

Pólipo nasal solitario atípico. Diagnóstico y tratamiento mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS)

Atypical solitary nasal polyp. Diagnosis and treatment by endoscopic nasosinusal surgery (ENSS)

Vicente Pino Rivero ■ David Sánchez García ■ Manuel Rodríguez Carmona ■ Rafael Jorge Iglesias González ■ Federico del Castillo Beneyto

RESUMEN

Presentamos un caso poco frecuente de pólipo nasal solitario atípico localizado en rinofaringe-cavum sin dependencia del seno maxilar, esfenoidal ni coana homolateral. Se trataba de un varón de 69 años que consultó en Urgencias por cefalea y en el que, al realizar un TAC craneofacial, se descubrió la citada tumoración de más de 4 cm de diámetro máximo. Tras biopsia negativa, el paciente fue intervenido mediante Cirugía Endoscópica Nasosinusal (CENS) con exéresis completa de la lesión polipoide que fue confirmada histológicamente por el anatomopatólogo descartándose signos de malignidad. En la última revisión por fibroscopia en nuestro hospital la exploración fue completamente normal.

Palabras Clave: Pólipo Nasal Solitario Atípico; TAC; Cirugía Endoscópica Nasosinusal.

ABSTRACT

We report an uncommon case of atypical solitary nasal polyp located on rhinopharynx-cavum without dependence of maxillary sinus, sphenoid or ipsilateral choana. The patient was a 69 years old male who went to Emergencies because of headache and, after making a craneofacial CT, it showed such tumoration with more than 4 cm of maximal diameter. Due to a negative biopsy, he was operated by Endoscopic Nasosinusal Surgery (ENSS) with complete removal of the polypoid lesion which was histologically confirmed by anatomopathologic exam that discarded malignant signs. The last exploration by fibroscopy in our hospital was completely normal.

Key Words: Atypical Solitary Nasal Polyp; CT; Endoscopic Nasosinusal Surgery.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la patología nasosinusal los pólipos son los tumores no neoplásicos más comunes especialmente cuando son bilaterales formando parte del cuadro clínico denominado poliposis nasosinusal, frecuentemente asociada a patología alérgica. Cuando la formación polipoide es unilateral se deben considerar otras patologías como papilomas invertidos, gliomas, angiofibroma juvenil, tumores osteocartilaginosos y otras lesiones no epiteliales.

Podemos diferenciar dentro de los pólipos nasales las siguientes entidades clínicas:

- Pólipo antrocoanal o de Killian: Originado desde la mucosa del seno maxilar con emergencia a través del ostium de drenaje para dirigirse posteriormente hacia la coana.
- Pólipo grande aislado
- Poliposis asociada a rinosinusitis crónica no eosinofílica
- Ídem asociada a rinosinusitis crónica eosinofílica ("fúngica alérgica")
- Poliposis asociada a patologías sistémicas o enfermedades metabólicas

VICENTE PINO RIVERO

Facultativo Especialista de Otorrinolaringología
Hospital Campo Arañuelo
Navalmoral de La Mata (Cáceres) | Espanha

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

Facultativo Especialista de Otorrinolaringología

MANUEL RODRÍGUEZ CARMONA

Adjunto de O.R.L.

RAFAEL JORGE IGLESIAS GONZÁLEZ

Director Médico de H.C.A.

FEDERICO DEL CASTILLO BENEYTO

Jefe de Servicio de O.R.L.

Correspondència:

Vicente Pino Rivero
Avda. Antonio Masa 3, 5ºG | 06005 Badajoz (Espanha)
Correo electrónico: vicentepinorivero@terra.com

Presentamos un caso verdaderamente atípico de pólipo grande aislado o solitario atípico diagnosticado y tratado quirúrgicamente en nuestro hospital con buen resultado.

CASO CLÍNICO

Varón de 69 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por cefalea, dolor retroauricular izquierdo y cervical alto de inicio en pocas horas según el paciente. Además refería sensación de taponamiento de oído izquierdo y obstrucción nasal de larga evolución, sobre todo por fosa nasal izquierda (FNI), sin epístaxis asociada. Entre sus antecedentes personales destacamos intervención previa por hematoma subdural, hemorragia digestiva por AINEs, polineuropatía sensitivo-motora y síndrome depresivo controlado con tratamiento.

Exploración O.R.L.:

- Orofaringe-Cavidad Oral: Sin alteraciones significativas
- Otoscopia: Tímpano derecho normal. Tímpano izquierdo algo deslustrado
- Cuello: No se palpan adenopatías de tamaño significativo

Rinofibroscofia: Se aprecia masa vegetante no ulcerada blanquecina de al menos 3 cm que se localiza en rinofaringe y se lateraliza hacia rodete peritubárico izquierdo sin llegar a anclarse en la coana homolateral. Laringe e hipofaringe normales.

En Urgencias solicitaron un TAC craneal urgente debido a la cefalea y antecedentes de hematoma subdural e incidentalmente se detecta la citada lesión tumoral. El radiólogo realizó entonces varios cortes adicionales desde seno frontal hasta mandíbula e informa de la presencia de masa sólida, con densidad de partes blandas y calcificaciones en su interior, localizada en zona media de nasofaringe y que se lateraliza hacia la izquierda ocupando receso nasotubárico izquierdo (Figuras I y II). Las medidas son 2,7 por 2,7 cm y es compatible con tumoración en cavum recomendándose biopsia y estudio histológico de la misma. A nivel craneal no se apreció patología actual.

Procedimos a toma de biopsia (varios fragmentos) de la lesión de FNI por endoscopia rígida de 0° y posterior control fibroscópico bajo anestesia tópica en la consulta. El resultado no reveló alteraciones morfológicas significativas por lo que propusimos al paciente cirugía endoscópica nasosinusal (C.E.N.S) con exéresis de la masa para posterior estudio AP. Durante la intervención se comprobó que el tumor polipoideo se encontraba anclado en pared lateral rinofaríngea izquierda sin afectar a la coana ni al rodete tubárico. La extirpación fue completa, sin complicaciones intra-

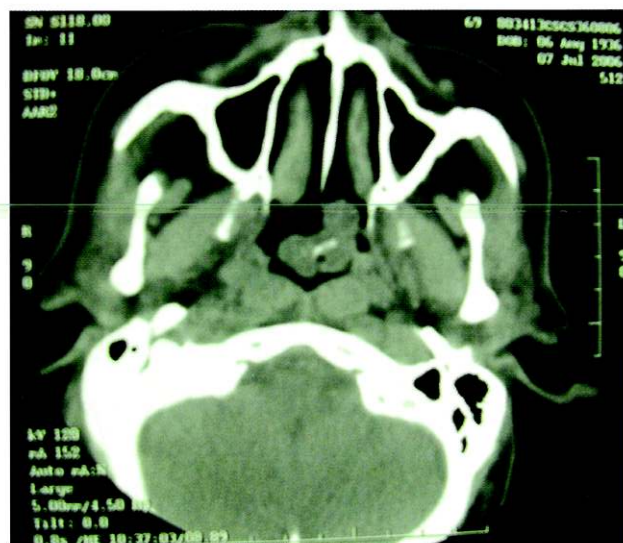


FIGURA I. TAC axial que muestra la lesión de rinofaringe correspondiente al pólipo con zona calcificada en su interior.



FIGURA II. Ídem. La lesión no infiltraba planos ni existía erosión ósea.

operatorias, si bien fue necesario extraer la tumoración por la fosa nasal contralateral (derecha) debido al tamaño y la estrechez relativa de la FNI (Figura III).

El informe AP textual fue el siguiente: "Formación polipoide irregular de color blanquecino y de consistencia media, que mide 4,3 x 2,7 x 1,5 cm de diámetro. Muestra una superficie rugosa con áreas ligeramente lobuladas y que al corte muestra pequeños focos de consistencia ósea. Histológicamente presenta un epitelio de superficie de tipo respiratorio y en el corion se observan numerosas glándulas seromucosas, en algunos casos quísticas, y un estroma edematoso con vasos sanguíneos congestivos, focos de infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y ocasionales focos de

osificación. No se han visto signos de malignidad". "Diagnóstico final: Pólipo Nasal."

En la última revisión mediante fibroscopia realizada la exploración no mostraba evidencia de recidiva del pólipo con buena permeabilidad nasal bilateral.

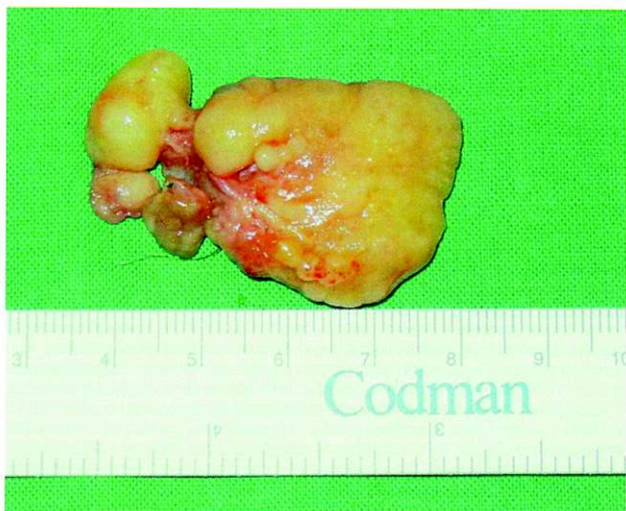


FIGURA III. Imagen macroscópica del pólipo nasal solitario atípico tras la extirpación.

DISCUSIÓN

El pólipo grande aislado nasal se diferencia del antrocoanal o solitario de Killian por su localización diferente, ser único y por no formar parte de un proceso infeccioso crónico ni estar asociado a ninguna enfermedad sistémica^{1,2}. El de nuestro caso fue descubierto de manera casual al realizar un TAC, el cual preferentemente debe solicitarse en dos proyecciones con cortes coronales y axiales³, y representa la prueba complementaria de elección para evaluar el compromiso óseo que pueda tener asociada la lesión. La destrucción ósea debe hacernos sospechar un proceso maligno aunque debemos tener en cuenta la existencia de poliposis enmascarando un carcinoma o coexistiendo con él⁴. En cambio, la RMN (resonancia magnética nuclear) con y sin gadolinio proporciona mejor información de los tejidos blandos que el TAC definiendo la extensión de la lesión en dichos tejidos, edemas y secreciones tumorales⁵.

El estudio diagnóstico se debe apoyar en la historia clínica y los hallazgos del examen físico complementado por una adecuada evaluación endoscópica o fibroscópica nasal aparte de las pruebas de imagen⁶. El diagnóstico diferencial de los pólipos es muy variado e independientemente de su aspecto benigno debe confirmarse siempre mediante estudio anatomopatológico⁷. Dentro de las lesiones inflamatorias debemos distinguir los pólipos aislados de los quistes,

granulomas y mucocelos, mientras que por otra parte también debemos considerar a los tumores epiteliales (papilomas, adenomas, mioepiteliomas y oncocitomas), tumores no epiteliales, tumores osteocartilaginosos (osteomas, condromas, displasia osteofibrosa, osteoblastoma, osteoma osteoide, etc) y tumores originados en tejidos blandos como angiofibromas, fibromas, hemangiomas, histiocitomas, hemangiopericitomas, neurofibromas, mixomas, leiomiomas y plasmocitomas, entre otros⁸.

Las pruebas de imagen contribuyen a la planificación del tratamiento quirúrgico y a la elección de la mejor vía teórica de abordaje (CENS o vía externa) según la patología, su localización y extensión⁹. En el paciente que hemos presentado fue posible la exéresis completa mediante la primera vía lo que disminuyó la morbilidad y la estancia hospitalaria (48 horas tras retirada de taponamiento anterior). A veces resulta difícil diferenciar preoperatoriamente un tumor nasal benigno de otro maligno porque la sintomatología inicial puede ser muy similar, aunque la prevalencia de los primeros es claramente superior a la de los segundos¹⁰.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hargett ER. Solitary nasal polyp. Arch Otolaryngol. 1980 Mar; 106 (3):187
- Hellquist HB. Nasal polyps update. Histopathology. Allergy Asthma Proc. 1996; 17 (5): 237-42
- Pedroza C. "Macizo facial: Senos paranasales, órbita, glándulas salivales. Diagnóstico por imagen. Tomo II". Ed. Interamericana-Mc Graw-Hill 1990; 1668-84
- Rodríguez CJ. Cavidad nasal y senos paranasales. In "Neurorradiología: Cabeza y cuello". Eds Lippincott W&V, Philadelphia 1999; 481-495
- Chong VF, Fan YF. Comparison of CT and MRI features in sinusitis. Eur J Radiol. 1998; 29 (1): 47-54
- Tao Z, Hua Q, Ma Z. Tumours of the nose and sinuses presented as nasal polyp. Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. 1997 Jan;11(1):19-20.
- Blokmanis A. Endoscopic diagnosis, treatment, and follow-up of tumours of the nose and sinuses. J Otolaryngol. 1994 Oct;23(5):366-9.
- Ozgirgin ON, Kutluay L, Akkuzu G, Gungen Y. Choanal polyp originating from the nasal septum: A case report. Am J Otolaryngol. 2003; 24 (4): 261-4.
- Jorissen M. The role of endoscopy in the management of paranasal sinus tumours. Acta Otorhinolaryngol Belg. 1995;49(3):225-8.
- Christmas DA Jr, Marotta JC, Yanagisawa E. Nasal malignancy masquerading as polyposis: importance of biopsy in powered endoscopic sinus surgery. Ear Nose Throat J. 2001 Dec;80(12):856-7.