

Poliposis nasal

Dr. Germán Fajardo Dolci,* Dr. José Ángel Gutiérrez Marcos,* Dr. Luis Miguel Gutiérrez Marcos*

Resumen

Los pólipos nasales se consideran una condición inflamatoria de la mucosa de la nariz y senos paranasales. Existe una predisposición genética a mantener un estado de inflamación persistente en la mucosa nasal. Se han asociado a diferentes enfermedades sistémicas y locales, incluyendo fibrosis quística, asma, rinitis y rinosinusitis crónica entre otras. No existe mayor incidencia de poliposis nasal en pacientes alérgicos y no alérgicos. El estudio del paciente debe incluir: endoscopia nasal diagnóstica y tomografía computada de nariz y senos paranasales en cortes axiales y coronales. El tratamiento médico es a base de esteroides orales y tópicos, cuando no es efectivo se debe realizar polipectomía endoscópica asistida con microdebridador.

Palabras clave: Pólipos, nasales.

Introducción

Los pólipos nasales son una condición inflamatoria de la mucosa de la nariz y senos paranasales. La formación de pólipos nasales es parte de un complejo fenómeno manifestado por edema de la mucosa nasal y de los senos paranasales. Se han asociado a diferentes enfermedades sistémicas incluyendo fibrosis quística, asma y enfermedades de la movilidad ciliar entre otras y pueden acompañar también a diferentes entidades locales como rinitis o rinosinusitis crónica.^{1,2}

Pólipo se refiere a un crecimiento, proviene de la raíz griega *polipus* que significa tener varios pies ya que etimológicamente indica *paydos* pies y *polis* muchos.

Existen descripciones de pólipos nasales desde hace 3000 años en la literatura hindú, así como otras posteriores atribuidas a Hipócrates que describen el cuadro clínico que los caracterizan, mencionando que se extraían con un "lazo" para posteriormente cauterizar con un hierro caliente, con la recomendación al paciente de inhalar diferentes infusiones.

La incidencia de pólipos nasales dentro de la población mundial no se conoce con exactitud, sin embargo es un padecimiento que se detecta comúnmente en la práctica diaria y constituye el pseudotumor intranasal más frecuente. Se presenta en una relación dos a uno

Abstract

Nasal polyps are a inflammatory condition of the nasal mucosa and paranasal sinuses. It exist a genetic predisposition to maintain an inflammatory stage of the mucosa. The polyps have been associated to different systemic and local diseases such as cystic fibrosis, asthma, rhinitis and rhinosinusitis among others. There's no mayor incidence of nasal polyps between allergic patients and no allergic patients. The study of the patient most include nasal endoscopy and CT scan. The medical treatment consist in oral and local steroids, when it fails endoscopic polypectomy with the shaver have to be performed.

Key words: Nasal, polyposis.

entre el género masculino y femenino y se observa en todos los grupos de edad.³

Algunas entidades nosológicas se asocian a una incidencia mayor, como la fibrosis quística en los que los pólipos se presentan hasta en el 20% de los casos. Aparecen también en aproximadamente el 5% de los pacientes con asma y hasta en el 35% de los pacientes con intolerancia a la aspirina. La tríada de Sampter (intolerancia a la aspirina, asma y pólipos) ocurre en el 8% de los pacientes con poliposis nasal. Esta entidad nosológica también puede presentarse en pacientes con síndrome de Young (enfermedad pulmonar, azoospermia y poliposis) y síndrome de Kartagener (sinusitis, *situs inversus*, bronquiectasias).

Un gran número de teorías sobre la formación de los pólipos han surgido a través de los años, algunas con interés histórico, otras sin embargo ofrecen valiosa información sobre la patogénesis de éstos. Se dividen en dos: aquellas que indican que los pólipos son un desarrollo primario y las que señalan que son un evento secundario.⁴

Teoría mecánica. (Fenómeno de Bernoulli)

En esta, la inflamación crónica de la mucosa nasal se edematiza y adelgaza particularmente en la región etmoidal, donde el tejido subepitelial es más laxo. Progresivamente la expansión de la mucosa resulta en un tejido elástico que crece por gravedad y flujo, produciendo un efecto de válvula y presión negativa, teniendo como resultado la formación mecánica de pólipos.

* Otorrinolaringólogos Médica Sur.

Teoría vasomotora

Señala que existe una disfunción autonómica de la mucosa nasal. Se encuentra un incremento de aminas (catecolaminas, histaminas, serotonina) en los pólipos y mucosa de pacientes enfermos. Se propone un modelo de formación basado en la activación de receptores alfa-adrenérgicos por sustancias vasoactivas, de tal manera que existe un incremento de la permeabilidad vascular y edema submucoso.

Teoría inmunológica

Indica la mediación de IgE, sustentada en mecanismos de hipersensibilidad y el hallazgo de eosinófilos en moco nasal, además de mastocitos de granulación e incremento de mediadores químicos. Sin embargo las alergias mediadas por IgE sólo juegan un papel limitado en la acumulación de eosinófilos en pacientes con poliposis y no son el factor principal en la patogénesis de éstos. La pregunta central continúa sin respuesta ¿por qué se acumulan eosinófilos en los pólipos nasales? Es claro que no existe una mayor incidencia de poliposis nasal en pacientes alérgicos que en la población general.⁵⁻⁷ Al parecer existen factores quimiotácticos que atraen a éstos y que se señalan en la siguiente hipótesis.

Teoría inflamatoria

Los procesos inflamatorios de la mucosa nasal son los causantes de poliposis nasal, existe evidencia histológica de flebitis, linfangitis e infiltrados celulares, así como predisposición genética para mantener un estado de inflamación persistente en la mucosa nasal, predominantemente en la cabeza del cornete medio y etmoides anterior mediado por moléculas de adhesión intercelular (ICAM 1), producidas por células epiteliales. Actualmente se sabe que diferentes citoquinas están presentes en los pólipos nasales y de éstas principalmente las interleucinas IL-4, IL-5 y IL-6. En meses recientes se ha postulado la participación de los RANTES (células T reguladas y normales, expresadas y secretadas) los cuales actúan como quimiotácticos para eosinófilos y mastocitos, lo que condiciona su presencia, el aumento de los mecanismos de inflamación local a través de la estimulación intrínseca y así promover la síntesis de colágena y por ende la formación de pólipos. Además se ha involucrado recientemente al factor de crecimiento beta el cual se encuentra en el epitelio de los pólipos y que se produ-

ce por los macrófagos y eosinófilos, lo que trae como consecuencia modificaciones en el tejido conectivo y en la patogénesis de los pólipos nasales.^{8,9}

Teoría infecciosa

Existe evidencia de la participación bacteriana en la formación de pólipos comprobada a través de estudios en animales a los que se les produce artificialmente sinusitis crónica, lo cual indicó al cabo de 90 días la formación de pólipos, sin embargo por su localización y la obstrucción del ostium, la participación bacteriana también puede ser secundaria; de igual manera la utilización de antibióticos no disminuye la incidencia y prevalencia de pólipos.¹⁰

La verdadera etiología de los pólipos continúa aún en investigación.

Anatomía patológica

Macroscópicamente los pólipos son múltiples, bilaterales, suaves, amarillentos, móviles, indoloros y de varios tamaños, unidos a la mucosa nasal por un pedículo. En caso de que el padecimiento sea crónico pueden tornarse de aspecto rojizo; usualmente emergen del hiato semilunar, cornete medio y celdillas etmoidales. Pueden llegar a tener un tamaño grande que protruya por fosas nasales y/o coanas. Por su localización pueden obstruir el ostium de drenaje.

Microscópicamente están compuestos por epitelio respiratorio, epitelio plano estratificado columnar ciliado. El estroma de los pólipos contiene elementos celulares, edema y colágena. Las células que predominan son los eosinófilos, pero también se encuentran neutrófilos, macrófagos y linfocitos.

Varios tipos de inmunoglobulinas se encuentran en la superficie de los pólipos. Por inmunofluorescencia se han demostrado niveles elevados de IgE en asociación con linfocitos y células plasmáticas. La IgA se encuentra intracelularmente pero se llega a encontrar en la superficie en el moco. Algunos pólipos pueden contener niveles elevados de IgM, posiblemente reflejando la predisposición de estos pacientes a infección. La IgG e IgD son raramente encontradas.

Diagnóstico

Clínicamente se manifiestan por obstrucción nasal bilateral, progresiva, rinorrea, cefalea, algia facial, hiposmia o anosmia, respiración oral, estornudo de repetición y prurito nasal.

Habitualmente la exploración física con rinoscopio revela la presencia de poliposis, sin embargo es indispensable realizar una exploración endoscópica con ópticas de Hopkins de 0° y 30° además de tener una valoración de imagen avalada por una tomografía computada de nariz y senos paranasales en todos los casos. De igual manera es de gran importancia realizar una valoración de tipo inmunológico al paciente con el alergólogo.

Diagnóstico diferencial

En los niños la poliposis nasal puede confundirse clínicamente con meningoceles, mielomeningoceles, hemangiomas y angiofibromas; en el adulto con pólipo antrocoanal, papiloma invertido y algunas otras tumoraciones nasales.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento médico y quirúrgico de la poliposis nasal es la restauración de la fisiología de la nariz y senos paranasales de tal manera que exista una buena ventilación nasal y un adecuado drenaje de los senos paranasales.

En los pacientes alérgicos los factores desencadenantes de irritación local deben retirarse en cuanto se realice el diagnóstico específico.

El tratamiento médico siempre es indispensable en el manejo del paciente con poliposis nasal. A este respecto los esteroides tópicos han sido por largo tiempo el tratamiento de elección para la reducción del tamaño de los pólipos, para disminuir y prevenir recurrencias. De igual manera la utilización de periodos cortos de corticoesteroides sistémicos son una buena alternativa para controlar los síntomas, disminuir de tamaño los pólipos y como tratamiento previo a la cirugía con el objeto de prevenir la recurrencia.

También se han señalado a los antihistamínicos y al cromoglicato de sodio como tratamiento para esta patología, sin embargo sólo son útiles en aquellos casos en los que existe fondo alérgico.

De cualquier manera en la mayoría de los pacientes los mejores resultados se observan con el tratamiento combinado medicoquirúrgico. Las indicaciones para la intervención en el caso de poliposis son: pacientes con obstrucción nasal severa, pacientes con rinosinusitis recurrente debido a los pólipos por obstrucción del drenaje, pacientes con mala respuesta al tratamiento médico y pacientes con contraindicación para el uso de esteroides.

En la actualidad la polipsectomía se practica con técnica endoscópica y cirugía funcional de senos paranasales y al menos debe realizarse una etmoidectomía parcial. La exéresis de la lesión debe realizarse con la ayuda del microdebridador, el cual facilita la cirugía y minimiza el sangrado. Algunos textos recomiendan la realización de grandes cavidades; etmoidectomías completas, al igual que turbinectomía de cornete medio, etc., pero consideramos que es importante en la medida de lo posible conservar el mayor número de estructuras posibles ya que permiten una mejor orientación en caso de reintervención.^{11,12}

Complicaciones

Las principales complicaciones de la poliposis son la recurrencia y recidiva de la enfermedad, los reportes varían desde un 15 al 40%, lo cual hace que sea un padecimiento frustrante para el médico y desde luego para el paciente. Otras complicaciones dependen de la localización, erosión ósea, y la presencia de infección agregada. Además puede presentarse hemorragia transoperatoria o posoperatoria, así como complicaciones propias de la cirugía endoscópica.

Pólipo antrocoanal

Lesión benigna unilateral que ocurre a cualquier edad. Representa la formación polipoide de la mucosa antral que se proyecta y emerge a través del ostium hacia el meato medio debido a los movimientos ciliares intrasinusales y nasales, llegando hasta el marco coanal y nasofaringe. El diagnóstico se confirma con rinoscopia anterior y posterior así como con el fibroscopio o endoscopio rígido, observando el pedículo proveniente de meato medio. La tomografía computada en cortes axiales y coronales es indispensable para corroborar el diagnóstico. El tratamiento consiste en la resección endoscópica de la mucosa que dio origen a la formación polipoide dentro del antro maxilar y la extracción por fosa nasal o boca del pólipo.

Referencias

1. Settupane GA. Epidemiology of nasal polyps. *Allergy Asthma Proc* 1996; 17: 231-6.
Lildholdt T, Fogstrup J. Surgical versus medical treatment of nasal polyps. *Acta Otolaryngol* 1988;105:140-3.
2. Fajardo-Dolci G. Rinosinusitis crónica: evidencia de factores anatómicos, infecciosos y alérgicos. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1999; 62(2): 102-6.

Poliposis nasal

3. Coste A. Expression of the transforming growth factor beta isoforms in inflammatory cells of nasal polyps. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124: 1361-6.
4. Bonfils P. Medical treatment of paranasal sinus polyposis: a prospective study in 181 patients. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1998; 15: 202-14.
5. Jankowski R. Eosinophilis in the pathology of nasal polyposis. *Acta Otolaryngol* 1996; 116: 160-3.
6. Caplin I, Haynes DJ, Spahn J. Are nasal polyps and allergic phenomenon? *Ann Allergy* 1990; 29: 370.
7. Pastorello EA. Importance of allergic etiology in nasal polyposis. *Allergy Proc* 1994; 15:151.
8. Allen JS, Eisma R. Characterization of the eosinophil chemokine RANTES in nasal polyps. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; 107: 416-20.
9. Drake-Lee AB. Medical treatment of nasal polyps. *Rhinology* 1994; 32: 1.
10. Nikhil J, Bhatt M. *Endoscopic sinus surgery*-Singular Publishing. San Diego USA 1997.
11. Stamberger H. *Essentials of endoscopic sinus surgery*. Mosby-Year Book 1993
12. Wigand ME. *Endoscopic surgery of the paranasal sinuses and anterior skull base*. New York: Thieme Medical Publishers 1990.