de sintomatología.

La fotografía N° 2 muestra la paciente al final del tratamiento.

CASO N° 2. C.V. de 56 años. Fecha de ingreso, diciembre de 1959.

Enfermedad actual. En los últimos dos meses refiere dificultad para respirar por fosa nasal izquierda. Es vista por un facultativo que verifica la obstrucción, por tumoración vegetante que drena secreción purulenta.

Examen físico. La fosa nasal izquierda obturada casi en su totalidad por formaciones vegetales cubiertas de costras nacaradas, localizadas al nivel del tercio medio. La fosa nasal derecha, discretamente reducida en su luz por desplazamiento del tabique pero sin que esté infiltrando macroscópicamente.

El estado general de la paciente era bueno.

No se encontró adenopatías.

El resto del examen físico era normal.

Informe anatómo patológico. Muestra constituida por material necrótico y en zonas se aprecia proliferación celular atípica con aspecto de Linfoma. Diagnóstico histológico linfoma sarcoma.

Tratamiento. Se hizo un tratamiento por irradiación por un período de 21 días recibiendo un total de 2,640 r/lesión.

Evolución. 5-1-60. Desaparición casi absoluta del tumor de la fosa nasal izquierda lo que es perfectamente permeable. Fosa derecha totalmente libre. Radiodermitis en ambas fosas nasales.

9-2-60. Desaparición absoluta de la neoplasia, radiodermitis casi desaparecida.

Desde entonces la paciente es controlada periódicamente, no habiendo hasta el momento recidiva.

CASO N° 3. E.H., 28 años. Ingresó en abril de 1959.

Enfermedad actual. La enfermedad se inicia hace tres meses con la aparición de un grano, en el vestíbulo nasal izquierdo que fue médicamente tratado con antibióticos, sin lograr la resolución del proceso. Un mes después nota que la nariz aumenta de volumen y el eritema se extiende a la mejilla. No hay fiebre. Se toma una primera biopsia que resulta negativa.

Examen físico. La fosa nasal izquierda se encuentra obstruida desde el vestíbulo por una tumoración sangrante de aspecto vegetante que impide la exploración de la parte posterior y superior del conducto nasal. De acuerdo al Otorrino-laringólogo esta tumoración no avanza más allá de los cornetes. La nariz está aumentada de volumen con eritema notorio en el lado izquierdo y que se insinúa en la mejilla correspondiente. El estado general de la paciente es bueno. No se encuentran adenopatías.

Examen histopatológico. La primera biopsia fue negativa. La segunda dio el diagnóstico de Sarcoma Reticular. La muestra está constituida por la proliferación celular atípica de tipo linfocitar.

Tratamiento. Se inicia el 24-6-59 el tratamiento radioactivo por espacio de 21 días con un total de 3,240 r/lesión.

Evolución. 4-8-59. La radiodermitis aguda ha desaparecido, la fosa nasal aparece permeable pero aún se aprecian algunas costras, que limitan la exploración.

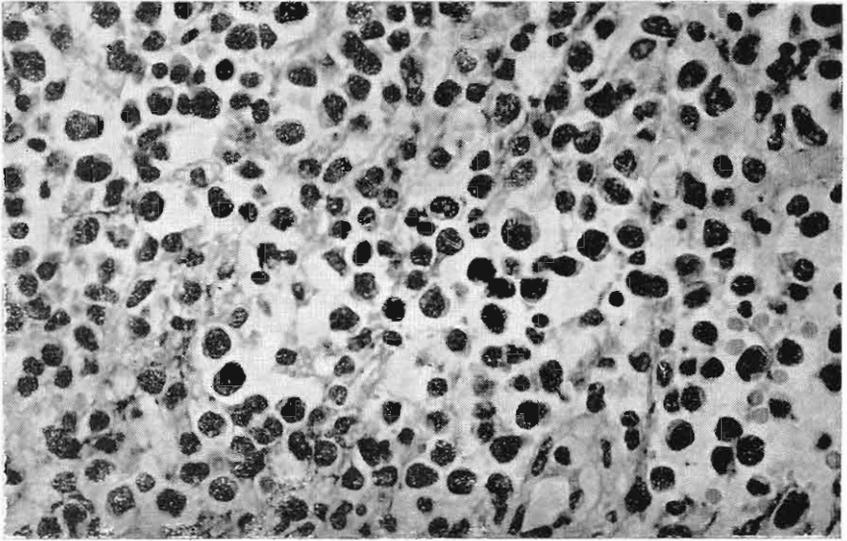


Fig. 7. Algunas células de aspecto tumoral (Caso N° 2).

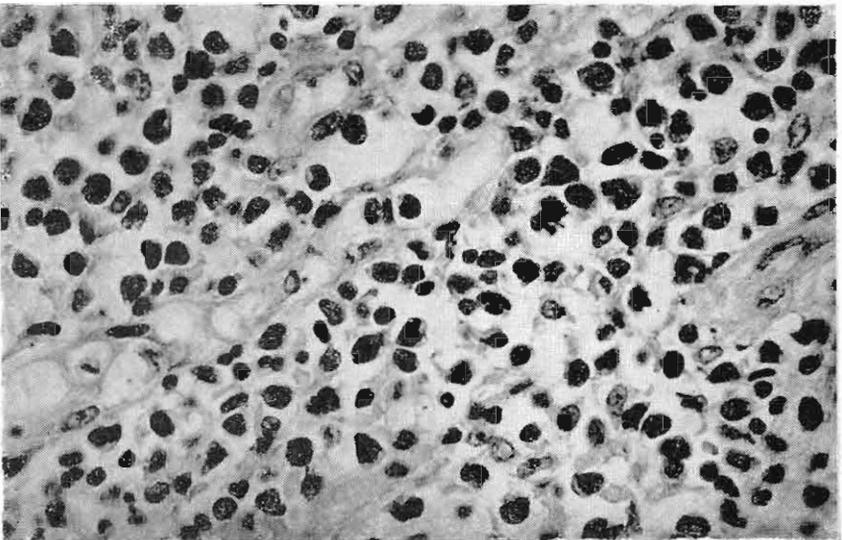


Fig. 8. Células de aspecto tumoral (Caso N° 3).

13-10-59. Una biopsia es negativa al Linfosarcoma. La enfermo continúa eliminando costras gruesas en las mañanas, las fosas nasales luzen limpias.

1-2-61. El examen intranasal revela granulación tumoral, franca en el cornete medio y parte externa de la fosa nasal. La radiografía de senos aparanasales indica opacidad del seno maxilar izquierdo pero sin evidencias de destrucción ósea. Se inicia la nueva irradiación, ahora con el equipo convergente centrado en la cúspide de la región eritematosa a nivel del cornete medio de la fosa izquierda. El tratamiento es por un periodo de 24 días, recibiendo un total de 3,553 r/lesión.

11-4-61. Fosa nasal ocupada por costras serosas, piel pigmentada sin signos de actividad tumoral. No se encuentran adenopatías.

13-11-61. Desde hace una semana dolor en la ala izquierda de la nariz, apreciándose en el vestíbulo formaciones costras, serosanguinolentas y acartonamiento de esta región. No se palpan adenopatías, evidentemente constituye persistencia de enfermedad; se reinicia el tratamiento, exclusivamente limitado al ala de la nariz y porción geniana adyacente. Recibe en un período de 20 días un total de 3,048 r/lesión.

5-11-62. Dejó de venir por sentirse sin molestias. Esta vez acude por la obstrucción de la fosa izquierda. Al examen se encuentra formación costrosa amarillenta a nivel del tabique, sin aspecto tumoral. No hay adenopatías.

13-4-63. No hay evidencia de recurrencia local o general. Desde entonces es controlado periódicamente, no habiendo hasta el momento signos que indique recurrencia de la enfermedad.

DISCUSION

Presentamos tres casos de Linfoma Nasal, entidad de presentación rara. Hacemos una revisión de la Literatura, señalando las características de esta enfermedad y su relación con los necrosis medio-facial.

De mucho tiempo atrás se ha tratado de explicar la etiología de la necrosis medio-facial. Para unos se trataría de un proceso alérgico, para otros infecciosos. Ultimamente muchos autores le atribuyen una etiología neoplásica.

Weiss, revistando dos casos diagnosticados primitivamente como necrosis medio-facial, encontró que se trataban de verdaderos linfomas y que el tejido neoplásico estaba enmascarado por la presencia de abundantes focos de necrosis. Otros casos descritos por el mismo autor tienen características clínicas superponibles a la necrosis medio facial.

Para Walton, el granuloma de la nariz correspondiente: tres entidades; la necrosis medio-facial, la granulomatosis de Wegener y el granuloma gangrenescens que histológicamente es un sarcoma retículo endotelial, en los que la primera biopsia por lo general es inespecífica.

Pirodda y Guenzi revistando varios casos reportados como necrosis medio-facial, estableció el diagnóstico de tumor maligno del retículo endotelio.

Richmond y colaboradores establecieron que la necrosis medio-facial era una variante del retículo-sarcoma.

López de Faria admite que muchos casos de necrosis medio-facial son linfomas, dos de los casos que describe fueron primitivamente diagnosticados como granuloma maligno medio-facial; sin embargo, en la revisión de los "slides" el tejido neoplásico fue detectado. Refuerza su diagnóstico en el he-

cho de que muchos caso reportados como necrosis medio-facial han mejorado con la radioterapia.

Vilanova, en el Congreso de Dermatología de México, en 1962, señala que por lo menos una parte de los enfermos que presentan la sintomatología característica del síndrome descrito por Mc. Bride, deben incluirse dentro del grupo de linfomas, para llegar a esta conclusión señala dos puntos no bien recalcados hasta ahora; por un lado la posibilidad de que alguna reticulosis puedan manifestarse en forma de lesiones puramente granulomatosas y necróticas debido a una especial labilidad de sus células y a las reacciones anormales que provocan en los tejidos; por otro lado la necesidad de una revisión a fondo del cuadro clínico del granuloma maligno medio-facial.

Nosotros creemos que la linfomatosis de la pirámide nasal es una neoplasia con características propias, tales como:

(1) Su tendencia a la necrosis y extensión a regiones vecinas. (2) La aparición de metástasis tardía. (3) El cuadro histológico característico, muchas veces enmascarado por tejido necrótico e inflamatorio.

La necrosis medio-facial es una entidad vaga descrita por Mc. Bride en 1897. Al presente no se conoce su exacta naturaleza ni se le ha definido con precisión.

Independientemente se han ido descubriendo otras entidades, que en revisión retrospectiva, parecen simular las lesiones descritas por Mc. Bride. De estas, las más importantes son: la granulomatosis de Wegener y el linfoma de la pirámide nasal. Este último por su carácter local, tal como hemos puntualizado, puede corresponder a lo que se ha conocido por muchos años como necrosis medio-facial. La contribución de Weiss y Takano en este sentido es importante. Cualquiera que sea la realidad, es importante, que frente a una lesión necrotizante de la nariz se haga una exhaustiva investigación anátomo-patológica. En la serie presentada por Weiss y Takano y según la idea expresada al autor por el profesor Weiss, todos los casos de lesiones necróticas de la pirámide nasal han resultado ser linfomas después de adecuada toma de una muestra representativa.

CONCLUSIONES

1. Tres casos de "Linfoma Nasal" son presentados. Se señala lo raro de su presentación.
2. Son características de esta enfermedad: su tendencia a la necrosis, su propagación a las regiones vecinas. La aparición de metástasis tardía.
3. El diagnóstico se hace por estudio histológico que puede estar dificultado por la presencia de abundantes focos de necrosis y tejido inflamatorio.
4. Por lo menos, algunos de los casos descritos como necrosis medio-facial son en realidad linfomas de la pirámide nasal.

BIBLIOGRAFIA

1. Backer y Colabs.: Linfoma nasal como causa de granuloma letal medio facial. *NC-Sth Med. F.* (Bgham, Ala), 5: 591; may. 1958.
2. Bahahofsth J.: El origen de tumores malignos de la nariz y senos paranasales. *Laryngol Rhinol Otol*, 36: 523; set. 1957.
3. Bargar Z.: Tumores malignos de la nariz y senos paranasales en pacientes de la Clinica de Otorrinolaringología de Bratislava durante los años de 1947-1956. *Otolaryngol Ka., Leck Fac. UK, Bratislava Léck Obz* 7: 613; oct. 1958.
4. Granuloma maligno medio facial y su estudio histológico. *Bol. Clin. Hosp. Lisboa*, 22: 329, feb. 1958.
5. Cecil-Loeb. *Medicina Interna* 10.
6. Convit J.: Rinoscleroma. *Acta Derm. (Chicago)*, 84: 55; jul. 1961.
7. Croushore J.E.: Tumores de la nariz y senos paranasales. *J. Mich. Med. Soc.* 60: 1147, set. 1961.
8. Duke K.D.: Tumores de la nariz y el cuello. *A.M.A. Arch. Otolaryng.* 73: 80; jun. 1961.
9. Duke J.R. y Naguin H.: Granuloma letal medio facial. *Wolmer Ophthal. Otolaryng.* 61: 464; abr. 1957.
10. Ellis M.: Granuloma de la nariz. *Brit. M.J.* 1: 1251; 1953.
11. Falig y Colabs.: Reticulosarcoma primario de la fosa nasal. *Arch. De Vecchi Anat. Pat.* 28: 847; marzo 1958.
12. Kim R.: Reticulosarcoma de la piel. *Cancer*, 16: 64; mayo 1963.
13. Lapp. *Pathol. Inst. Justus-Liebig, Univ. "Giessen Viechow's"*. *Arch. Path. Anat.* 33: 487, mayo 1958.
14. López de Faria y Colabs.: Granuloma maligno de la cara. *A.M.A. Arch. Otolaryng.* 65: 255, mar. 1957.
15. Odoz B.L.: Rinofima. *Amer. J. Surg.* 102: 3; jul. 1961.
16. Pain E. y Colabs.: Ocurrencia de un epiteloma en una antigua irradiación por linfosarcoma de la cavidad nasal. *Ann. Otolaryng. (Paris)*, 80: 717; jul.-agost. 1963.
17. Pirodda y Guenzi.: Algunos aspectos clínicos e histológicos de tumores mesenquimatosos malignos, de la región naso-maxilar. *Oto-rinolaring.* 19: 81; 1950.
18. Granulomatosis de Wegener. *Rev. Clin. Española*, 73: 361, jun. 1959.
19. Richmond H.G. y Colabs.: Granuloma maligno de la cavidad nasal. *Brit. J. Surg.* 44: 290; nov. 1956.
20. Rosenberg S. y Colabs.: Linfosarcoma. *Medicina*, 40: 31; 1961.
21. Salinger y Colabs.: Senos paranasales (tumores malignos). *Arch. Otolaryngology*, 71: 664, abr. 1960.
22. Sawashima M. y Colabs.: Granuloma maligno de la nariz. *Otorino-Laring Soc.* 61: 1692, 1958.
23. Schirre T.: Tratamiento del cáncer de la cara. *Triángulo*, 4: 290; dic. 1969.
24. Sproud E.: Granulomatosis de Wegener - granulomatosis medio facial letal. *J.A.M.A.*, 177: 921; set. 1961.
25. Thibaut B.: Estabilización clínica del linfosarcoma del cavum nasal en un adolescente de 16 años. *Ann. Otolaryng.* 80: 715; jul. 1963.
26. Vilanova X. y Colabs.: Reticulosis necrotica. V Congreso Ibero-Latino-Americano de Dermatología (Boletín).
27. Walton E.: Reticula endotelial sarcomas de la nariz y paladar. *J. Clin. Pathol.* 13: 279; jul. 1960.
28. Weiss, P.: Casos de linfosarcoma de la nariz. *Actas Dermosifilográficas (Madrid)*, abr. 1954.
29. Weiss, P. y Takano, J.: Linfomas nasales. *Dermatología. Rev. Mexicana* Vol. 6, N° 1, marz. 1962.
30. Zange, J.: 25 años de tratamiento de tumores malignos de la nariz y senos en Jena. *Laryng Rhinol* 42: 613; set. 1963.
31. Chang Ching Sung.: Granuloma maligno. *Nat. Med. F. China* 43: 677, set. 1957.