

Pólipo antrocoanal. Caso clínico y revisión de la bibliografía

J. Martín-Lagos¹, J. García-Valdecasas Bernal¹, F. Girón Caro², E. Díaz Moreno³

¹Servicio de Otorrinolaringología. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario «San Cecilio». ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario «Virgen de las Nieves». Granada

Resumen

La obstrucción nasal es un síntoma frecuente de consulta en otorrinolaringología pediátrica, y su etiología más frecuente es la hipertrofia adenoidea. Los pólipos antrocoanales son una entidad clínica infrecuente que representa el 28-33% de las poliposis nasosinusales en la población infantil. Presentamos el caso clínico de una niña de 8 años de edad, adenoidectomizada, con síntomas de insuficiencia respiratoria nasal, rinorrea en ocasiones purulenta y cefaleas frontoorbitarias sin epistaxis. El estudio endoscópico nasal y las pruebas de imagen diagnosticaron la presencia de una lesión polipoidea que ocupaba ambas fosas nasales y coanas, siendo tratada mediante cirugía endoscópica nasosinusal. El estudio histológico informó de la presencia de un pólipo antrocoanal y el estudio alérgico mediante prick-test descartó la existencia de alergias. Hoy en día aún no disponemos de la suficiente evidencia histológica y/o alergológica que determine la etiología de los pólipos antrocoanales.

Palabras clave: Poliposis nasosinusal, infancia, obstrucción nasal.

Abstract

Title: Antrochoanal polyp. Case report and review

Nasal obstruction is a frequent symptom of consultation in pediatric otolaryngology, and its most common etiology is adenoidal hypertrophy. Antrochoanal polyps are an uncommon clinical entity that represents 28-33% of the sinonasal polyposis in children. We report the case of an 8-year-old child, with previous adenoidectomy, with symptoms of nasal obstruction, purulent rhinorrhea, headache frontoorbitarias without epistaxis. The nasal endoscopy and imaging tests diagnosed the presence of a polypoid lesion occupying both nostrils and choanae, being treated by endoscopic sinus surgery. Histology disclosed an

Fecha de recepción: 30/10/12. Fecha de aceptación: 30/11/12.

Correspondencia: J. Martín-Lagos Martínez. Avda. Divina Pastora, 7, bloque 4, 6-C. 18012 Granada. Correo electrónico: juanmartinlagos@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Martín-Lagos J, García-Valdecasas Bernal J, Girón Caro F, Díaz Moreno E. Pólipo antrocoanal. Caso clínico y revisión de la bibliografía. Acta Pediatr. 2013; 71(9): e287-e292.

antrochoanal polyp and allergy study by prick-test ruled out the existence of allergies. Today, we have not yet sufficient histological and/or allergological evidence to determine the etiology of polyps antrochoanal.

Keywords: Sinonasal polyposis, childhood, nasal obstruction.

Introducción

La obstrucción nasal es un síntoma frecuente de consulta en la otorrinolaringología pediátrica, y su etiología más frecuente es la hipertrofia adenoidea. La presencia de cuerpos extraños nasales, encefalocele, lesiones tumorales malignas, angiofibromas nasofaríngeos e, incluso, la poliposis nasal debe descartarse.

Los pólipos antrocoanales (PAC) son una entidad clínica infrecuente, que representa el 4-6% de todos los pólipos nasosinusales en la población general¹ y el 28-33% en la población infantil^{2,3}. Habitualmente provienen del seno maxilar, y desde ahí se extienden, a través del *ostium* de drenaje, hasta el meato medio nasal y la coana⁴.

Caso clínico

Presentamos el caso de una niña de 10 años de edad, que consultó por la presencia de una insuficiencia respiratoria nasal completa de meses de evolución asociada a rinorrea anterior, en ocasiones purulenta, cefaleas frontoorbitarias recurrentes sin epistaxis, respiración bucal y ronquidos nocturnos. La paciente había sido intervenida hacia 10 meses de adenoidectomía, con lo que mejoró escasamente de la clínica nasal previa.

La exploración orofaríngea mostraba una hipertrofia amigdalar y una formación de coloración ambarina que sobrepasaba inferiormente el velo del paladar. Mediante endoscopia rígida nasal observamos una obstrucción completa de la luz nasal a la altura del meato medio e inferior izquierdos por una estructura de aspecto polipoide y material mucoso blanquecino en la fosa nasal derecha.

El estudio de imagen se realizó inicialmente mediante tomografía computarizada (TC), que demostró la presencia de una formación hipertrófica que engrosaba el *cavum* nasofaríngeo y protruía a la luz del espacio orofaringoamigdalino, así como una ocupación total del seno maxilar izquierdo y las coanas, con hipertrofia de cornetes. Posteriormente, el estudio se completó mediante resonancia magnética, que determinó una ocupación completa del seno maxilar izquierdo y una masa de hasta 5 cm de longitud que, desde dicho seno, se extendía hasta las coanas y la nasofaringe.

Se realizó una exploración endoscópica bajo anestesia general, que confirmó el diagnóstico de pólipo antrocoanal. Éste se resecó en su totalidad mediante infundibulotomía media, exéresis de la pared medial del seno maxilar y legrado de la mucosa polipoidea que recubría el seno maxilar izquierdo. Posteriormente se realizaron pruebas histológicas con diagnóstico de pólipo nasal sin componente

eosinófilo, y pruebas alérgicas en la unidad de alergología infantil de nuestro hospital, con resultados negativos.

Discusión

Aunque la prevalencia de PAC se sitúa alrededor del 28-33% de los pólipos nasosinusales en niños^{2,3}, la escasa prevalencia de la poliposis nasosinusal en la edad infantil hace del PAC una entidad excepcional. Aunque existen casos bilaterales documentados en la bibliografía, casi siempre aparecen de forma unilateral. Comparada con la sintomatología que esta patología produce en adultos, en la edad infantil aparece más frecuentemente como ronquidos nocturnos, apneas de repetición y epistaxis, pero en ambos grupos de edad la obstrucción nasal es el síntoma más común⁵.

Las manifestaciones clínicas, inespecíficas, son frecuentes en la edad infantil y comúnmente achacadas a la hipertrofia adenoidea, o bien a la adenoiditis crónica. Aun así, deben plantearse otras opciones diagnósticas, sobre todo en los pacientes con una recidiva o que no mejoran su sintomatología. Dentro del diagnóstico diferencial de masas nasosinusales y nasofaríngeas hay que considerar las siguientes entidades:

1. Hemangiomas, situados en las cavidades sinusales y los cornetes, aunque su localización preferente es la mitad anterior del *septum nasi* (área de Kiesselbach)⁶⁻⁸.
2. Angiofibromas, tumores benignos hipervascularizados desarrollados a partir de la región del agujero esfenopalatino en varones adolescentes. Suelen descubrirse en la mayoría de los casos ante la presencia de obstrucción nasal y epistaxis⁹.
3. Hamartomas, implantados en la pared nasofaríngea posterior, la fosita de Rosenmüller o la parte posterior del vómer. Son igualmente responsables de la insuficiencia respiratoria nasal y la epistaxis¹⁰.
4. Quiste de Tornwaldt, saco cerrado nasofaríngeo tabicado, compuesto de epitelio respiratorio sin mucho tejido linfoide, secundario a un tratamiento quirúrgico (adenoidectomía) o a una inflamación nasofaríngea. Esta lesión suele ser asintomática, salvo cuando alcanza un tamaño mayor, momento en que provoca rinorrea posterior, algias occipitales, halitosis, rigidez de los músculos cervicales e, incluso, disfunción tubárica¹¹.
5. Otros diagnósticos más raros que cabe considerar son los encefaloceles, los craneofaringiomas, los quistes nasofaríngeos, los papilomas invertidos, etc.

Por otro lado, y aunque el origen más frecuente de los PAC es el seno maxilar, también se han descrito casos originados en el seno esfenoidal¹². Dichos PAC presentan 2 porciones claramente definidas, una porción quística sinusal y una porción polipoidea nasal que puede extenderse hacia la nasofaringe. Hoy día existe una gran controversia sobre la naturaleza quística o polipoide de la parte coanal de la formación. Ozdek et al.¹³ obtuvieron en el análisis anatomopatológico una naturaleza quística a este nivel

en 6 de los 10 niños con PAC analizados. Otros autores aportan resultados diversos^{14,15}. La determinación específica de esta porción, según el caso, dará el diagnóstico de quiste o PAC.

Por último, la asociación entre rinitis alérgica y PAC ha sido comprobada en recientes estudios. Si bien Al-Mazrou et al. describen casos de PAC con características alérgicas (epitelio respiratorio en la superficie, sin glándulas mucosas y con abundantes eosinófilos) con más frecuencia en los niños que en los adultos, en los que era más habitual encontrar PAC inflamatorios (epitelio respiratorio en la superficie, sin glándulas mucosas, con abundantes neutrófilos)⁵, sólo el 35-50% de los niños afectados de PAC presentan skin-prick test positivos^{2,16}. Sin embargo, otros autores no obtuvieron resultados significativos que mostraran una relación directa entre la alergia y los PAC¹⁷. En el presente caso, tanto las características histológicas como las pruebas alérgicas realizadas a la paciente, demuestran una etiología inflamatoria sin componente alérgico.

Conclusión

Hoy en día aún no disponemos de la suficiente evidencia histológica y/o alergológica que determine la etiología de los PAC. La bibliografía revisada muestra resultados contradictorios acerca de la etiología inflamatoria o alérgica de esta entidad clínica.

Bibliografía

1. Heck WE, Hallberg OE, Williams HL. Antrochoanal polyp. Arch Otolaryngol. 1950; 52: 538-548.
2. Chen JM, Schloss MD, Azouz ME. Antrochoanal polyps: a 10 year retrospective study in the paediatric population with a review of the literature. J Otolaryngol. 1989; 18: 168-172.
3. Ayache S, Chatelian D, Denimal F, et al. A rare case of nasal and buccal obstruction in a child: the antrochoanal polyp of Killian. Arch Pediatr. 2005; 12: 1.492-1.495.
4. Min YG, Chung JW, Shin JS, Chi JG. Histologic structure of antrochoanal polyps. Acta Otolaryngol. 1995; 115: 543-547.
5. Al-Mazrou KA, Bukhari M, Al-Fayez AI. Characteristics of antrochoanal polyps in the pediatric age group. Ann Thorac Med. 2009; 4: 133-136.
6. Kilde JD, Rhee JS, Balla AA, Smith MM, Smith TL. Hemangioma of the sphenoid and ethmoid sinuses: two case reports. Ear Nose Throat J. 2003; 82: 217-221.
7. Harar RP, Wolfe KQ, Kumar S, Gatland DJ. Haemangioma of the frontal sinus. J Laryngol Otol. 2002; 116: 296-298.
8. Dufour H, Fesselet J, Metellus P, Figarella-Branger D, Grisoli F. Cavemous hemangioma of the sphenoid sinus: case report and review of the literature. Surg Neurol. 2001; 55: 169-173.
9. Guo G, Paulino AF. Lipomatous variant of nasopharyngeal angiofibroma: a case report. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 128: 448-450.
10. Metselaar RM, Stel HV, Van der Baan S. Respiratory epithelial adenomatoid hamartoma in the nasopharynx. J Laryngol Otol. 2005; 119: 476-478.

11. Lin JH, Tai CF, Lee KW, Ho KY, Kuo WR, Wang LF. Huge Thornwaldt cyst: a case report. Kaohsiung J Med Sci. 2006; 22: 524-528.
12. Al-Qudah MA. Sphenchoanal polyp: current diagnosis and management. Ear Nose Throat J. 2010; 89(7): 311-317.
13. Ozdek A, Samim E, Bayiz U, Meral I, Safak MA, Oguz H. Antrochoanal polyps in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2002; 65: 213-218.
14. El-Guindy A, Mansour MH. The role of transcanine surgery in antrochoanal polyps. J Laryngol Otol. 1994; 108: 1.055-1.057.
15. Kamel R. Endoscopic transnasal surgery in antrochoanal polyp. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1990; 116: 841-843.
16. Frosini P, Picarella G, De Campora E. Antrochoanal polyp: analysis of 200 cases. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2009; 29(1): 21-26.
17. Aktas D, Yetiser S, Gerek M, Kurnaz A, Can C, Kahramanyol M. Antrochoanal polyps: analysis of 16 cases. Rhinology. 1998; 36: 81-85.

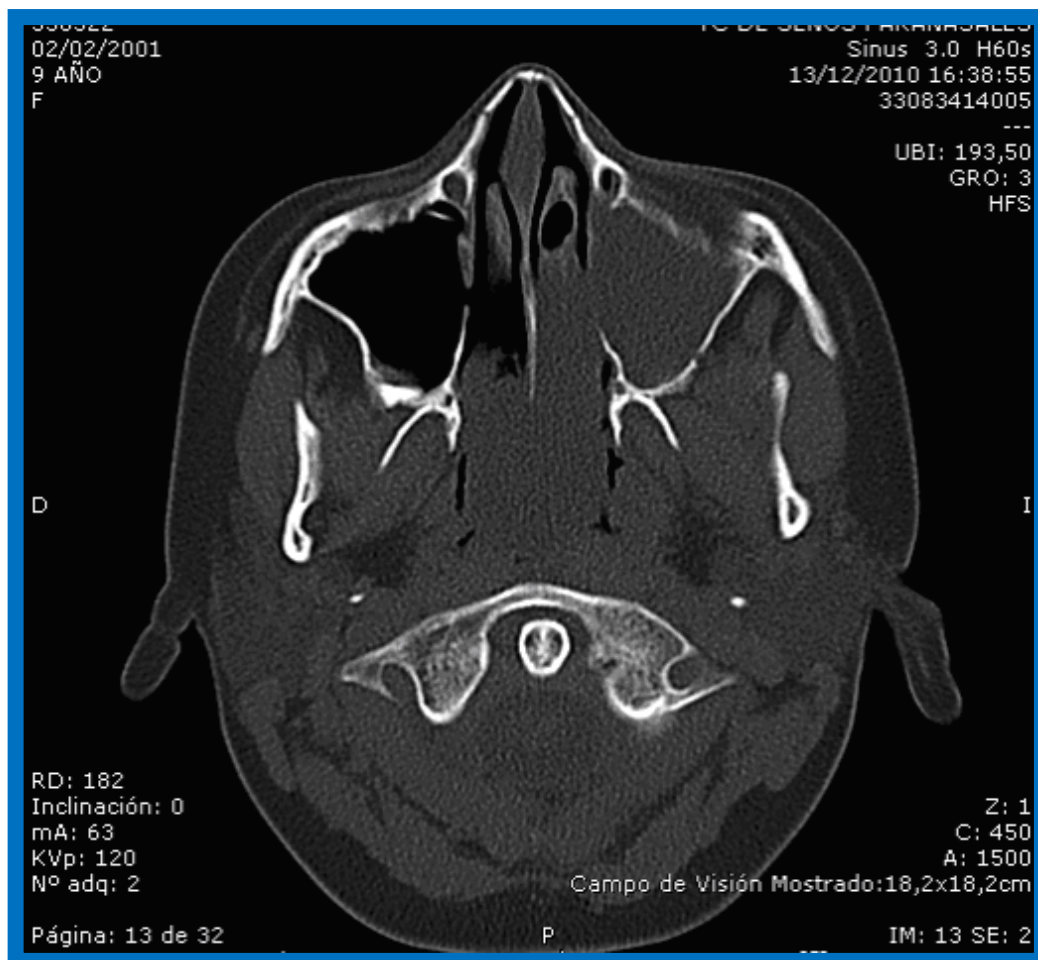


Figura 1. Imagen de tomografía computarizada de los senos paranasales, que muestra una formación hipertrófica de tejidos blandos que ocupa el *cavum* nasofaríngeo y protruye hacia el espacio orofaríngeo. Ocupación completa del seno maxilar izquierdo y la coana

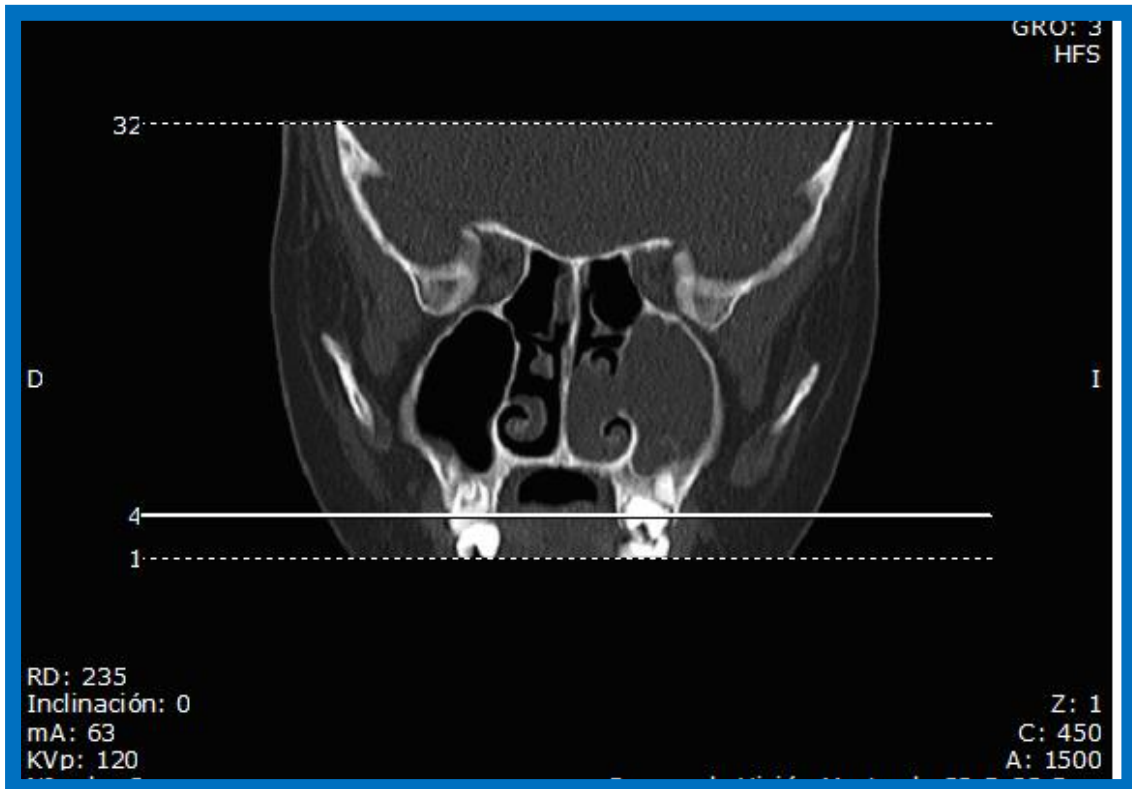


Figura 2. Imagen coronal de tomografía computarizada que muestra una ocupación completa del seno maxilar izquierdo v la coana. asociada a hipertrofia de cornetes



Figura 3. Pieza quirúrgica tras la resección mediante infundibulotomía, y meatotomía media bajo anestesia general