

Pólipo coanal de origen septal. Comunicación de un caso

Mauricio Morales Cadena,* Gabriela Estrada Ávila,** Claudia Alejandra González-Prado García***

Resumen

Se comunica el caso de una paciente de 89 años de edad con un pólipo coanal de origen septal. Se revisa la bibliografía y se discuten las características clínicas, radiográficas e histopatológicas de la enfermedad. La poliposis nasal es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía respiratoria alta que afecta del 1 al 4% de la población, y se desarrolla principalmente en la pared lateral nasal. Los pólipos de origen septal y con extensión coanal son extremadamente raros; sólo se han publicado tres casos en la literatura mundial.

Abstract

We report the case of an 89 year-old female patient, with a choanal polyp originating from the nasal septum. A review of the literature was done. The clinical, radiologic and pathological features of the disease are reviewed. Nasal polyposis is a chronic inflammatory upper airway disorder that affects 1 to 4% of the population. Most polyps originate from the nasal lateral wall. Polyps originating from the nasal septum with choanal extension are extremely rare; only three cases have been reported in the literature.

Palabras clave:

pólipo coanal, origen septal, abordaje quirúrgico.

Key words:

choanal polyp, septal origin, surgical approach.

Introducción

Los pólipos coanales son poco comunes y casi siempre se desarrollan en el antro maxilar; los que se originan en el septum nasal son aún más raros, únicamente se han publicado tres casos en la literatura.

Los pólipos nasales, en general, crecen en la pared lateral de la cavidad nasal, específicamente en la región etmoidal anterior.¹ Larsen et al., en tres estudios que incluyeron los resultados de autopsias, encontraron que los pólipos aparecen con mayor frecuencia en la mucosa nasal, alrededor del

área del ostium del seno etmoidal, en las hendiduras y en los recesos.²

Berg et al. afirmaron que los pólipos coanales³ surgen a partir de un quiste intramural de paredes delgadas que se expande, protruyendo a través del ostium maxilar, dentro de la cavidad nasal hasta la nasofaringe.⁴

En la literatura se han descrito otras variantes de pólipos coanales, que por su origen se clasifican en: esfenocoanales, etmoidocoanales y antrocoanales.^{5,6} Otras ubicaciones descritas son: cornete medio, cornete inferior y septum nasal.

* Médico adscrito y coordinador general del curso de posgrado en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello del Hospital Español de México. Profesor adjunto de posgrado de otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle.

** Residente de tercer año de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

*** Residente de primer año de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

Servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, Hospital Español de México.

Correspondencia: Dr. Mauricio Morales Cadena. Calderón de la Barca 359-103, colonia Polanco, CP 11560, México, DF.

E-mail. drmorales@infosel.com y moralescadena@gmail.com

Recibido: abril, 2008. Aceptado: mayo, 2008.

Este artículo debe citarse como: Morales CM, Estrada ÁG, González-Prado GA. Pólipo coanal de origen septal. Comunicación de un caso. *An Orl Mex* 2008;53(3):137-40.

Aydin et al., en su estudio de 53 casos de pólipos coanales, encontraron que el origen más común era el seno maxilar (49 pacientes); seguido por el septum (dos pacientes), el seno esfenoidal (un paciente) y el seno etmoidal anterior (un paciente). Los síntomas típicos son: obstrucción nasal unilateral, ronquido y rinorrea.⁷

Objetivo

Describir un caso de pólipo septoconal; estudiar sus características clínicas, radiológicas e histopatológicas y determinar la mejor estrategia quirúrgica para su tratamiento.

Caso clínico

Una paciente de 89 años de edad acudió al Departamento de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello con obstrucción nasal derecha y sensación de cuerpo extraño faríngeo de 18 meses de evolución.

El examen endoscópico de la fosa nasal derecha reveló un pólipo con pedículo delgado dependiente de la porción posterior del septum (figura 1), que se extendía hacia la coana y la nasofaringe, obstruyendo 80% de ésta (figura 2).

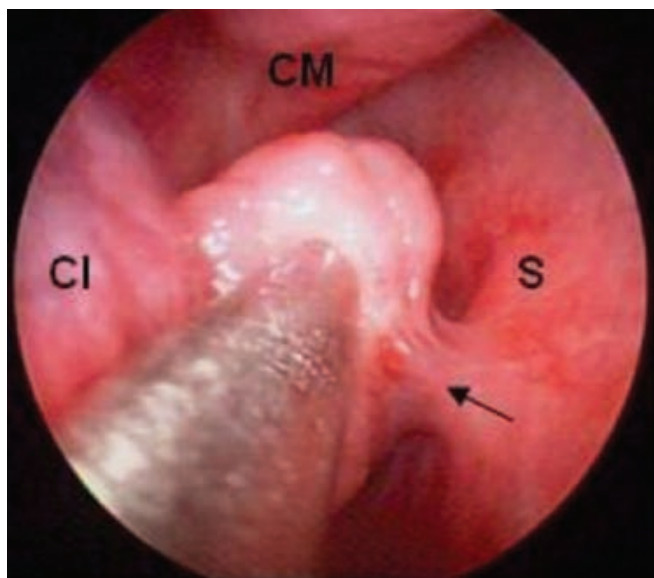


Figura 1. Vista endoscópica del pólipo en la fosa nasal derecha. CI: cornete inferior; CM: cornete medio; S: septum; flecha: pedículo.

La tomografía computada mostró que el pólipo se originaba en el septum y llenaba la nasofaringe casi en su totalidad (figura 3); también se pudo apreciar que ambos senos maxilares tenían una densidad de tejidos blandos en el piso (figura 4).

El pólipo se resecó endoscópicamente con ayuda del microdebridador y cauterio bipolar, y se extrajo por vía orofaríngea.

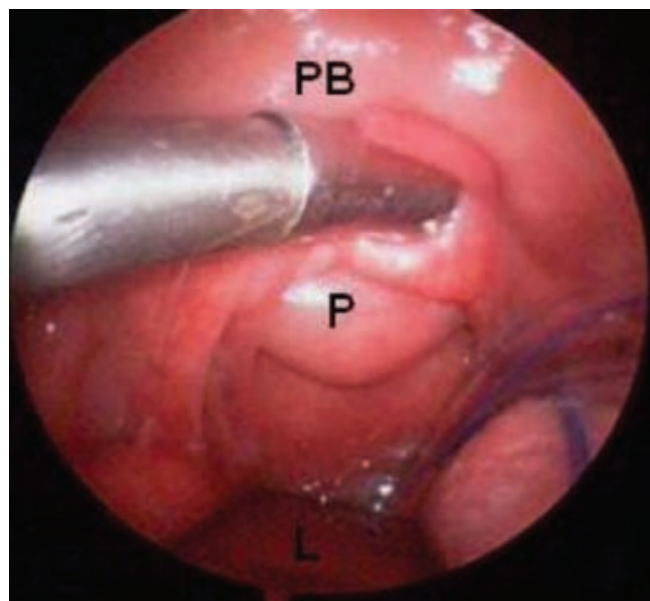


Figura 2. Vista endoscópica del pólipo en la nasofaringe. P: pólipo; PB: paladar blando; L: lengua.

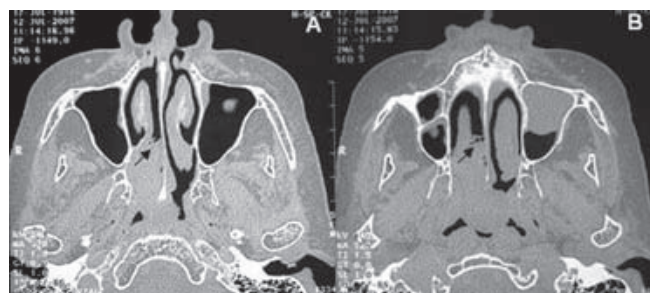


Figura 3. Tomografía computarizada en cortes axiales que muestra el origen septal del pólipo y su extensión a la nasofaringe. La flecha indica la inserción del pólipo.

En el examen macroscópico se observó una tumoración sólida, grisácea y homogénea de superficie lisa, mucóide, que pesó 22 gramos y midió 5.2 x 3.3 x 1.5 cm (figura 5). Microscópicamente, se apreció la superficie de la tumoración revestida por epitelio respiratorio, con focos de metaplasia escamosa, estroma laxo edematoso con células inflamatorias (linfocitos, células plasmáticas y mastocitos), células en forma de huso y abundantes vasos sanguíneos dilatados y congestivos (figura 6).

El periodo posoperatorio inmediato y el tardío transcurrieron sin complicaciones.

Discusión

La poliposis nasal es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía respiratoria alta que afecta del 1 al 4% de la población. No se han determinado los mecanismos inmunológicos precisos involucrados en su evolución.



Figura 4. Tomografía computarizada en cortes coronales que muestra el pólipo que se origina en el septum nasal, y la densidad de tejidos blandos en el piso de ambos senos maxilares.

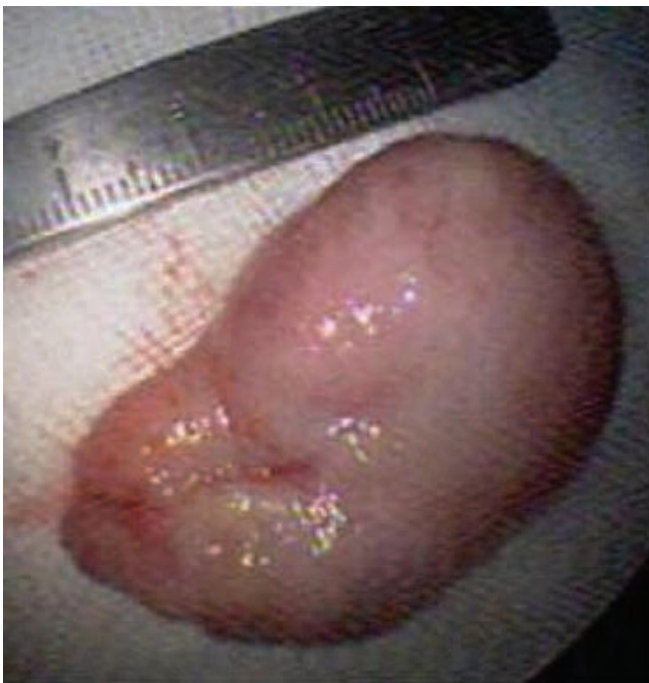


Figura 5. Pieza quirúrgica de 5.2 x 3.3 x 1.5 cm.

Los pólipos son causados por una gran variedad de enfermedades, como la fibrosis quística, la rinosinusitis crónica, el asma y la hipersensibilidad a la aspirina.⁸

Desde el punto de vista histopatológico, los pólipos nasales no son sólo un edema de la mucosa de la pared lateral, sino probablemente un crecimiento inflamatorio *de novo* de

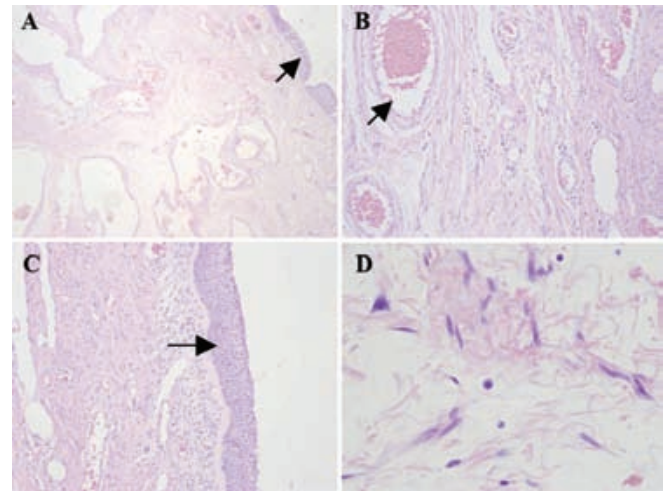


Figura 6. Corte histopatológico con tinción de hematoxilina-eosina. (A) pólipo revestido por epitelio respiratorio; (B) abundantes vasos sanguíneos dilatados y congestivos; (C) focos de metaplasia escamosa; (D) estroma con células inflamatorias y células en forma de huso.

la mucosa del etmoides anterior, la apófisis uncinada y el cornete medio. Los senos maxilar y esfenoidal rara vez están involucrados, al igual que el septum nasal.⁹

Los pólipos nasales representan el último estadio en la inflamación crónica. Los primeros eventos en este proceso incluyen la irritación del epitelio de la pared lateral nasal y la entrada a la submucosa de partículas nocivas inhaladas, como bacterias, virus, alérgenos y elementos fúngicos. La exposición a estas partículas genera células inflamatorias, citocinas proinflamatorias, moléculas de adhesión celular específicas y antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad clase II.¹⁰

Se ha sugerido también que la lesión inicial en la pared lateral de la nariz es resultado de la producción de toxinas del *Staphylococcus aureus*, que es la especie bacteriana más abundante en el moco nasal.¹¹

Los eosinófilos son las células predominantes en los pólipos nasales; representan 80% de la población de células inflamatorias y promueven la producción de citocinas, lo que induce un estado de inflamación crónica.¹²

La disfunción del sistema nervioso autonómico es otra de las hipótesis del origen de la poliposis nasal.³

Los pólipos de origen septal son infrecuentes. Stammberger describió tres casos de pólipos que se desarrollaron en el septum posterior.¹³ Yanagisawa y Klenoff, en su estudio de 200 casos, encontraron sólo tres pacientes con pólipos septales.¹ Larsen y Tos investigaron el origen de los pólipos en seis cadáveres y hallaron que fue septal en tres de ellos.²

A partir de videos de exploraciones endoscópicas, Masaki y Tanaka afirmaron que 32.7% de los pólipos provenían de

la mucosa septal.¹⁴ En todos estos informes, los pólipos se circunscribieron a la cavidad nasal.

En 1979, Bailey relató el primer caso de pólipo coanal originado en el margen posterior del septum nasal.¹⁵ En 2003, Ozgirgin et al.³ comunicaron el segundo caso, y Christmas et al., en 2006, el tercero.¹⁶

El caso que aquí se describe es similar a los pólipos antrocoanales con origen septal asentados en la literatura.

Referencias

1. Yanagisawa E, Klenoff JK. Endoscopic views of nasal septal polyps. *Ear Nose Throat J* 2000;79:684-6.
2. Larsen L, Mirko T. Origin of nasal polyps: An endoscopic autopsy study. *Laryngoscope* 1998;101:305-12.
3. Ozgirgin ON, Kutluay L, Akkuzu G, Gungen Y. Choanal polyp originating from the nasal septum: a case report. *Am J Otolaryngol* 2003;24:261-4.
4. Berg O, Carenfelt C, Silfyersward C, Sobin A. Origin of the choanal polyp. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;114:270-1.
5. Lopatin A, Bykova V, Piskunov G. Choanal polyps: one entity, one surgical approach? *Rhinology* 1997;35:79-83.
6. Lopatin AS, Bykoya VP, Artsybasheva MV. Choanal polyps: principles of current diagnosis and treatment. *Vestn Otorinolaringol* 1997;1:8-12.
7. Aydin O, Keskin G, Ustundag E, Iseri M, Ozkarakas H. Choanal polyps: an evaluation of 53 cases. *Am J Rhinol* 2007;21:164-8.
8. Pawankar R. Nasal polyposis: an up date: editorial review. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2003;3:1-6.
9. Bernstein JM, Ballow M, Rich G, Allen C, Swanson M, Dmochowski J. Lymphocyte subpopulations and cytokines in nasal polyps: is there a local immune system in the nasal polyp? *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:526-35.
10. Salik E, Tyorkin M, Mohan NS, George I, et al. Antigen trafficking and accessory cell function in respiratory epithelial cells. *Am J Respir Cell Mol Biol* 1999;21:365-79.
11. Bernstein JM, Ballow M, Schlievert PM, Rich G, Allen C, Dryja D. A superantigen hypothesis for the pathogenesis of chronic hyperplastic sinusitis with massive nasal polyposis. *Am J Rhinol* 2003;17:321-6.
12. Bernstein JM, Gorfien J, Noble B, Yankaskas JR. Nasal polyposis: immuno-histochemistry and bioelectrical findings (a hypothesis for the development of nasal polyps). *J Allergy Clin Immunol* 1997;99:65-75.
13. Stammberger HR. *Functional endoscopic sinus surgery: The Messerklinger Technique*. Philadelphia: Decker, 1991.
14. Masaki M, Tanaka Y. Nasal polyposis in the olfactory cleft. *Laryngoscope* 1998;108:1243-5.
15. Bailey Q. Choanal polyp arising from the posterior end of the nasal septum. *J Laryngol Otol* 1979;93:735-36.
16. Christmas DA, Mirante JP, Yanagisawa E. Endoscopic view of a nasal septal polyp. *Ear Nose Throat J* 2006;85(5):300.