

Article

PÓLIPO SOLITARIO CON INSERCIÓN EN TECHO DE FOSA NASAL

Solitary Polyp with Insertion into the Roof of the Nostril

ASHIRIA RESEDA ACUÑA RAMÍREZ 

Médico Residente de otorrinolaringología en la Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (U.N.A).

RAÚL TORNACO 

Otorrinolaringólogo. Jefe de Residentes de la Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (U.N.A).

CARLOS MENA CANATA 

Otorrinolaringólogo. Jefe de la Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (U.N.A).

Correspondencia: Carlos Mena Canata³
cmena@med.una.py

Receipt: 14/09/2022
Acceptance: 01/12/2022

RESUMEN

Pólipo coanal es el término utilizado para una masa de tejido blando, solitaria y benigna que se extiende hacia la unión de la cavidad nasal y la nasofaringe; es decir, la coana. Los pólipos coanales nasales se presentan típicamente en tres formas diferentes: pólipos antrocoanales, esfenocoanales y etmoidocoanales. Sitios atípicos de origen han sido reportados en la literatura; por ejemplo, el tabique nasal y el cornete inferior. El conocimiento de los médicos sobre la existencia de pólipos coanales de sitios inusuales puede ayudar en el diagnóstico de los mismos, considerando crucial descartar previamente otros potenciales diagnósticos para estos casos de presentación atípica. A continuación reportamos el caso de un pólipo inflamatorio de inserción en techo de fosa nasal en un paciente de 65 años diagnosticado y tratado en nuestro servicio, cuyo caso es el primero reportado en la literatura.

Palabras clave: Pólipo coanal, techo nasal, inserción atípica

1. Introducción

Pólipo coanal (PC) es el término utilizado para una masa de tejido blando, solitaria y benigna que se extiende hacia la unión de la cavidad nasal y la nasofaringe, es decir, coana (Gupta, 2013). Típicamente son mucosas pedunculadas, edematosas y prolapsadas de los senos paranasales. Estos pólipos suelen surgir alrededor de los orificios de los senos paranasales en el meato medio (Naik and Naik, 2011) y exhiben una apariencia suave, bien definida, blanco grisáceo a la macroscopía (Joseph *et al.*, 2022). Histológicamente están formados por un centro quístico rodeado por un estroma edematoso con infiltración celular inflamatoria. Además de eso, la superficie está cubierta por epitelio respiratorio con áreas de metaplasia (Ozdek and Özel, 2014).

El pólipo antrocoanal fue descrito originalmente por Killian en el año 1906. No resulta frecuente su incidencia es alrededor de 0,07%. Más frecuente en hombres de 30-50 años y corresponde al 4-6% de todos los pólipos, estando su etiología y factores de riesgo no muy bien definidos aún (González Sendra *et al.*, 2016).

La presentación más frecuente de un pólipo solitario en fosa nasal es el pólipo antrocoanal. Nace del antro en dirección a las coanas a través del ostium. Otras formas de pólipos coanales descritas con frecuencia incluyen pólipos esfenocoanales y etmoidoanales. Sitios atípicos de origen han sido reportados en la literatura incluyendo el tabique nasal, cornete inferior y piso de fosa nasal (Haber, Karolina & Mierzowski, Józef, 2022)

2. Reporte de caso

Un paciente de sexo masculino de 65 años, de profesión chofer, acude por un cuadro de obstrucción nasal derecha progresiva de aproximadamente 5 años de evolución. Tiene ronquidos nocturnos, respiración oral y sequedad oral matutina. Refiere además hiposmia. Tiene síntomas como rinorrea acuosa bilateral y prurito nasal asociado a cambios climáticos. Niega tener epistaxis, rinorrea purulenta, dolor/opresión facial, fiebre, tener antecedentes traumáticos y antecedentes quirúrgicos nasales. Sufre, además, de una hipertensión arterial que es tratada regularmente con enalapril 10mg/12h.

En el examen físico se realiza una rinoscopia anterior septo central, cornete inferior izquierdo hipertrófico. La fosa nasal derecha está ocupada por una formación tumoral rosa pálida, de aspecto multilocular y superficie lisa. En la endoscopia nasal se evidencia también que dicha tumoración se extiende en toda la altura de la fosa nasal hasta el tercio anterior de la misma.

Se realiza una Tomografía Computarizada (TC) contrastada donde se visualiza una imagen de densidad de partes blandas que ocupa la fosa nasal derecha, celdillas etmoidales anteriores y posteriores, y parcialmente el seno frontal derecho con leve captación heterogénea del contraste. Los demás senos paranasales se encuentran libres. No se logra dilucidar con claridad algún defecto óseo a nivel del techo de la fosa nasal (figura. 1a).

Se realiza una resonancia magnética nuclear (RMN) con contraste, donde se constata una tumoración con un realce heterogéneo que mide 39 x 15 mm en el plano coronal que engloba los cornetes nasales derechos asociándose a ocupación líquida frontoetmoidal obstructiva. No se visualiza comunicación/extensión intracraneal (figura 1b). Se realiza una toma de biopsia con reporte anatomopatológico de pólipo nasal inflamatorio con telangiectasia, congestión y edema.

El paciente es intervenido quirúrgicamente con tal diagnóstico bajo anestesia general. Durante la endoscopia intraoperatoria se visualiza pedículo con sitio de inserción en techo de fosa nasal, en área

cribosa, medial al cornete medio izquierdo, el cual se encuentra hipotrofiado (figura 2). Es reseado con cauterio bipolar desde su base de implantación. Luego se realiza hemostasia cuidadosa del sitio, dejando surgicel en lecho. Se constatan orificios de drenaje de senos maxilar, frontal y esfenoidal libres.

El reporte anatomopatológico final confirma el diagnóstico de pólipo inflamatorio.

3. Discusión

Stammberger reportó tres casos de pólipos septocoanales derivados del tabique nasal posterior en 1990. Un caso de pólipo septocoanal fue informado por Birkent *et al.* en 2009 (Joseph *et al.*, 2022).

Una serie en 2015 incluyó cuatro pólipos coanales que surgieron de sitios inusuales. Luego se encontraron dos pólipos derivados del tabique nasal, un pólipo del receso esfenoidal y un pólipo del cornete inferior (Naik and Naik, 2011). Se reporta, además, un caso raro de PC derivado del cornete medio y su tratamiento exitoso mediante cirugía endoscópica (Gupta, 2013). Pólipos nasales bilaterales con origen en el tabique nasal (Misawa, Takeda and Kumakawa, 2015), así como un caso de pólipo nasal que surge del piso de la cavidad nasal (Naik and Naik, 2011).

Se sugiere que hay múltiples factores que contribuyen a su patogénesis. Desde su descripción inicial su etiología aún no se ha establecido por completo. Que no haya diferencia histológica entre los quistes de retención del seno maxilar y la parte quística de pólipo antrocoanal dentro del seno maxilar apoya la hipótesis de que los quistes de retención podrían ser lesiones precursoras de los mismos (Gursoy *et al.*, 2019). El fenómeno de Bernoulli y la gravedad probablemente estén relacionadas con la extensión nasofaríngea de los pólipos coanales (Joseph *et al.*, 2022).

También se ha informado que procesos inflamatorios tales como la sinusitis crónica y las alergias podrían ser responsables en la etiología. En un estudio de Berg *et al.* se afirma que la inflamación crónica causa obstrucción de pequeñas glándulas seromucinosas en la superficie mucosa, y luego quistes de retención. Esta obstrucción podría ser responsable de la formación del pólipo antrocoanal (Gursoy *et al.*, 2019). La asociación entre la alergia y el PC no está clara; en nuestro paciente no se realizaron pruebas rutinarias de alergia. La inflamación local por alergia o la infección puede ser un factor predisponente para la formación de pólipos en sitios inusuales. Rinitis alérgica y antecedentes de infecciones recurrentes del tracto respiratorio podrían causar cambios inflamatorios locales sobre la mucosa nasal y predisponer a la formación de pólipos (Joseph *et al.*, 2022).

Parece existir una relación entre la formación de pólipos y la inflamación crónica precedente (Naik and Naik, 2011). Se considera que las razones locales como el flujo de aire turbulento y la gravedad pueden desempeñar un papel en su desarrollo. La desviación del tabique puede ser un factor: cambia el flujo de aire dentro de la nariz y se desarrolla una corriente de aire más fuerte en el lado cóncavo de la nariz desviada en comparación con su lado convexo. Esta situación puede dar lugar a que el PC se encuentre en el lado cóncavo de la nariz desviada (Erturul, 2018). A pesar de todo, la etiología de los PC sigue siendo un tema de debate.

Los síntomas clínicos de los pólipos coanales suelen ser los mismos que los causados por pólipos antrocoanales (Joseph *et al.*, 2022). Además, la obstrucción nasal es el síntoma más frecuentemente observado en los pacientes con PC. También pueden desarrollar ronquidos, apnea del sueño, dolor de cabeza, sensación de cuerpo extraño en la garganta y problemas de deglución (Erturul, 2018).

Para el diagnóstico diferencial, deben considerarse el papiloma invertido, el angiofibroma juvenil, el neuroblastoma olfatorio, las neoplasias nasofaríngeas, la hipertrofia adenoidea, la poliposis nasal, el meningoencefalocele, entre otros (Erturul, 2018). Los estudios de imágenes como en este caso ayudan a dilucidar la diferenciación con dichas entidades y apoyan las siguientes conductas a seguir para llegar al diagnóstico final.

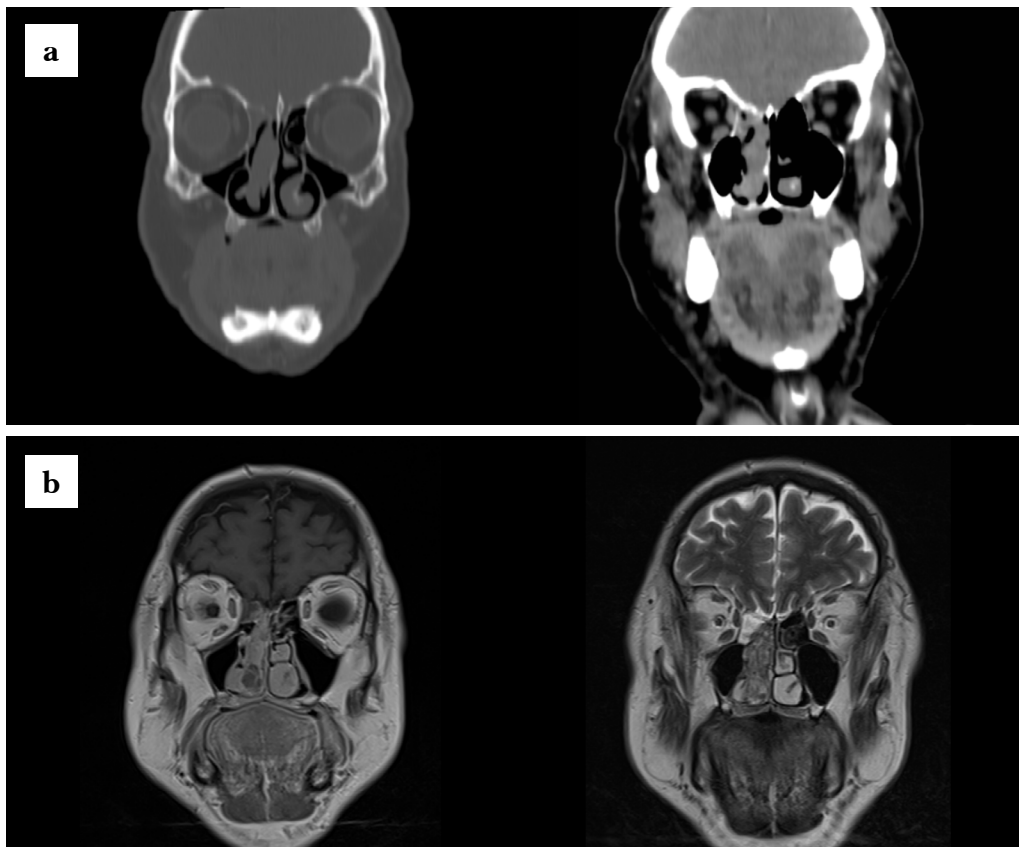
La escisión endoscópica del pólipo, con cauterización de la base del pedículo y corrección de desviación septal —si está presente— es el tratamiento recomendado (Joseph *et al.*, 2022) y suele ser suficiente (Gupta, 2013); no obstante, detectar el sitio de origen es de suma importancia, ya que la remoción completa y cauterización o remoción de la mucosa sobre la cual se origina el pedículo del pólipo permite evitar recurrencias (Haber & Mierzwiski, 2022).

Por otro lado, el examen histopatológico debe hacerse en todos los pacientes, ya que establece el diagnóstico definitivo, teniendo en cuenta la posibilidad de papiloma invertido, actinomicosis y rinosporidiosis en estas raras localizaciones de pólipos. En pacientes de edad avanzada, debe excluirse la malignidad (Joseph *et al.*, 2022).

Finalmente, no hay registros previos o informes en la literatura similares al pólipo nasal cuyo caso presentamos. La conciencia de los médicos sobre la existencia de pólipos coanales de sitios inusuales puede ayudar en el diagnóstico de los mismos (Naik and Naik, 2011).

Figura.

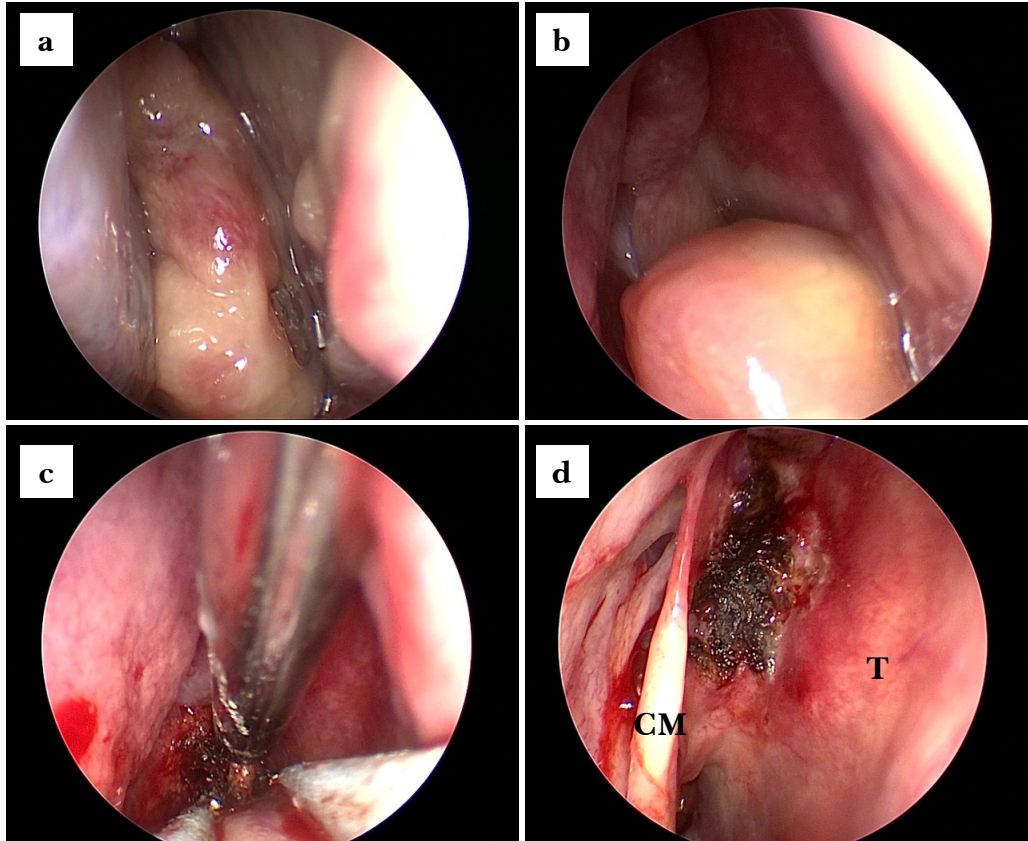
1a: TC, cortes coronales: a la derecha en modo óseo se visualiza la lesión en fosa nasal derecha. En la imagen de la izquierda se visualiza la captación heterogénea tras la inyección de contraste. 1b: RMN con contraste: la tumoración muestra intensidad y captación heterogénea del contraste. Se



observa la ocupación etmoidal y frontal hipointensas en T1 e hiperintensas en T2.

Figura. 2:

Cirugía endoscópica: 2a Pólipo en fosa nasal. 2b Sitio de inserción a nivel del techo nasal. 2c Resección con cauterio bipolar. 2d CM: cornete medio. T: tabique



4. Aspectos éticos

La publicación del caso se realiza con el permiso de la Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas, la aprobación del comité de ética respetando los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia, y con el consentimiento informado de la persona involucrada respetando el principio de la confidencialidad y privacidad, manteniéndose el anonimato.

5. Conflicto de intereses

Ningún conflicto de intereses.

6. Financiamiento

Propio.

Referencias

- Erturul, S. (2018). Origin of polyps and accompanying sinonasal pathologies in antrochoanal polyp patients: analysis of 22 patients. *Northern Clinics of Istanbul*, 6(2), 166-170. <https://doi.org/10.14744/nci.2018.87513>
- González Sendra, F.J. *et al.* (2016). Pólipo antrocoanal. *Medicina General y de Familia*, 5(1), 36-38. <https://doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.11.001>
- Gupta, M. (2013). Choanal Polyp Arising from Middle Turbinate. *An International Journal of clinical Rhinology*, 6(3), 124-125. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10013-1170>
- Gursoy, M. *et al.* (2019). Anatomic variations associated with antrochoanal polyps. *Nigerian journal of clinical practice*, 22(5), 603-608.
- Haber, Karolina & Mierzewski, Józef. (2022). Sphenocoanal polyps in children: a systematic review (1995-2021). *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2022.02.006>
- Joseph, L. *et al.* (2022). Choanal Polyps Originating from Unusual Sites: A Rural Tertiary Care Center Experience. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 26(4), 683-687. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742768>
- Misawa, T., Takeda, H. and Kumakawa, K. (2015). A Case of Bilateral Nasal Polyps Originating from the Nasal Septum. *Practica oto-rhino-laryngologica. Suppl.*, 141, 44-45. <https://doi.org/10.5631/jibirinsuppl.141.44>
- Naik, M. and Naik, S. (2011). An Unusual Presentation of Nasal Polyp Arising from Floor of Nasal Cavity. *Otorhinolaryngology Clinics - An International Journal*, 3(2), 129-131. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10003-1071>
- Ozdek, A. and Özel, H. (2014). Unusual presentations of choanal polyps: Report of 3 cases. *Ear, nose, & throat journal*, 93(2), 3-10.

SUMMARY

Coanal polyp is the term used for a solitary, benign soft tissue mass extending into the junction of the nasal cavity and nasopharynx, i.e., the choana. Nasal coanal polyps typically present in three different forms: antrochoanal, sphenocoanal, and ethmoidocoanal polyps. Atypical sites of origin have been reported in the literature; these include the nasal septum and inferior turbinate. Physicians' awareness of the existence of coanal polyps from unusual sites may help in the diagnosis of coanal polyps considering it crucial to previously rule out other potential diagnoses for these cases of atypical presentation. Here we report the case of an inflammatory polyp of insertion in the roof of the nostril in a 65-year-old patient diagnosed and treated in our department, which is the first case reported in the literature.

Keywords: choanal polyp, nasal roof, atypical insertion
