

Caso clínico

Pólipo esfenocoanal en un paciente pediátrico

Yannet Almeida González,* Luz Arcelia Campos Navarro,* Nahum Edmundo Sánchez Sánchez*

Resumen

El pólipo esfenocoanal, una neoformación benigna, rara y de crecimiento lento, consiste en una masa de aspecto gelatinoso que se origina en la mucosa del seno esfenoidal, que crece y se expande a través del ostium esfenoidal hasta ocupar la coana y la nasofaringe. Con estudios radiológicos, como la TC y la resonancia magnética nuclear, puede establecerse claramente el diagnóstico de esta afección. El punto clave para establecer el diagnóstico consiste en identificar el seno de origen, de lo cual –además– depende el abordaje quirúrgico. La mejor vía de resección es por vía endoscópica, porque las complicaciones que se originan son mínimas.

Palabras clave:

pólipo, esfenoides, pólipo esfenocoanal, pólipo antrocoanal, sinusitis.

Abstract

Sphenocoanal polyp, a benign, rare, of slow growing neoplasm, is a gelatinous mass that originates in the sphenoid sinus mucosa, which grows and spreads through the sphenoid ostium to fill the choana and nasopharynx. With radiological studies such as CT and MRI, diagnosis can be clearly established. The key point for diagnosis is to identify the sinus of origin, of which surgical approach depends. The best route is by endoscopic resection because complications are minimal.

Key words:

polyp, sphenoid, Sphenocoanal polyp, antrochoanal polyp, sinusitis.

Introducción

En 1713 Paefyn describió por primera vez los pólipos antrocoanales. Sin embargo, la primera descripción detallada se le acreditó en 1906 a Killian. En la población general representan aproximadamente 4 a 6% de los pólipos nasales; en niños representan 33% de todos los pólipos nasales y en publicaciones en niños predominan en el sexo masculino 1.2:1.^{1,2}

El pólipo esfenocoanal, una neoformación benigna y rara, consiste en una masa de aspecto gelatinoso que se origina en la mucosa del seno esfenoidal, que crece y se expande a través

del ostium esfenoidal hasta ocupar la coana y la nasofaringe.^{3,4} La mayor parte son unilaterales; la obstrucción nasal y la rinorrea son los síntomas más comunes; en algunos casos la presentación puede ser más grave, con síntomas como epistaxis, disnea, disfagia y pérdida de peso.^{1,2}

Para los pacientes con pólipo esfenocoanal o etmoidocoanal, según la clasificación II de Stammberger, el tratamiento de elección es la polipsectomía y la esfenoidectomía.¹ En términos histológicos, el pólipo esfenocoanal consiste en una superficie externa cubierta de epitelio respiratorio y estroma

* Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello Pediátrico, Hospital Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México, DF.

Correspondencia: Dra. Luz Arcelia Campos Navarro. Tlacotalpan 59-530, colonia Roma Sur, CP 06760, México, DF. Correo electrónico: lucycampos@prodigy.net.mx o luz.camposn@imss.gob.mx

Recibido: noviembre, 2010. Aceptado: febrero, 2011.

Este artículo debe citarse como: Almeida-González Y, Campos-Navarro LA, Sánchez-Sánchez NE. Pólipo esfenocoanal en un paciente pediátrico. *An Orl Mex* 2011;56(2):110-113.

edematoso, con densidad variable de células inflamatorias concentradas cerca de la superficie mucosa.⁴

Caso clínico

Mujer de 14 años de edad, quien sólo tenía como antecedentes de importancia fractura nasal y fractura de cúbito izquierdo. Acudió a valoración por obstrucción nasal bilateral de progresión lenta y predominio izquierdo, constante, acompañada de cefalea frontoparietal derecha punzante de un año de evolución, que cedía parcialmente a la administración de analgésicos; al inicio cedía de manera ocasional y posteriormente cedía algunos días a la semana; se acompañaba de fosfenos, náuseas y vómitos. Se agregó en forma progresiva rinorrea (posterior y anterior) amarillenta en abundante cantidad.

Tiempo después se sumaron accesos de tos, voz nasal, respiración oral ruda –que se exacerbaba con la actividad física–, roncus nocturno constante y –en ocasiones– otalgia izquierda de moderada intensidad; en algunas ocasiones el padecimiento de la paciente fue tratado –con antibióticos no especificados– como cuadros infecciosos de repetición de las vías aéreas superiores con alivio intermitente.

A la exploración física la paciente tenía respiración oral y voz nasal, hiperemia en los vestíbulos nasales, tabique central y cornetes en ciclo congestivos, descarga amarillenta por meato medio izquierdo y moco escaso de las mismas características en el piso nasal; en el área V se identificó una neoformación color blanco-rosada de superficie lisa y delimitada, que procedía aparentemente de la región postero-superior del área III, la cual también se identificó como coana contralateral.

A la nasofaringoscopia se confirmó neoformación blanquecina redondeada de consistencia firme, que ocupaba 80% de la luz, desde el área V hasta la orofaringe.

En la orofaringe la neoformación, que sobresalía 1.5 cm del borde libre del paladar blando, tenía bordes definidos, superficie lisa y coloración rosada; además, era móvil y no dolorosa.

En la TC en corte sagital se observó una imagen isodensa y homogénea en los tejidos blandos, que ocupaba todo el seno esfenoidal, con osteólisis en la pared anterior, sin reforzamiento al medio de contraste, que se extendía hacia la naso y orofaringe (Figura 1). En los cortes coronales se identificó una lesión de las mismas características y sin datos de extensión a otras estructuras (Figuras 2 y 3).

La paciente fue anestesiada en forma general, se realizó una resección endoscópica endonasal y se extrajo totalmente el pólipo del seno esfenoidal (Figura 4); el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de pólipo inflamatorio.

La evolución clínica ha sido satisfactoria a dos años de evolución.



Figura 1. TC de senos paranasales en corte sagital simple que muestra lesión isodensa, homogénea y bien delimitada, que ocupa el seno esfenoidal y que se extiende a la nasofaringe (flechas).

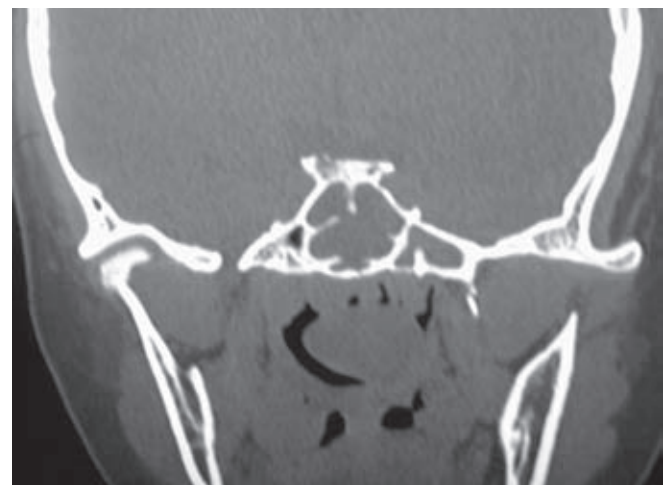


Figura 2. TC coronal. Obsérvese la densidad de los tejidos blandos, que ocupa 100% del seno esfenoidal sin afectar las paredes óseas. En la orofaringe hay una lesión similar –que es redonda, lisa y delimitada–.

Discusión

Si bien la afección tumoral o inflamatoria en el seno esfenoidal es rara, la presentación en el grupo pediátrico lo es aún más. El pólipo antrocoanal, que es la afección que como otorrinolaringólogos enfrentamos, se asocia por lo común con infecciones nasosinusales repetitivas.

El pólipo esfenocoanal es una masa solitaria y puede originarse en diversos sitios anatómicos; la mayor parte nace en el seno esfenoidal; sin embargo, es importante tener en mente que también puede originarse en sitios adyacentes al seno esfenoidal.⁵ Se extiende a través del ostium del seno esfenoidal, cruza el recesso esfenoidomaxilar e invade la coana (el límite entre la cavidad nasal y la nasofaringe); es una afección su-



Figura 3. TC de los senos maxilares y de la orofaringe en corte axial. Se observa en el centro de la orofaringe una lesión redondeada isodensa con aspecto de benignidad.



Figura 4. A) Cara anterior de la lesión con el pedículo de inserción. B) Cara posterior del pólipo (el asterisco muestra la zona que ocupaba el esfenoides).

mamente rara, benigna y de crecimiento lento, que muestra características particulares en la TC; se diferencia totalmente del pólipo antrocoanal, el cual se extiende a partir del antro maxilar, protuye a través del meato medio, invade la cavidad nasal y baja a la coana por contigüidad.

Su causa y los factores de riesgo no se han definido bien;⁴ se ha implicado alergia.⁶ Por otra parte, otros promueven que la alergia no desempeña una función importante; sin embargo, la mayoría de los pacientes tienen enfermedad sinonasal.⁷

Con estudios radiológicos, como la TC y la resonancia magnética nuclear, puede establecerse claramente el diagnóstico diferencial de estas dos afecciones. El punto clave para establecer el diagnóstico consiste en identificar el seno de origen, de lo cual –además– dependerá el abordaje quirúrgico. En la paciente observada los demás senos paranasales no estaban afectados.

Por el aspecto clínico que mostraba la paciente, los diagnósticos diferenciales permitieron establecer una lesión polipoidea de comportamiento benigno, por su tiempo de evolución y sus hallazgos tomográficos; en otras condiciones dicha lesión debe descartarse, en especial ante lesiones más pequeñas, meningoceles, pseudoaneurisma por el antecedente de fractura nasal, gliomas, cordomas, quistes dermoides, quistes epidermoides, meningoencefalocelos² o neurofibromas en grupos de mayor edad. Cabe destacar que en pacientes pediátricos debe hacerse hincapié en que existe la posibilidad de que haya malformaciones congénitas, que implicarían la necesidad de estudios complementarios y tratamiento neuroquirúrgico.

La resección de elección es la endoscópica, porque la ampliación del ostium –originada por la propia lesión– favorece dicho abordaje, en el que hay que cuidar las estructuras aledañas, para evitar complicaciones, y confirmar la resección completa de la lesión. Si se usa el microdebridador, se generan procedimientos de menor invasión y bajo índice de recidivas. También puede usarse el microscopio quirúrgico, especialmente por quienes tienen amplia experiencia con éste.

Conclusiones

El pólipo esfenocoanal debe considerarse diagnóstico diferencial en pacientes con obstrucción nasal unilateral progresiva; el pólipo antrocoanal es mucho más común, y en caso de que exista un pólipo esfenocoanal, por su rareza, hay que considerar otras lesiones aisladas en el seno esfenoidal; está reportado que el mejor abordaje para su tratamiento es el endoscópico, porque las complicaciones que se originan son mínimas.

Referencias

1. Al-Mazrou AK, Bukhari M, Al-Fayez AI. Characteristics of antrochoanal polyps in the pediatric age group. *Ann Thorac Med* 2009;4(3):133-136.
2. Pignataro L, Mantovani M, Torretta S, Felisati G, Sambataro G. ENT assessment in the integrated management of candidate for (maxillary) sinus lift. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008;28:110-119.
3. Maldonado M, Alobad I, Bernal-Sprekelsen M. Pólipo esfenocoanal: aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2006;57:149-151.
4. De Jesús E, Goto E, Marone S, Zagati L. Sphenchoanal polyp-case report and literature review. 37 Congreso Brasileño de Otorrinolaringología 2004.
5. Sethi DS, Lau DP, Chee LW, Chong V. Isolated sphenoid recess polyps. *J Laryngol Otol* 1998;112:660-663.
6. Frosini P, Picarella G, De Campora E. Antrochoanal polyp: analysis of 200 cases. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2009;29:21-26.
7. Cetinkaya EA. Giant antrochoanal polyp in an elderly patient: case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008;28:147-149.