

Pólipo antrocoanal con extensión a orofaringe. Presentación de un caso

Antrochoanal polyp with extension to the oropharynx. A case report

Laura Cardona Díaz[1]
Mariana Zapata Zambrana[2]
Fernando Martín Ferraro[3]
Rodrigo Endrek[4]
Pablo Fernández[5]
Adriana García[6]

https://doi.org/10.53903/01212095.240

Palabras clave (DeCS)
Pólipos nasales
Seno maxilar
Senos paranasales

Key words (MeSH)
Nasal polyps
Maxillary sinus
Paranasal sinuses

Resumen

El pólipo antrocoanal es una lesión polipoidea benigna que surge mayoritariamente del antro maxilar y presenta extensión hacia la cavidad nasal ipsilateral a través del orificio de drenaje. Representa del 4 al 6 % de los pólipos nasales, y fue descrito por primera vez por G. Killian en 1906. Usualmente, se presenta en niños y adultos jóvenes, es predominantemente unilateral. Su manifestación clínica se relaciona con síntomas obstructivos sinusales, y los de mayor tamaño son visibles al examen directo a través de la boca. Para su evaluación, además del examen directo, la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) pueden dar información valiosa acerca de la anatomía topográfica, así como de su extensión y compromiso de regiones adyacentes.

Summary

Antrochoanal polyps are benign polypoid lesions that arise from the maxillary sinus (predominantly) and extend into the nasal cavity through the ostium. They correspond to 4% to 6% of sinonasal polyps, and was initially described by G Killian in 1906. It often occurs in children and young adults and it is almost always unilateral. Its clinical presentation is related to obstructive and sinus symptoms, the largest being visible on direct examination through the mouth. For its evaluation, CT and MRI can give valuable information about topographic anatomy as well as extension and involvement of adjacent regions.

[1]Residente de cuarto año del Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Británico de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

[2]*Fellow* de Neuroimágenes de Cabeza y Cuello, Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Británico de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

[3]Coordinador Médico de TC/RM, Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Británico de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

[4]Médico *staff*, Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Británico de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

[5]Coordinador de Rinología, Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Británico de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

[6]Jefe del Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Británico de Buenos Aires. Departamento de Diagnóstico por imágenes del Hospital Británico de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Presentación de caso

Paciente femenina de 15 años de edad con rinorrea e insuficiencia ventilatoria nasal unilateral izquierda asociada a tumoración, que se observa a través de las fauces en la orofaringe durante el examen físico otorrinolaringológico (figura 1). No tiene antecedentes médicos ni clínicos relevantes; tiene como antecedente quirúrgico la resección de un tumor de partes blandas (dermatofibrosarcoma *protuberans*) en la pared abdominal.

Debido a los hallazgos descritos se le realiza una tomografía axial computarizada (TAC) de senos paranasales sin medio de contraste endovenoso (figura 2) y resonancia magnética (RM) del macizo craneofacial con medio de contraste endovenoso (figura 3).

La TAC y la RM prequirúrgicas evidencian una obstrucción completa del seno maxilar y de la fosa nasal izquierda por un tejido de partes blandas que se extiende hasta la vía aérea superior y contacta con la base de la lengua, coincidente con el examen físico directo (figura 1).

La paciente fue intervenida quirúrgicamente por aumento de la dificultad respiratoria y un crecimiento tumoral rápido.

Durante el acto quirúrgico, bajo anestesia general, mediante videoendoscopia con óptica de 30° por la fosa nasal derecha se visualiza el bloqueo total de la fosa nasal izquierda por lesión que ocupa espacio, que emerge del complejo ostiomeatal con inserción en la pared anterolateral del seno maxilar, extensión a la vía aérea superior y contacto con la base de la lengua. El procedimiento fue tolerado por la paciente, sin complicaciones.

La pieza quirúrgica fue analizada por anatomía patológica y el resultado fue: formación polipoide de aspecto mixoide.

Discusión

El pólipo antrocoanal es un tumor benigno de la membrana mucosa del seno maxilar. Durante su crecimiento, pasa por el orificio del seno y se extiende hacia la cavidad nasal y, a través de la coana, a la garganta (1).

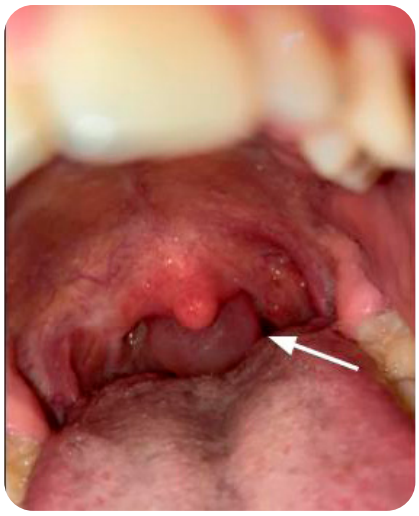


Figura 1. Fotografía con boca abierta. Lesión de aspecto polipoideo en proyección de la orofaringe, inmediatamente posterior y en contacto con la úvula.

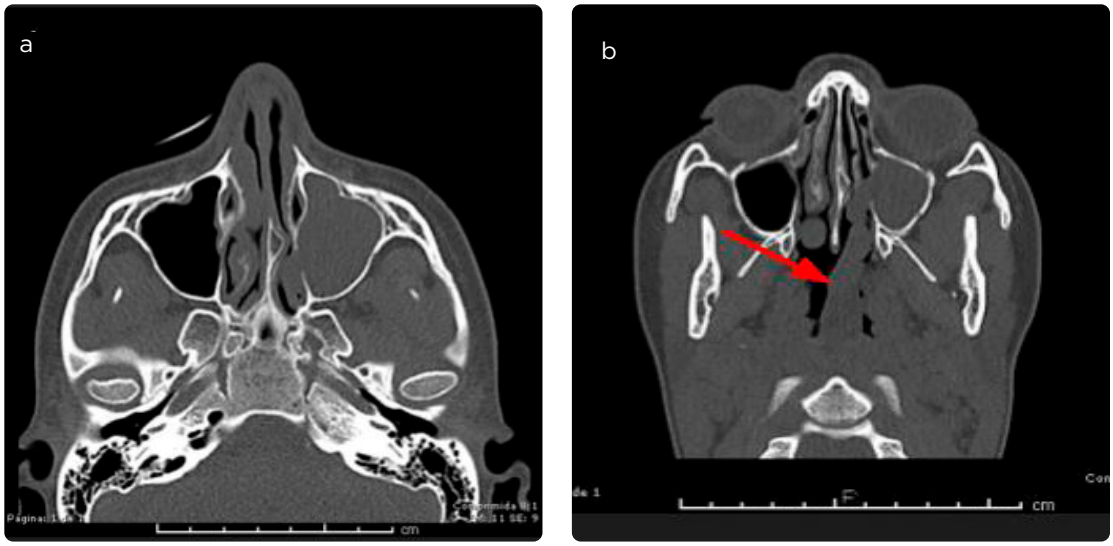


Figura 2. TAC de senos paranasales. a) Axial. b) Coronal oblicuo. Opacificación total del seno maxilar izquierdo. Se identifica una lesión de aspecto polipoideo que se proyecta hacia la cavidad nasal homolateral (flecha roja), la nasofaringe y, caudalmente, alcanza la orofaringe.

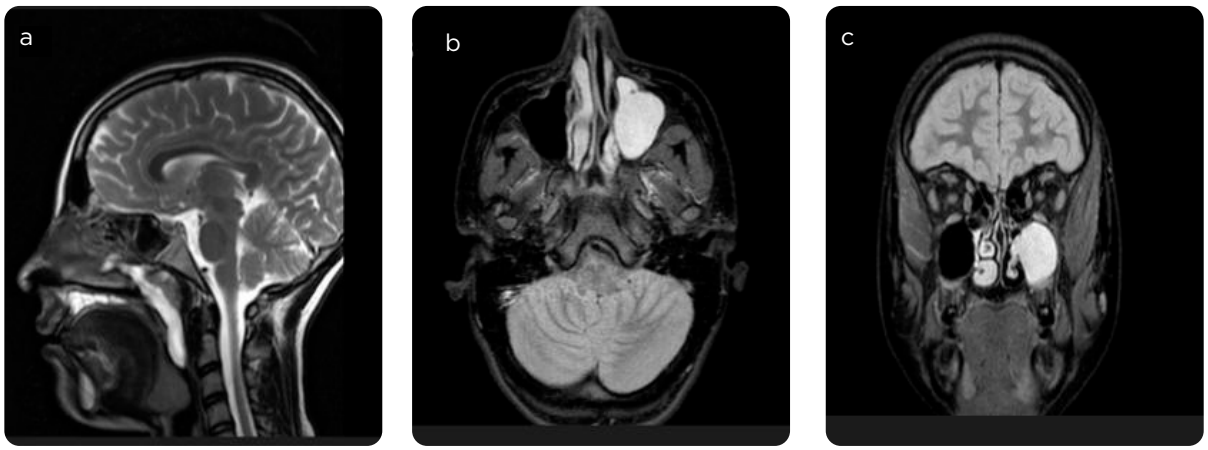


Figura 3. RM. a) Sagital, secuencia con información T2. b) Axial, secuencia STIR. c) Coronal, secuencia STIR. Imagen de alta señal en secuencias T2/STIR, de aspecto polipoideo, que muestra proyección desde el antro del seno maxilar izquierdo hasta alcanzar la orofaringe, en íntimo contacto con el aspecto posterior del paladar blando.

Conocer la anatomía y la fisiología normal de los senos paranasales es importante para comprender la patogenia de su enfermedad (2).

Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen otras masas que tienen un componente antral maxilar, como mucocele, papiloma invertido, rinosinusitis fúngica alérgica y otros pólipos sinonasales (3). Cuando hay destrucción de huesos, deben considerarse otras enfermedades, como linfoma, granulomatosis de Wegener o el rabdomiosarcoma (3,4).

La TAC permite un diagnóstico relativamente fácil, incluso en formas atípicas. Los cortes coronales perpendiculares al paladar duro deben extenderse desde la parte anterior del seno frontal a la pared posterior del seno maxilar (5). Los cortes axiales completan el estudio radiológico, pues permiten apreciar las estructuras comprendidas desde la coana hasta el orificio del seno maxilar (5). No es necesario usar medio de contraste endovenoso, pero sí la valoración con algoritmo óseo, cuya apariencia es homogénea en TAC con una densidad intermedia de 20 a 30 UH. En la RM, la señal es intermedia en la secuencia con información T1 y tiene alta señal en la secuencia con información T2 (5).

Aunque se trata de un hallazgo poco frecuente, conocer de antemano esta patología es de utilidad en la práctica radiológica cotidiana. Se reconoce la importancia que tienen los métodos como la TAC y la RM en el diagnóstico preciso y en la planeación quirúrgica, para delimitar las referencias anatómicas.

Referencias

1. Canji K, Mitrovic S. Giant antrochoanal polyp: Case report and literature review. Med Pregl. 2014;67(11-12):410-2.
2. Momeni AK, Roberts CC, Chew FS. Imaging of chronic and exotic sinonasal disease: Review. Am J Roentgenol. 2007;189(6_supplement):S35-45.
3. Špadijer-Mirković C, Perić A, Vukomanović-Đurđević B, Stanojević I. Clinical case report of a large antrochoanal polyp. Acta Medica (Hradec Kralove, Czech Republic). 2014;57(2):78-82.
4. Towbin R, Dunbar J, Bove K. Antrochoanal polyps. Am J Roentgenol. 1979;132(1):27-31.
5. Caruana NB, Makariou E. Antrochoanal polyp [Internet]. Diagnostic Imaging. MDMedStar Georgetown University Hospital, Department of Radiology; 2016 [citado: 2023 ene 23]. Disponible en : https://www.diagnosticimaging.com/view/antrochoanal-polyp

Correspondencia

Laura Cardona Díaz
Departamento de Diagnóstico por Imágenes
Hospital Británico
Buenos Aires, Argentina
Charcas 4645 2A
lalirv8@gmail.com

Recibido para evaluación: 16 de febrero de 2023
Aceptado para publicación: 15 de mayo de 2023