

## Revista de la Facultad de Medicina

Volumen **48**  
Volume

Número **1**  
Number

Enero-Febrero **2004**  
January-February

*Artículo:*

### Pólipo antrocoanal en el diagnóstico diferencial del síndrome de obstrucción nasal

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Facultad de Medicina, UNAM

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



**Medigraphic.com**

## Caso anatomoclínico

# Pólipo antrocoanal en el diagnóstico diferencial del síndrome de obstrucción nasal

Graciela Chávez Ramírez,<sup>1</sup> Joel Alberto Benítez Sánchez<sup>2</sup><sup>1</sup> Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología.<sup>2</sup> Médico adscrito al Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Juárez de México.

## Resumen de historia clínica

Paciente femenino de 22 años, quien acudió al Servicio de Otorrinolaringología por presentar obstrucción nasal del lado izquierdo de un año de evolución, intermitente al inicio para posteriormente presentarse en forma constante y progresiva; la obstrucción se acompañaba de respiración oral y ronquido nocturno de aparición simultánea. La paciente notó cambio en el tono de su voz (rinolalia) y sensación de obstrucción en el oído izquierdo, del mismo tiempo de evolución. Presentó desde el inicio rinorrea anterior hialina, que posteriormente cambió a purulenta durante los últimos 3 meses, sin predominio de horario. También presentaba cefalea en región frontal, tipo opresivo, sin irradiaciones ni predominio de horario, que aumentaba al flexionar la cabeza y cedía espontáneamente, de 5 meses de evolución. Adicionalmente refería pesantez facial de 5 meses de evolución.

A la exploración física se encontró: paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica, con facies de respirador oral, en posición y actitud libremente escogida. Signos vitales: FC 78x', FR 18x'. TA 110/70, Temp. 37°C. La pirámide nasal tenía localización central, con el dorso recto; a la rinoscopia anterior se observó el septum alineado, sin desviaciones. En la fosa nasal izquierda se encontró una masa proveniente del meato medio, de 3 cm de diámetro, de coloración blanquecina, con bordes lisos, no sangrante, ni dolorosa; la masa se extendía hasta las coanas, ocupaba la nasofaringe y podía ser observada a través del paladar blando. El resto de la exploración física general no reveló anormalidades.

Se integró el diagnóstico presuntivo de un síndrome obstructivo nasal no infeccioso, de tipo ocupativo por una neoformación, además de una sinusitis crónica, en base a la historia y exploración física. Se descartaba la posibilidad de un proceso infeccioso por no encontrarse datos de rinorrea anterior purulenta, fiebre, ni mal estado general.

Se realizó tomografía de nariz y senos paranasales simple y contrastada, en el corte coronal se observó una imagen heterogénea, con densidad de tejidos blandos que ocupaba todo el seno maxilar izquierdo, ampliaba el ostium maxilar

y respetaba las paredes óseas (figura 1); en un corte más posterior a nivel de la nasofaringe y en el corte axial se observó una imagen redondeada, heterogénea de bordes irregulares, que obstruía 90% de la nasofaringe y que no aumentó su densidad con el medio de contraste (figuras 2 y 3). Se solicitaron exámenes preoperatorios debido a que la conducta era quirúrgica; sus exámenes de laboratorio reportaron: Hb de 11.0 g/dl, Hto de 33%, VCM de 75.4, y CMH de 25.1. El resto de los estudios hematológicos y bioquímicos eran normales.

Con los datos clínicos y paraclínicos obtenidos, se integró el diagnóstico de pólipo antrocoanal izquierdo, sinusitis y anemia microcítica hipocrómica.

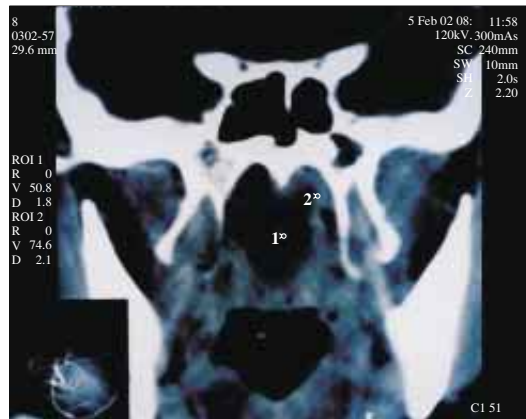
Se inició tratamiento con sulfato ferroso por la anemia que presentaba, además de ser necesario para someter a la paciente a cirugía, con recuperación de Hb a 12.5 g/dL a las dos semanas. Se sometió a cirugía de Caldwell-Luc izquierdo, obteniéndose toda la pieza. La paciente fue revisada en la consulta a la semana de operada, con evolución favorable: había desaparecido la obstrucción nasal, cefalea y pesantez facial, sólo refería dolor a nivel de la arcada dental superior izquierda, por ser el sitio de incisión. Se citó a revisión posteriormente a los 6 meses encontrándose asintomática.

## Comentario imagenológico

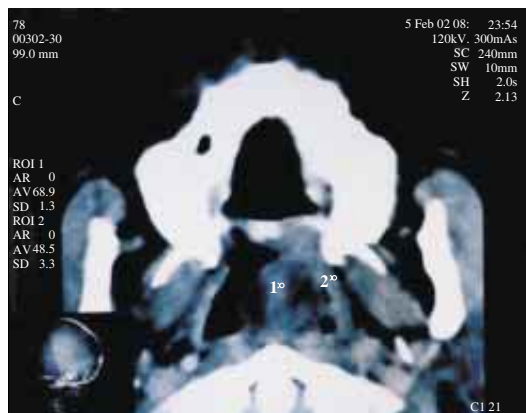
Cuando se sospecha el diagnóstico de pólipo antrocoanal, el estudio de elección es la tomografía computada de nariz y senos paranasales simple y contrastada. Debe buscarse intencionadamente en el corte coronal, la dilatación del ostium medio, debido a que esta enfermedad lo ocasiona. Las imágenes obtenidas por tomografía computada, permiten conocer la extensión y localización de la lesión, además de ayudar a realizar diagnóstico diferencial con entidades como la sinusitis crónica, donde el ostium no se ve afectado. En esta enfermedad no existe incremento de la densidad con el medio de contraste; entre las lesiones que refuerzan al medio de contraste se encuentran: nasoangiofibroma, hemangioma y hemangiopericitomas.<sup>3,6,8</sup>



**Figura 1.** Corte tomográfico coronal. Se observa una opacidad heterogénea en el seno maxilar izquierdo, con densidad de tejidos blandos, que conserva las paredes óseas y amplía el ostium.



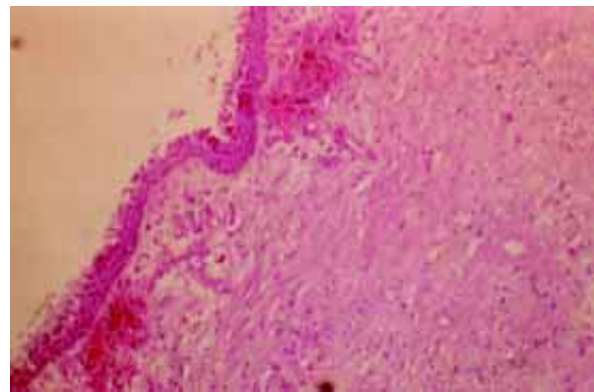
**Figura 2.** Corte tomográfico coronal. Se observa una imagen en nasofaringe, bilobulada, de bordes regulares, heterogénea que no refuerza con el medio de contraste.



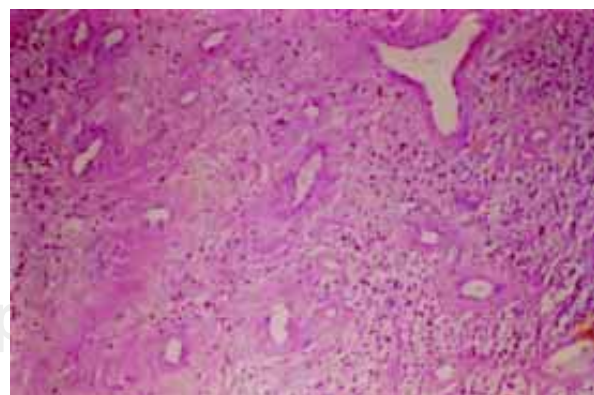
**Figura 3.** Corte tomográfico axial, se observa una masa de bordes regulares, heterogénea, que ocupa la nasofaringe y no refuerza con el medio de contraste.



**Figura 4.** Pólipo antrocoanal.



**Figura 5.** Corte histológico teñido con HE, en el que se observa tejido conectivo fibrohalinizado, cubierto de mucosa respiratoria.



**Figura 6.** Corte histológico teñido con HE, en el que se observa estroma edematoso con vasos sanguíneos de mediano y pequeño diámetro transversal con hialinización de la pared.

## Comentario clínico

Lo más importante para integrar el diagnóstico de pólipo antrocoanal es sospecharlo y tomar en cuenta la evolución del padecimiento. Los pacientes con pólipo antrocoanal, refieren generalmente obstrucción nasal unilateral, lentamente progresiva, con síntomas asociados como rinorrea anterior hialina (que puede modificar sus características por una infección añadida), cefalea y pesantez facial (secundarias a la presión que está ejerciendo el pólipo en el seno y la obstrucción del ostium que afecta el drenaje del seno maxilar). En etapas tempranas los datos clínicos pueden orientar hacia una sinusitis. La sensación de obstrucción del oído izquierdo se debe al efecto de masa y válvula que ejerce el pólipo a nivel de la trompa de Eustaquio (desemboca en la pared lateral de la nasofaringe); en todo adulto con sensación de obstrucción del oído en forma unilateral, debe sospecharse un proceso ocupativo en esa estructura.

La exploración física ayuda a realizar el diagnóstico de pólipo antrocoanal. Este tipo de lesiones se observa a la rinoscopia anterior, como masas redondeadas de color gris-amarillento pálido, translúcidas, procedentes de la pared lateral nasal (meato medio). La diferencia entre la poliposis nasal y el pólipo antrocoanal radica en que los primeros suelen ser bilaterales y múltiples, mientras que el segundo suele ser unilateral, único y puede protruir hacia la orofaringe, como en la paciente del caso presentado.

## Comentario anatomopatológico

En el Servicio de Patología se recibió la pieza completa, que midió 6.5 x 2.5 cm (figura 4) irregularmente ovoide, multilobulada, de superficie externa blanca-nacarada, brillante, de consistencia ahulada; al corte se observó una superficie sólida, blanca, brillante con vasos de aspecto congestivo escasos, se incluyeron cortes representativos en una cápsula. El estudio histopatológico reportó: un extremo de tejido conectivo fibrohialinizado, cubierto por mucosa respiratoria constituida por un epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado, con células caliciformes. Existía infiltrado inflamatorio agudo y crónico difuso mínimo, la celularidad del estroma era más evidente en la región submucosa o subepitelial (figura 5) había un estroma edematoso con abundantes vasos sanguíneos de mediano y pequeño diámetro transverso con una pared hialinizada notable (figura 6).

El diagnóstico anatomopatológico de acuerdo a los hallazgos morfológicos fue: de pólipo antrocoanal. Mediante correlación clínico-radiológica con los hallazgos anatomopatológicos se estableció el diagnóstico definitivo de pólipo antrocoanal izquierdo.

## Comentario

El pólipo antrocoanal es una entidad patológica singular de nariz y senos paranasales benigna descrito por Killiain, en

1906.<sup>2,3,5</sup> El pólipo antrocoanal es infrecuente, usualmente solitario, benigno, de crecimiento lento, que surge del antro y se dirige a las coanas, a través del ostium. Se presenta predominantemente en hombres, entre los 30 y los 50 años,<sup>3</sup> Su etiología y los factores de riesgo para su desarrollo no han sido bien definidos.<sup>5</sup> La incidencia de los pólipos antrocoanales es 0.07% y de los pólipos nasales en la serie de Helsinki (donde se examinaron 118,374 pacientes en un periodo de 13 años) es 6.2%.<sup>1,8</sup>

La mayoría de la población puede experimentar síntomas de obstrucción nasal ocasional, como parte de un mecanismo la fisiología nasal normal, y es variable el umbral a partir del cual los síntomas se perciben como un problema. La obstrucción nasal es el síntoma más común que refiere el paciente con enfermedades de esa estructura, de ahí la importancia de un interrogatorio dirigido para diferenciar entre estados agudos y crónicos. En el caso de la paciente se presentó una obstrucción nasal unilateral progresiva, crónica, que por interrogatorio podía hacer sospechar la presencia de una lesión de tipo mecánico (desviación septal) u ocupativo (neoformación). La exploración física corrobora o excluye esos diagnósticos.

Es importante diferenciar el pólipo antrocoanal de las enfermedades que pueden presentar síntomas y signos similares. En la hipertrofia de los cornetes inferiores, es común confundir esta estructura anatómica con una neoformación; para diferenciar un pólipo del cornete es importante colocar en un algodón oximetazolina hacia la pared lateral de la nariz y dejarlo por 5 a 10 minutos en la fosa nasal. En la hipertrofia de cornetes se observa una reducción en el tamaño del cornete inferior por efecto del vasoconstrictor; la ubicación del cornete es inferior y lateral, su coloración puede variar de rojiza a pálida, en el caso de los pólipos no existe respuesta al vasoconstrictor, el tamaño no disminuye y su coloración permanece igual (gris-amarillento).<sup>11</sup>

Entre los tumores con los que debe hacerse diagnóstico diferencial, el nasoangiofibroma juvenil es una neoformación benigna muy vascularizada, que sangra con facilidad a la manipulación. Se presenta en adolescentes del sexo masculino con historia de epistaxis abundante de repetición; el crecimiento del tumor inicialmente involucra tejidos blandos para posteriormente causar una destrucción ósea de las estructuras contiguas del seno maxilar. En el estudio tomográfico estas lesiones refuerzan con el medio de contraste.<sup>12</sup>

El tratamiento quirúrgico de extirpación que se ha empleado para este tipo de lesiones es un abordaje de Caldwell-Luc o endoscópico, sin que existan diferencias significativas respecto al resultado a largo plazo; la cirugía endoscópica es una técnica menos invasiva, más costosa por el equipo que se utiliza, sin embargo no todos los hospitales pueden contar

con esta tecnología. La cirugía de Caldwell-Luc es una técnica adecuada y aceptable.<sup>4,6,10</sup>

Las características histológicas descritas en los pólipos antrocoanales son una superficie externa cubierta de epitelio normal respiratorio, estroma edematoso con densidad variable de células inflamatorias (eosinófilos, neutrófilos, células plasmáticas, macrófagos, linfocitos) concentrados cerca de la superficie mucosa; la parte antral del pólipo tiene las mismas características histológicas, pero la pared quística es más delgada.<sup>6,7,11</sup>

El pólipo antrocoanal es una neoformación nasal unilateral benigna que puede causar un síndrome de obstrucción nasal, por lo que debe considerarse como parte del diagnóstico diferencial en pacientes con obstrucción nasal por una neoformación. La presentación puede variar de una obstrucción nasal leve, hasta episodios dramáticos de apnea, disfagia, epistaxis, cefalea, una variedad de condiciones patológicas pueden presentar características similares a las mencionadas. Una historia clínica completa orientará en forma importante hacia el diagnóstico de probabilidad, que será complementado con los estudios tomográficos e histopatológicos.

## Referencias

1. Larsen KT. The estimated incidence of symptomatic nasal polyps. *Acta Otolaryngol* 2002; 122:179-182.
2. Raji A, Essaadi M. The antrochoanal polyp. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 2000; 54: 473-478.
3. Pruna X. Antrochoanal polyps in children: CT findings and differential diagnosis. *Eur Radio* 2000; 10: 849-851.
4. Basak, Karaman. Surgical approaches to antrochoanal polyps in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998; 15: 197-205.
5. Aktas D. Antrochoanal polyps: analysis of 16 cases. *Rhinology* 1998; 36: 81-85.
6. Kyu Chung MD et al. Surgical, radiologic, and histology findings of the antrochoanal polyp. *Am J Rhinology* 2002; 16: 71-76.
7. Glenis KS. Rinitis. In: Stephen T, Holgate, Martin K. Church, Lawrence Alergia. Madrid, Mosby 2a Ed, Cap 4. 57, 65.
8. Towbin R et al. Antrochoanal polyps. *Am J Roentgenol* 1979; 132: 27-31.
9. Olof B et al. Origin of the choanal polyp. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114: 1270-1271.
10. Kamel R. Endoscopic transnasal surgery in antrochoanal polyp. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 116: 841-843.
11. Audie L et al. Antrochoanal polyps in children. *Am J Otolaryngology* 1996; 117(6): 368-373.
12. Lazos OM y col. Angiofibromas juveniles nasofaríngeos. *Revista del Hospital General de México* 1999; 62(2): 113-120.
13. Fajardo DG y col. Poliposis nasal. *Rev Med Sur* 2000; 7(3): 106-109.