



EN PROCESOS DOLOROSOS DE DIVERSA ETIOLOGÍA

# Stadium

Dexketoprofeno trometamol



ANALGESIA PURA DE GRAN VALOR

En **DOLOR AGUDO** leve, moderado e intenso en: <sup>1</sup>

Lesiones traumatólogicas • Dorsalgia y Lumbalgia • Cefalea y Migraña  
Intervenciones quirúrgicas • Dismenorrea

Estudios comparativos muestran superioridad de



Vs. KETOROLACO

|                    |                        |                   |
|--------------------|------------------------|-------------------|
| Rapidez de acción  | 15 min                 | 45 min            |
| Duración de acción | 8 a 12 h               | 6 a 8 h           |
| Efectos adversos   | mínima gastrolesividad | elevada toxicidad |



IM: Inyección profunda y lenta en el músculo.  
IV: Diluirse en un volumen de 30 a 100 ml de solución salina, glucosada o Ringer lactato y administrarse lentamente durante 10 a 30 m.  
Bolo: Intravenoso lento, en un tiempo no menor a 15 segundos.

Solución Inyectable Reg. No.: S51M0004 SSA/IV Tabletas Reg. No.: S06M0002 SSA/IV

**RÁPIDO**  
inicio de acción



Num. de Entrada: 153300020C1711

EXCELENCIA ANALGÉSICA ○ SÓLO EL ENANTIÓMERO PURO 100% ACTIVO





## Condrosarcoma nasal de bajo grado

Moreno-González G<sup>1</sup>, Martínez-Rojo MF<sup>2</sup>, Hernández-Álvarez BI<sup>3</sup>

### Resumen

El condrosarcoma es un tumor maligno de origen epitelial, de crecimiento, lento poco frecuente en la nariz. Los condrosarcomas en cabeza y cuello suelen diagnosticarse en personas de mediana edad, sobre todo en la cuarta década de la vida. Su etiopatogenia se desconoce. La opción terapéutica es la cirugía y la terapia coadyuvante juega un papel limitado. El objetivo de este artículo es comunicar el caso de un condrosarcoma tratado por cirugía endoscópica.

**PALABRAS CLAVE:** condrosarcoma, tumor maligno, neoformación nasal, cirugía endoscópica.

An Orl Mex 2017 January;62(1):49-54.

## Low-grade nasal chondrosarcoma.

Moreno-González G<sup>1</sup>, Martínez-Rojo MF<sup>2</sup>, Hernández-Álvarez BI<sup>3</sup>

### Abstract

Chondrosarcomas are non-epithelial malignant, slow growing tumors that usually are rare in nose. Median age at diagnosis for head and neck chondrosarcomas is in the fourth decade. The etiopathogenesis of chondrosarcomas remains unknown. Treatment of choice is surgical, with adjuvant therapy having a limited role. The aim of this paper is to report a case of nasal septal chondrosarcoma that was treated only with endoscopic surgery.

**KEYWORDS:** chondrosarcoma; malignant tumor; nasal neoformation; endoscopic surgery

<sup>1</sup> Departamento de Otorrinolaringología, ISSSTE Hospital Constitución, Monterrey, Nuevo León, México.

<sup>2</sup> Residente de tercer año del Hospital Regional Valentín Gómez Farías, Guadalajara, Jalisco, México.

<sup>3</sup> Otorrinolaringóloga. Monterrey, Nuevo León, México.

**Recibido:** 1 de agosto 2016

**Aceptado:** 31 de enero 2017

### Correspondencia

Dr. Gerardo Moreno González  
mafy\_2k@hotmail.com

### Este artículo debe citarse como

Moreno-González G, Martínez-Rojo MF, Hernández-Álvarez BI. Condrosarcoma nasal de bajo grado. An Orl Mex. 2017 ene;62(1):49-54.

## ANTECEDENTES

Los tumores malignos de nariz y senos paranasales son poco frecuentes, representan entre 0.2 y 0.8% de todos los tumores. El condrosarcoma de cabeza y cuello es raro, representa 0.1% de los tumores de cabeza y cuello.<sup>1</sup> Pueden surgir de cualquier hueso o tejido blando, 1% tiene orígenes extraesqueléticos.<sup>2</sup> Cuando afecta la cabeza y cuello es común encontrarlos en el hueso maxilar, la mandíbula y los senos paranasales.<sup>3</sup> En el caso de la nariz y los senos paranasales es más común en la cavidad nasal y el etmoides en 50%, la maxila en 18%, el tabique nasal en 17%, el paladar duro y la nasofaringe.<sup>4</sup> El tabique nasal es un sitio en particular poco frecuente del origen de un condrosarcoma, con sólo 50 casos reportados en la bibliografía.<sup>5,6</sup>

Son propensos a diseminación progresiva y múltiples recurrencias que a la larga llevan a la muerte si no se tratan de manera adecuada.<sup>7</sup>

Se comunica un caso de condrosarcoma septal que afectaba la cavidad nasal de manera aislada sin evidencia de extensión intracraneal o a estructuras adyacentes.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 42 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de importancia, acudió a consulta por padecer obstrucción nasal en la fosa nasal izquierda de un año de evolución sin predominio de horario, sin factores exacerbantes o cedentes asociados. Tenía epistaxis intermitente de alivio espontáneo, escasa, del mismo tiempo de evolución. Negó otros síntomas asociados como parestesias, dolor centofacial, rinorrea, pérdida de peso. A la exploración con endoscopio de cero grados se observó neoformación por debajo de cornete medio hasta el piso nasal, con vascularidad aumentada en comparación con el resto de la

mucosa, friable (Figura 1). La tomografía computada mostró un tumor isodenso a tejidos blandos en la fosa nasal izquierda que obstruía el 100% de la fosa en el área IV de Cottle, no causaba erosión, pero desplazaba la pared lateral nasal (Figura 2). La resonancia magnética mostró un tumor hiperintenso en T2 a tejidos blandos con flujos de vacío, en T1 con gadolinio realzaba e invadía el cornete inferior (Figuras 3 a 6).

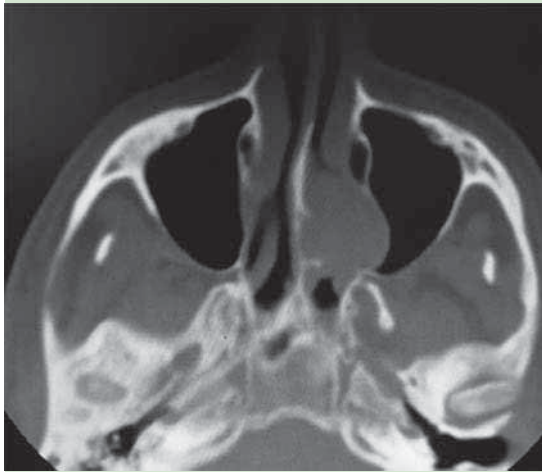
Se realizó cirugía endoscópica de nariz y senos paranasales con diagnóstico presuntivo de hemangioma nasal. En la intervención quirúrgica se observó una lesión con las características descritas, móvil, que no procedía del cornete inferior sino del tabique nasal.

La biopsia reportó condrocitos compatibles con el diagnóstico de condrosarcoma nasal de bajo grado con bordes libres. El paciente siguió en



**Figura 1.** Revisión endoscópica con 0°, se observa el tumor con origen aparente del tabique que causa obstrucción del piso en el 100%.

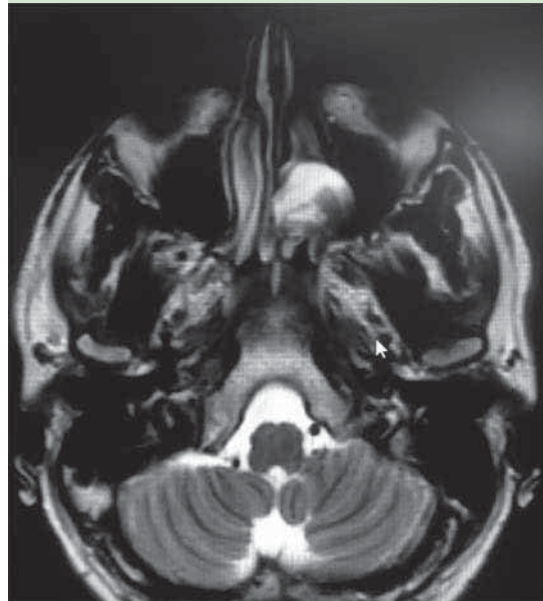




**Figura 2.** Tomografía axial computada con ventana ósea; se observa el tumor en la fosa nasal izquierda isodensa a tejidos blandos con origen aparente del tabique que desplaza la pared lateral nasal.



**Figura 3.** Resonancia magnética nuclear T1, corte axial; se encuentra tumor heterogéneo predominantemente hipointenso a tejidos blandos que desplaza la pared medial.



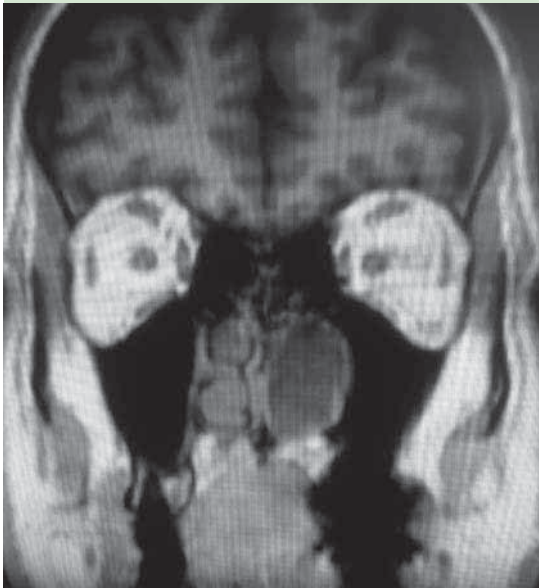
**Figura 4.** Resonancia magnética nuclear T2 que muestra tumor hiperintenso a tejidos blandos con aparente flujo de vacío.

control por parte del servicio de Oncología, donde se decidió dar sólo vigilancia con manejo expectante. A nueve meses de control posquirúrgico, el paciente estaba asintomático y sin actividad tumoral.

## DISCUSIÓN

Los tumores condrogénicos de las cavidades nasosinusales son poco frecuentes y, por lo regular, malignos de bajo grado, en comparación con los de laringe que también son de bajo grado.<sup>5</sup>

Los condrosarcomas son de crecimiento lento y surgen de estructuras cartilagosas.<sup>8</sup> Lo describió Morgan en 1842, hasta 1983 sólo se habían reportado 131 casos en la bibliografía médica mundial.<sup>1</sup> El primer condrosarcoma paranasal reportado fue por Mollison en 1916.<sup>9</sup>

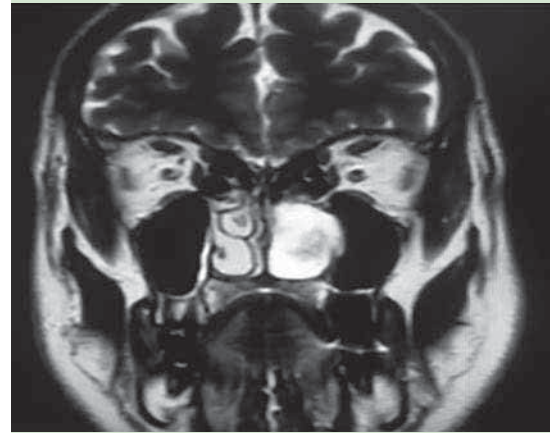


**Figura 5.** Resonancia magnética nuclear T1, corte coronal, que muestra tumor hipointenso que ocupa el 100% de la fosa nasal con desplazamiento de la pared lateral.

El condrosarcoma aparece en restos de cartílago embrionario, hueso endocondral o células mesenquimatosas primitivas, que evaden la resorción durante la endondro-osificación y dan origen a estos tumores; puede complicar la enfermedad de Ollier, enfermedad de Paget, fibroma condromixóide y el síndrome de Maffucci.<sup>1,3,10</sup>

Se clasifica en: hialino (7%), mixóide (30%) o mixto (63%). Su clasificación va de grado bajo basado en el grado de celularidad, pleomorfismo, mitosis y células multinucleadas.<sup>10</sup> Evans y su grupo emitieron una clasificación en tres grados histológicos, grado bajo tipos I y II y grado alto tipo III.<sup>3</sup>

El tamaño del tumor y el estadio se correlacionan con la tasa de metástasis, agresividad local y supervivencia.<sup>8</sup>



**Figura 6.** Resonancia magnética nuclear T2 con imagen hiperintensa con flujos de vacío.

Como características microscópicas es un tumor hipercelular compuesto por condrocitos en núcleos pleomorfos e hipercromáticos y núcleos prominentes.

La norma son células binucleadas o multinucleadas la matriz hialina puede calcificarse en anillos, la matriz intercelular es sólida de tipo hialino en comparación con la matriz mucinosa o gelatinosa de los tipos mixóide o mixto, la diferenciación se facilita por tinción de inmunohistoquímica, que es positiva para citoqueratina y proteína S100.<sup>3,10</sup>

En términos macroscópicos, son masas lisas, firmes, lobuladas. Se ha encontrado que los condromas miden de 1 a 3 cm, mientras que los condrosarcomas miden más de 5.5 cm.<sup>1</sup>

El intervalo de edad afectado varía entre 30 y 60 años; predomina en los hombres en una relación 1:1 a 10:1; las condiciones predisponentes son: exostosis múltiple hereditaria, enfermedad de Ollier, síndrome de Maffucci, uso de contraste intravenoso, enfermedad de Paget y radiación previa.<sup>7</sup>



La evolución clínica al momento del diagnóstico suele ser mayor a seis meses, manifiesta por edema no doloroso, con tamaño promedio de 4 cm.<sup>11</sup>

En la tomografía computada los condrosarcomas suelen ser lesiones compuestas por matriz hipodensa con calcificaciones pequeñas difusas con posible erosión o destrucción del hueso.<sup>7</sup>

La resonancia magnética es esencial para determinar el estadio de la enfermedad, en ésta los condrosarcomas son hipointensos en T1 e hiperintensos en T2, con realce heterogéneo posterior a la administración de gadolinio intravenoso. Los condrosarcomas en el tabique nasal suelen tener crecimiento simétrico hacia ambos lados de la cavidad nasal.<sup>12</sup>

La intervención quirúrgica con márgenes amplios es el tratamiento de elección, la resección del grosor total con radiación posquirúrgica está recomendada en los casos en que afecta estructuras vitales;<sup>7,8</sup> la quimioterapia sistémica e intraarterial se prescribe de manera paliativa.<sup>7</sup>

Los abordajes quirúrgicos del condrosarcoma craneofacial que se utilizan son: Weber-Ferguson, rinotomía lateral, sublabial ampliado, Le Fort I, abordaje craneofacial anterior y escisión transnasal según el sitio y extensión de la lesión. El abordaje más común es la rinotomía lateral, se ha reportado el manejo endoscópico; indicado sólo en tumores limitados en tamaño y que pueden visualizarse por técnica endoscópica.<sup>6</sup>

Sin embargo, el potencial de metástasis y resultado oncológico de los sarcomas del tracto sinonasal es variable debido a los diferentes tipos histológicos, el comportamiento local es similar al de los sarcomas. Los sarcomas son infiltrativos, avanzan a áreas más allá de lo que puede apreciarse con el ojo, por lo que por lo general

se resecan de manera incompleta y, por ello, hay recidiva o recurrencia local. La escisión amplia mejora el control local, pero es difícil de realizar por las estructuras vitales cercanas; la cirugía de base de cráneo puede mejorar el control local de los sarcomas del tracto sinonasal.<sup>8</sup>

La supervivencia a cinco años es de 40 a 60%, con recurrencia de al menos 60% en los cuatro años después del tratamiento.<sup>5</sup>

El pronóstico del condrosarcoma es mejor juzgado por tres factores: sitio, grado y reseabilidad del tumor. De los condrosarcomas de cabeza y cuello, los de nasofaringe y cavidad nasal posterior son los de peor pronóstico. Este factor y la reseabilidad son los más importantes para determinar la supervivencia. La muerte casi siempre ocurre después de la afectación intracraneal y es menos común por metástasis distante.<sup>7</sup>

El diagnóstico diferencial incluye tumores benignos y malignos, como tumor cartilaginoso del tabique nasal, carcinoma escamoso, adenocarcinoma, papiloma invertido, schwannoma, melanoma sinonasal y tumores de glándulas salivales menores. La mayoría está de acuerdo en que distinguir entre condrosarcoma y condroma es difícil desde el punto de vista histológico.<sup>5</sup>

## CONCLUSIÓN

El condrosarcoma es un tumor muy poco frecuente, por lo que su reporte es importante para conocerlo y considerarlo en diagnóstico diferencial; es de crecimiento muy lento. El tratamiento de elección es la cirugía con abordaje acorde con cada caso y vigilar los bordes libres. La cirugía endoscópica es una opción, sobre todo cuando la extensión permite su acceso. Es una lesión asintomática y confundible con cualquier afección que genere obstrucción nasal.

## REFERENCIAS

1. Sánchez OF, Abarca AV. Condroma nasal. Comunicación de un caso. *An Orl Mex* 2005;50:118-120.
2. Knott, PD, Gannon FH, Thompson LD. Mesenchymal chondrosarcoma of the sinonasal tract: A clinicopathological study of 13 cases with a review of the literature. *Laryngoscope* 2003;113:783-790.
3. Silva CM, Rodríguez HL, Tapia MC, Troncoso VS. Condrosarcoma del septum nasal, reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2014;74:139-144.
4. Ali-Arif GM, Michael RM, Kurien M, Korula A. Chondrosarcoma of the nasal septum. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;56:314-316.
5. Yamamoto S, Motoori K, Takano H, et al. Skeletal Radiol 2002;31:543. doi:10.1007/s00256-002-0535-7.
6. Kainuma K, Netsu K, Asamura K, et al. Chondrosarcoma of the nasal septum: A case report. *Auris Nasus Larynx* 2009;36:601-605.
7. Burkey BB, Ho man HT, Baker SR, Thornton AF, McClatchey KD. Chondrosarcoma of the head and neck. *Laryngoscope* 1990;100:1301-1305.
8. Bailey CM. Chondrosarcoma of the nasal septum. *J Laryngol Otol* 1982;96:459-467.
9. Ertefai P, Moghimi M. Chondrosarcoma of the nasal septum. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1997;254:259-260.
10. Harnsberger HR. En: *Diagnosis imaging: Head and Neck*. 2nd ed. Utah, 2011.
11. Prado OF, Nishimoto IN, Pérez DE, Kowalski LP, Lopes MA. Head and neck chondrosarcoma: Analysis of 16 cases. *Br J Oral Maxfac Surg* 2009;47:555-557.
12. Downey TJ, Clark SK, Moore DW. Chondrosarcoma of the nasal Septum. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125(1).



**INFORMACION PARA PRESCRIBIR REDUCIDA IPP-R. STADIUM®**  
**Dexketoprofeno. Tabletas. FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada tableta contiene: Dexketoprofeno trometamol equivalente a 12.5 mg de dexketoprofeno. Excipiente ctp 1 tableta. Dexketoprofeno trometamol equivalente a 25 mg de dexketoprofeno. Excipiente ctp 1 tableta. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Analgésico no narcótico. STADIUM® está indicado en el tratamiento sintomático del dolor agudo de diversa etiología. **CONTRAINDICACIONES:** STADIUM® no debe administrarse en casos de: hipersensibilidad a dexketoprofeno y a cualquier otro AINE, pacientes con úlcera gastrointestinal, enfermedad de Crohn, trastornos hemorrágicos y de la coagulación o si están tomando anticoagulantes; asma, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal moderada a severa, insuficiencia hepática grave, embarazo y lactancia, menores de 18 años. **PRECAUCIONES GENERALES:** La seguridad en niños no ha sido establecida. STADIUM® puede producir lesiones en la mucosa gastrointestinal y dar lugar a sangrado. Los pacientes ancianos están más predispuestos a sufrir sangrado gastrointestinal y/o perforación, que a menudo son dosis dependientes, y pueden presentarse sin síntomas o sin historia previa en cualquier momento del tratamiento. En caso de sangrado gastrointestinal o ulceración, el tratamiento debe ser interrumpido de inmediato. Efectos renales: STADIUM® debe utilizarse con precaución en pacientes con disfunción renal moderada a severa, y en sujetos que predispongan a la retención de líquidos, que reciben diuréticos, o con predisposición a la hipovolemia. Otras alteraciones: Se han reportado casos aislados de anafilaxia y edema facial. Al igual que con otros AINEs podría presentarse meningitis aséptica, la cual podría ocurrir en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico o enfermedad mixta del tejido conectivo; reacciones hematológicas (púrpura, anemia aplásica y/o hemolítica) y raramente agranulocitosis e hipoplasia medular. Puede producir efectos débiles a moderados sobre la capacidad de conducción de vehículos o de utilizar maquinaria, debido a la posibilidad de aparición de vértigo o somnolencia. **Advertencias:** STADIUM® no debe utilizarse en combinación con otros AINEs. Pacientes ancianos, mayores de 65 años. Como sucede con todos los AINEs el riesgo de efectos secundarios en pacientes ancianos es mayor. Se recomienda utilizar la dosis de 50 mg/día, dado que la vida media en plasma es más prolongada y la depuración plasmática menor. El uso concomitante con heparina de bajo peso molecular no mostró efectos en la coagulación; sin embargo, los pacientes que reciben adicionalmente otra terapia que interfiere con la hemostasia deberán ser vigilados. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO, DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** STADIUM® no debe administrarse durante el embarazo y la lactancia. Los AINEs pueden bloquear las contracciones uterinas y retardar el parto. Pueden inducir constricción intrauterina o cierre del conducto arterioso conduciendo a la hipertensión pulmonar neonatal y a la insuficiencia respiratoria. Los AINEs pueden deprimir la función plaquetaria fetal e inhibir la función renal del feto, resultando en un oligohidramnios y anuria neonatal. Se desconoce si el dexketoprofeno es excretado en la leche materna. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Los eventos reportados se clasifican de acuerdo a su frecuencia. Frecuentes (1 a 10%): náusea, vómito, dolor abdominal, y diarrea. Poco frecuentes (0.1 a 1%): cefalea, mareo, trastornos del sueño, ansiedad, vértigo, tirinitis, estreñimiento, sequedad de boca, erupción cutánea, prurito, hipotensión, visión borrosa, fatiga, palpaciones, flatulencia y gastritis. Raras (0.01 a 0.1%): parestias, edema periférico, úlcera péptica, melena, anorexia, urticaria, trastornos menstruales y prostáticos. Reportes aislados (<0.01%): neutropenia, trombocitopenia, taquicardia, broncoespasmo y reacciones de fotosensibilidad. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** Asociaciones no recomendables: usado con otros AINEs, se incrementa el riesgo de hemorragia gastrointestinal por efecto sinérgico. Con anticoagulantes orales y dosis profiláctica de heparina parenteral, se incrementa el riesgo de sangrado y el daño a la mucosa gastrointestinal. Los AINEs incrementan los niveles hemáticos de litio por lo que se requiere un monitoreo cuidadoso al inicio del tratamiento. Dosis altas de metotrexato ( $\geq 15$  mg/semana) incrementan la hepatotoxicidad por una disminución en la depuración renal. Puede incrementar los efectos tóxicos de las hidantoínas y sulfonamidas. Combinaciones que requieren precaución: El uso combinado de AINEs con ECA y diuréticos, se asocia a riesgo de insuficiencia renal y pueden disminuir su acción antihipertensiva. Con pertofosilina y zidovudina aumenta el riesgo de sangrado. Con sulfonilureas puede aumentar el efecto hipoglucemiante. Asociaciones que deben tomarse en cuenta:  $\beta$ -bloqueadores asociados con AINEs pueden disminuir su acción antihipertensiva; Probenecid puede aumentar las concentraciones plasmáticas de dexketoprofeno, con ciclosporina puede presentarse nefrotoxicidad; con trombolíticos se incrementa el riesgo de sangrado; con glucósidos cardíacos puede incrementar las concentraciones de glucósidos en plasma. En animales, el uso de dosis altas de quinolonas con AINEs puede incrementar el riesgo de desarrollar convulsiones. **PRECAUCIONES Y RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** En animales, las secuelas sobre el feto se manifestaron con dosis altas. STADIUM® puede bloquear las contracciones uterinas y retardar el parto. Puede inducir constricción intrauterina o cierre del conducto arterioso, conduciendo a la HTA neonatal y a la insuficiencia respiratoria. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Stadium® Tabletas. Dosis: 1 tableta de 25 mg cada 6-8 horas sin exceder la dosis diaria de 75 mg. Si es necesario se puede administrar una segunda tableta 1 hora después de la primera toma. En ancianos (>65 años) se recomienda  $\frac{1}{2}$  tableta (12.5 mg) cada 6 horas, es decir 50 mg como dosis total diaria. No debe administrarse a niños menores de 18 años. **SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTO):** En caso de ingestión accidental o excesiva, debe instituirse de inmediato el tratamiento sintomático y el lavado gástrico, si éste es requerido. El dexketoprofeno es dializable. **PRESENTACIONES:** Caja con 20 tabletas de 12.5 mg. Caja con 10 ó 20 tabletas de 25 mg. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Su venta requiere receta médica. No se use en el embarazo, lactancia, ni en niños menores de 18 años. No se deje al alcance de los niños. ®MARCAS REGISTRADAS. Reg. Núm. 506M2002 SSA IV. **Hecho en Italia por:** A. Menarini Manufacturing Logistics and Services S.R.L. Via Campo Di Pile- 67100, L'Aquila (AQ), Italia. **Acondicionado por:** Grinnann, S.A. de C.V. Circuito Nemesio Díez Riega No. 11, Parque Industrial El Carrillo II, C.P. 52000, Lerma, México. **Distribuido por:** Laboratorios Sanfer, S.A. de C.V. Hormora No. 2-A, San Andrés Atoto, C.P. 53500, Naucalpan de Juárez, México.

**REFERENCIAS:** 1.- Pintelo M, Puigvertos F. Dexketoprofeno trometamol en dolor de moderado a intenso. Modelo de informe de evaluación, programa madre. Versión No. 3.0, Sept. 2005. 2.- Porta Sánchez A, Rabuñal Álvarez M. Dexketoprofeno Trometamol. Madrid: CHU. Juan Canalejo; 2007. 3.- Sánchez-Carpena J, Domínguez-Hervella F, García I, et al. Dexketoprofeno intravenoso frente a metamizol seguidos de tratamiento oral en cólico renal agudo. Annual Scientific Meeting. Glasgow: The Pain Society; 2003:26-29. 4.- Durán E, Benito C. Dexketoprofeno IM/IV. Madrid: Hospital G.U. Gregorio Marañón; 2004.

sanfer®