

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentación de dos casos de pólipos antro-coanales gigantes Giganto-Antro-Choanal Polyp, Two Case Reports

Autores: Dr. Nodiel Sobrecuevas López*, Dr. Alexeys Pérez Morales**, Dra. Lilian Rosa Medina Santiesteban***.

* Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Profesor Instructor. Hospital General Docente “Guillermo Domínguez López”, Puerto Padre, Las Tunas.

** Especialista de I Grado de Otorrinolaringología. Profesor Instructor. Hospital General Docente “Guillermo Domínguez López”, Las Tunas.

*** Especialista de I Grado de Otorrinolaringología. Profesora Instructora. Hospital General Docente “Guillermo Domínguez López”, Puerto Padre, Las Tunas.

Correspondencia a:

Dr. Nodiel Sobrecuevas López

E-mail: nodiel@ltu.sld.cu, Reynald94@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realiza la presentación de dos casos de Rinusinusitis polipoidea, con Pólipos antrocoanales de dimensiones extraordinarias, que se extendían de las fosas nasales, a través de las coanas, hasta la hipo faringe y laringe, produciendo un síndrome obstructivo laríngeo agudo de corta duración, en dos pacientes de la tercera edad, que asistieron por primera vez a una consulta de otorrinolaringología. Lo cual constituye una rareza en la medicina.

Palabra clave: PÓLIPO NASAL; SÍNDROME OBSTRUCTIVO LARÍNGEO.

Descriptores: PÓLIPOS NASALES; ENFERMEDADES DE LA LARINGE.

SUMMARY

The reports of two cases of polypoid rhinitis and sinusitis with antro-choanal polyps of extraordinary dimensions are carried out. They are extended from the nostrils, through the choanas, up to the hypo pharynx and larynx, producing an obstructive laryngeal acute

syndrome of short duration in two patients of the third age, who attended for the first time to a consultation of otorhinolaryngology. This is very rare in Medicine.

Key words: NASAL POLYPS; LARYNGEAL ACUTE SYNDROME.

Descriptors: NASAL POLYPS; LARYNGEAL DISEASES.

INTRODUCCIÓN

La irritación edematosa del corion de la mucosa pituitaria hace que esta sufra una degeneración, que origina lo que se conoce como pólipos nasales (hipertrofia de la mucosa). (1)

La poliposis nasal se conoce desde los tiempos de Hipócrates y Galeno, y la extirpación de estos como tratamiento se aplicaba ya desde entonces. En el siglo XVII Runge plantea que estaban constituidos por estrangulamiento de epitelios proliferados. Citelli (1932) los veía como un prolapso de los labios del ostium o mucosa de senos; otros plantearon que su formación se debía a linfangitis infecciosa, a cambios vasculares o a trastornos locales de la inmunidad de la mucosa nasal. Sin embargo, muchos coinciden en incluir los factores alérgicos dentro de las causas de los pólipos nasales y conceden especial interés al factor constitucional dentro de la génesis de estos. (1,2)

Los pólipos antrocoanales, denominados también pólipos de Killian, son un proceso benigno y generalmente unilateral. No han sido estudiados ampliamente, debido a su rara incidencia; representando el 4-6% de todos los pólipos nasales en la población general. El primer caso publicado de pólipo antrocoanal se reportó en 1713 por Palfyn, pero fue Killian quien en 1906 describió su origen exacto en la mucosa de la pared del seno maxilar (postero lateral), de donde se dirigen sin provocar erosión ni destrucción ósea, a través del ostium natural de drenaje u, ocasionalmente, a través de un ostium accesorio, hacia el meato medio, creciendo posteriormente hasta alcanzar la coana y luego la nasofaringe, pudiendo incluso descender a orofaringe y aparecer detrás de la úvula en casos extremos. Excepcionalmente pueden originarse de igual forma en el seno esfenoidal o celdillas etmoidales, etc., pero su aparición constituye una rareza. (1,3)

En este trabajo se relacionan dos casos de poliposis nasosinusal de dimensiones extraordinarias y se comparan con la literatura revisada.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso No 1

Paciente masculino, blanco, de 67 años de edad, jubilado, de procedencia rural, con antecedentes personales y familiares de salud, quien hace aproximadamente 20 años venía presentando obstrucción nasal progresiva, que nunca había sido atendida, hasta el día que fue remitido de urgencia al departamento de ORL del Hospital “Guillermo Domínguez”, pues comenzó con episodios de disnea paroxística aguda, que mejoraba con la hiperextensión del cuello. Al examen físico se observó en la Rinoscopia anterior: Fosa nasal izquierda ocupada por gran masa tumoral de color rosado lívido, que emerge hasta vestíbulo nasal, desplazando al septum nasal hacia la fosa nasal derecha, con deformidad parcial de pirámide nasal por dilatación de fosa nasal izquierda. En la Orofaringoscopia se observaron dos masas tumorales voluminosas de color rosado, que provenían de la nasofaringe con extensión a cavidad oral. No fue posible realizar la Rinoscopia posterior por el gran tamaño de las masas tumorales, que no permitían visualizar la nasofaringe. El Rx de senos paranasales mostraba una radiopacidad total de seno maxilar izquierdo, con ocupación de fosa nasal del mismo lado. El paciente fue llevado de urgencia al salón de operaciones, donde se le practicó una antrotomía maxilar mediante la técnica de Caldwell-luck con polipectomía nasal, extirpando de esta manera esta masa tumoral de 8 centímetros de largo que posteriormente la histología confirmó como pólipos nasales (**figura 1**).

FIGURA 1. Extirpación del pólipo nasal



Caso No 2

Paciente masculino, blanco, de 79 años de edad, procedencia urbana, con antecedentes de hipertensión arterial controlada y sin sintomatología ORL previa, según refiere; el cual es remitido a C/G de ORL del Hospital “Guillermo Domínguez”, pues mientras

desayunaba comenzó repentinamente con un cuadro de dificultad respiratoria, lo cual fue asociado a aspiración de cuerpo extraño y mejoraba con la retroflexión cefálica. Al ser valorado por el ORL, se observó a la orofaringoscopia una masa tumoral alargada de color rosa pálido, que proviniendo de la nasofaringe descendía hasta la hipofaringe y vestíbulo laríngeo. El paciente fue llevado de urgencia al quirófano, donde se realizó polipectomía nasal, extirpando así esta masa tumoral de aspecto polipodeo de aproximadamente 10 centímetros (**figura 2**), que posteriormente la anatomía patológica confirmó como pólipos nasales. El paciente evolucionó favorablemente, sin presentar sintomatología alguna hasta la última consulta (7 meses después de la operación).

FIGURA 2. Pólipo nasal, extirpación



DISCUSION

La poliposis nasal se puede definir como un proceso inflamatorio crónico de la mucosa de fosas nasales y senos paranasales, de etiología aún desconocida, no mediada por IgE en que parece jugar un papel importante los eosinófilos, y que conduce a la protrusión de pólipos edematosos benignos, desde los senos hacia la cavidad nasal. Las observaciones durante la cirugía y en los cadáveres muestran que la poliposis es una enfermedad que se

origina casi constantemente en la mucosa etmoidal, excepto una de sus formas clínicas. El pólipo antrocoanal, el cual suele originarse de la mucosa del seno maxilar. (2, 3)

Existen diversas clasificaciones de los pólipos nasales. Se les ordena en aislados o en grupos; unilaterales o bilaterales, según su localización en nasales y antrocoanales, según su causa en inflamatorios o alérgicos y según los cambios anatomopatológicos que producen en la mucosa nasal se les divide en edematosos, fibrosos, angiectásicos, glandulares, quistitos, entre otras. (3)

El pólipo coanal, también llamado de Killian, por ser éste quien lo describió por primera vez en 1906, es una neoformación benigna, que generalmente tiene su origen en la mucosa del antro o seno maxilar, la cual se edematiza, sale por el ostium de drenaje del seno y crece hacia las fosas nasales en dirección a las coanas. (1)

La clínica más llamativa de esta enfermedad está representada por una obstrucción nasal progresiva, que conjuntamente con las secreciones nasales, la cefalea y las alteraciones paulatinas del olfato y el gusto (dependiendo del tiempo de evolución), harán al paciente consultar a su médico oportunamente.

Al examen físico una rinoscopia anterior siempre está indicada, pero solo será útil en presencia de grandes pólipos, por lo que la endoscopia nasal resulta indispensable, pues permite detectar la presencia de pequeñas masas polipoideas, ver el estado de la mucosa nasal, la naturaleza de la rinorrea y la existencia de otras lesiones asociadas. (4)

En cuanto a las pruebas de imagen, en la actualidad la radiología convencional ha ido perdiendo indicación en esta enfermedad. La tomografía computarizada es la técnica radiológica de elección y permite valorar la extensión y localización anatómica de la afección, así como sirve de guía para la realización del tratamiento quirúrgico. La resonancia magnética se utiliza solamente en caso de sospecha de complicación intracraneal u orbitaria, o bien en el diagnóstico diferencial con otras lesiones nasosinusales. (5)

Los corticoides son el tratamiento de elección, preferentemente por vía tópica, para reducir el riesgo de efectos secundarios. Los antibióticos se administran únicamente en caso de sinusitis bacteriana asociada, y en este sentido los macrólidos parecen tener un efecto antiinflamatorio sobreañadido. Los antihistamínicos se prescriben en caso de alergia asociada y los antileucotrienos, cuando coexisten poliposis e hiperreactividad bronquial. Los lavados nasales de igual forma son indicados, ya que permiten eliminar las secreciones nasales acumuladas y limpian la mucosa nasal, favoreciendo la eficacia de la corticoterapia tópica. (5,6)

El tratamiento quirúrgico en la poliposis nasal, de forma general, está indicado solo en los casos en que la respuesta al tratamiento médico no ha sido efectiva, y se reserva como último recurso. Pero en los casos de pólipo antrocoanal, su tratamiento es quirúrgico, y se debe extirpar tanto la lesión endonasal, como la endosinusal, prefiriéndose la cirugía endoscópica a la convencional. (7, 8)

En lesiones unilaterales la posibilidad de tratarse de una tumoración maligna debe tenerse en cuenta. Es por esto que se recomienda la realización de biopsia en todos los casos de rinosinusitis crónica poliposa unilateral. En este caso el estudio histológico realizado en ambos reflejó la benignidad histológica de ambas lesiones polipoideas. Con este trabajo se observa que aunque el pólipo antrocoanal es una causa rara de disnea, se debe pensar en la misma, ante una disnea dudosamente laríngea, que mejora con la extensión cervical.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Killian G. The origin of choanal polypi. *Lancet* 1906; 2:81-2.
2. Martín DI, López E. Estudio clínico inmunoalérgico e histoquímica de la poliposis nasal. *Acta Otorrinol Esp.*2001; 263-4
3. Chávez RG, Benítez SJA. Pólipo antrocoanal en el diagnóstico diferencial del síndrome de obstrucción nasal. *Rev Fac Med (Mex)*, 2009.
4. Ojeda S, Muñoz S, Seymour M. Correlación diagnóstico clínico e histopatológico en cirugía endoscópica nasosinusal. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2012; 72: 33-38.
5. Fokkens W, Lund V, Mullol J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. *Rhinol Suppl.* 2007; 20:1-136.
6. Martín-Batista S. Disnea severa por pólipo gigante antrocoanal. *Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja.* 2012; 3 (19):186-189
7. Eisenberg Gustavo. Cirugía endoscópica nasosinusal como cirugía mayor ambulatoria. *Acta Otorrinol Esp.*2008. 2 (59): 57-61
8. Virós Porcuna D, Montserrat Gili JR. Pólipo coanal unilateral benigno: revisión de 51 pacientes. *Acta Otorrinol Esp.*2012; 52-56.