



PÓLIPO ANTROCOANAL DE KILLIAM. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Dra .Yenicet Rodríguez Martínez¹, Dra.Zaida María León Castellanos², Dra. Yicel Torres Harris³.

1-Especialista en 1er grado MGI, Especialista en 1er grado en otorrinolaringología ,Master en urgencias médicas. Profesor instructor. Servicio de otorrinolaringología .Hospital Infantil Sur "Antonio María Beguez Cesar". Universidad de ciencias médicas de Santiago de Cuba.Cuba Email:yenicet25@gmail.com ORCID Id: <https://orcid.org/0000-0002-4111-2645>

2-Especialista en 1er grado MGI, Especialista en 1er grado en otorrinolaringología, Master en urgencias médicas. Profesor instructor. Servicio de otorrinolaringología .Hospital Infantil Sur "Antonio María Beguez Cesar". Universidad de ciencias medicas de Santiago de Cuba. Cuba Email:zleoncastellanos@gmail.com ORCID Id: <https://orcid.org/0000-0002-8463-6588>

3- Especialista en 1er grado MGI, Especialista en 1er grado en otorrinolaringología Profesor instructor. Servicio de otorrinolaringología Hospital militar Joaquín castillo Duany Santiago de Cuba. Cuba Email:ytorresharris@gmail.com .ORCID Id: : <https://orcid.org/0000-0001-6753-3539>

RESUMEN

El pólipo antrocoanal es una entidad rara en la edad pediátrica; representa 4-6% de todos los pólipos nasales en la población general, definiéndose como una masa única, benigna que se origina en el seno maxilar, crece hacia la coana posterior y se puede extender a la nasofaringe. El diagnóstico se establece mediante los hallazgos clínicos y los estudios de imagen; en particular, la tomografía. La mayoría de los pacientes tienen una lesión visible en la rinoscopia anterior, así como sintomatología obstructiva nasal. Durante las primeras etapas de desarrollo de un pólipo nasal, cuando su tamaño es pequeño aún, es posible hacerle desaparecer con un tratamiento de corticoides. El tratamiento quirúrgico sigue siendo el mas efectivo consiste en la extirpación quirúrgica con abordaje de Caldwell-Luc (antrostromía) o endoscópico. El objetivo de nuestro trabajo es describir el diagnostico, manejo terapéutico, revisar la bibliografía así como los



posibles diagnósticos diferenciales de un caso de pólipo antrocoanal de Killiam. Palabras clave: Pólipo antrocoanal, pólipo antrocoanal, pólipo solitario de Killiam

INTRODUCCION

Palfyn fue el primero en describir el pólipo antrocoanal en 1753, pero no fue hasta 1906 que Killiam detalló la evolución natural de la entidad y su probable origen en el interior del seno maxilar; anteriormente se pensaba que su desarrollo era de la porción posterior de la coana. En 1909, Kubo describe que la lesión se origina específicamente del antro maxilar; tras esta publicación, se han mencionado en la literatura otros sitios de origen como el etmoides y esfenoides. Los pólipos antrocoanales son una patología muy poco frecuente. La incidencia en la población general se estima entre 4 y 6%. El diagnóstico se establece mediante los hallazgos clínicos y los estudios de imagen; en particular, la tomografía. La mayoría de los pacientes tienen una lesión visible en la rinoscopia anterior, así como sintomatología obstructiva nasal. El diagnóstico de pólipo antrocoanal (PAC) es muy sugestivo cuando en las radiografías de Waters y lateral de rinofaringe se encuentra opacificación sin expansión del seno maxilar, que coexiste con una masa nasofaríngea. Los hallazgos tomográficos incluyen la presencia de tumoración hipodensa que ocupa el antro maxilar y se extiende a través del ostium natural o accesorio del seno maxilar hacia la cavidad nasal alargando respetando el infundíbulo etmoidal, el cual pasa entre el cornete medio y la pared lateral nasal sin erosionar ni expandir las estructuras óseas; puede extenderse posteriormente hasta alcanzar la coana y nasofaringe.^{1,2}

Existen muchas teorías que indagan sobre la causa de los pólipos nasales. En el siglo XVII Runge plantea que estaban constituidos por el estrangulamiento de epitelios proliferados. Citelli (1932) los veía como un prolapso de los labios del ostium o mucosa del seno. Otros plantearon que su formación se debía a una linfangitis infecciosa, a cambios vasculares o a trastornos locales de la inmunidad de la mucosa nasal. Sin embargo, muchos coinciden en incluir los factores alérgicos entre las causas de los pólipos nasales y conceden especial interés al factor constitucional dentro de la génesis de estos.²

La poliposis nasal se ha asociado con otras entidades como el asma, rinitis alérgica, fibrosis quística y la intolerancia a los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), pudiendo llegar la poliposis nasosinusal, a causar el 20% de la rinosinusitis crónica. Su etiología sigue siendo tema de controversia, y las teorías estudiadas en la actualidad son: alérgica, infecciosa, genética e inflamatoria.²



Existen diversas clasificaciones de los pólipos nasales. Se les ordena en aislados o en grupos, pediculados, seniles, unilaterales; bilaterales con invasión o no de los senos paranasales. De acuerdo con su localización se clasifican en nasales o antrocoanales; según la causa, en inflamatorios o alérgicos; y atendiendo a los cambios anatomopatológicos que se producen en la mucosa nasal, se les divide en edematosos, fibrosos, angiectásicos, glandulares y quísticos. Desde el punto de vista clínico se mencionan el pólipo coanal o solitario de Killian, el pólipo nasal con síndrome alérgico, el pólipo recidivante y deformante de jóvenes (síndrome de Woakes) y el pólipo banal.^{1,3}

El síntoma común de todos ellos es la obstrucción nasal, generalmente de tipo progresiva, con la sensación de la existencia de una válvula en el tercio posterior de la fosa nasal⁴El pólipo antrocoanal es una entidad patológica singular de la nariz y senos paranasales benigna descrito por Killiam en 1906. 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 30 y 50 años Su etiología y los factores de riesgo para su desarrollo no han sido bien definidos. Es una patología más frecuente en adultos (4%) que en niños (0,1%) sin embargo es mucho más frecuente en los niños que padecen fibrosis quística (6-48%). Cuando se trata de un único pólipo este puede ser de origen benigno o maligno, y en el caso de los niños puede tratarse de una lesión congénita⁵

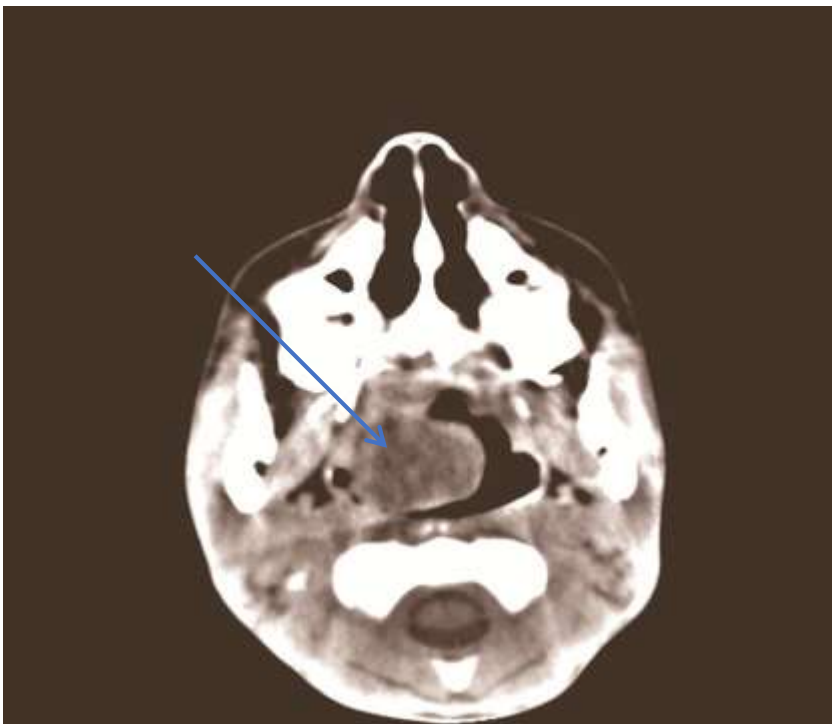
No han sido estudiados ampliamente debido a su rara incidencia ya que representa el 4-6% de todos los pólipos nasales en la población general, en el grupo pediátrico esta proporción se incrementa a un 33 %.^{4, 5}

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Se trata de un paciente masculino de 13 años, procedente de Songo la Maya, un área rural de Santiago de Cuba, con antecedentes de adenoiditis crónica pendiente de tratamiento quirúrgico por cifras bajas de hemoglobina, que acude a consulta de cuerpo de guardia por presentar vómitos frecuentes, malestar general pérdida de peso debilidad, fatiga. es valorado por otorrino y al realizar el examen físico, se observa coloración amarillenta de piel y mucosas, en la rinoscopia anterior se observan fosas nasales permeables mediante una faringoscopia se observa una masa tumoral que abomba el paladar blando, desplaza la amígdala derecha y se observa por detrás de la úvula Se realiza el ingreso en nuestro servicio para estudio correspondiente constatando cifras de hemoglobina de 90g /l se le realiza Rx de senos paranasales vista wáter, donde



se observa velamiento del seno maxilar derecho, se evalúa por el grupo de apoyo nutricional y se le indica un suplemento nutricional por la malnutrición del paciente y anemia, con el objetivo de mejorar estado nutricional preoperatorio. Se le realiza fluoroscopia por referir el paciente dificultad para tragar que le ocasionaba los vómitos y le imposibilitaba la correcta alimentación, la cual fue normal y se comprobó el paso del contraste a través del esófago. Se le realiza TAC y RMN, en ambas imágenes se visualiza tumoración que se extiende desde fosa nasal derecha ocupa toda la nasofaringe y desciende hasta orofaringe, no se observó destrucción ósea. Fig.1



Fig,1-Tomografía axial computarizada, muestra imagen tumoral en nasofaringe

Después de haberse estudiado se decide operar y se visualiza en el acto quirúrgico masa tumoral de gran tamaño que desciende por nasofaringe se realiza tacto constatando tumoración de consistencia dura coloración rosada con características de pólipo. Fig.2



Fig.2-Rinoscopia posterior forzada muestra imagen del pólipo de Killian

Se extrae la tumoración y se toma la muestra para biopsia, se constata el tamaño y las características macroscópicas de la misma. Observando un pólipo de gran tamaño multilobulado liso de color rosado con zonas de coloración amarillenta y zonas vascularizadas. Fig.3



Figura Nro 3 -Polipo Solitario de Killian, pieza anatómica para biopsia.



Es dado de alta 48 horas luego de la cirugía. Se corrobora el diagnóstico de pólipo mediante resultado de biopsia.

DISCUSIÓN

Este constituye un caso de interés por ser un paciente que clínicamente tenía un estado general muy deteriorado, malnutrido, con anemia moderada, con una masa tumoral visible, en el cual se debía descartar todas aquellas entidades que pudieran estar en correspondencia con el cuadro del paciente. Se utilizaron los medios diagnósticos que se creyeron pertinentes, pues todo nos llevaba a la sospecha de un tumor maligno de nasofaringe. Afortunadamente para el paciente y gracias a la pericia médica y el pensamiento científico del servicio médico de otorrino, se pudo diagnosticar y extraer esta gran masa tumoral, que ocasionaba al paciente todo este cuadro general, resultando ser un pólipo antroanasoconal de Killiam, que es un tumor benigno pero debido a su crecimiento se comporta en ocasiones como maligno, como lo fue en este caso. Es importante la realización de biopsias en el caso de lesiones unilaterales ya que es numerosa la patología tanto benigna (angiofibroma nasofaríngeo, papiloma invertido, pólipo antroanasoconal...) como maligna (carcinoma epidermoide...) que podemos hallar. En el caso de niños, la presencia de pólipos nasales debe hacernos pensar en la posibilidad de fibrosis quística en los casos bilaterales y del meningoencefalocelo en los casos unilaterales.⁴ Las bases del diagnóstico son la historia clínica y los hallazgos a la exploración. La exploración con el rinoscopio permite observar directamente las estructuras internas de la nariz. La tomografía es más detallada al demostrar la ocupación total o parcial del seno, la continuidad con la formación endonasal y conal, dimensión y la relación con las estructuras vecinas, información importante para la planificación quirúrgica.⁵

En los casos que sean necesarios, se solicitará un TAC de senos paranasales, ya que es la prueba de mayor utilidad en especial cuando se planifique un tratamiento quirúrgico. También una RM de cráneo y senos paranasales puede ser necesaria cuando se quiera estudiar el origen y extensión de una masa polipoidea en las fosas nasales.^{1,3-5}

Las pruebas de imagen como la Tac nos aportan información adicional, como es la extensión de la lesión así como otras patologías asociadas, complicaciones y como estudio prequirúrgico de la lesión. En la Tac tenemos que identificar estructuras de vital importancia como el septum nasal, el cornete medio y las



paredes óseas de los senos. Podremos ver expansión ósea o erosión. También se pueden apreciar niveles hidroaéreos y la completa opacificación de los senos.⁶

Durante las primeras etapas de desarrollo de un pólipo nasal, cuando su tamaño es pequeño aún, es posible hacerle desaparecer con un tratamiento de corticoides. Estos se utilizan a través de nebulizaciones en las fosas nasales o por vía oral. Junto al tratamiento con corticoides, también se podrían utilizar antibióticos y antihistamínicos, especialmente cuando existen infecciones.⁴⁻⁶ Cuando alcanza gran tamaño que interfiere en la respiración u ocasiona molestias al paciente el tratamiento de elección siempre es quirúrgico .⁶⁻⁸

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica con abordaje de Caldwell-Luc (antrostromía) o endoscópico, sin que existan diferencias significativas entre ellos respecto del resultado a largo plazo ^{4,8}. La cirugía endoscópica es una técnica menos invasiva, más costosa y no está disponible en todos los hospitales. Si se extirpa a través de la fosa nasal como si fuera un pólipo nasal sin reseca el tallo antral, recurrirá el 20-30% a los 2 años.^{9,10}

CONCLUSIONES

A pesar de que su etiología sigue siendo tema de controversia, las teorías estudiadas en la actualidad son: alérgica, infecciosa, genética e inflamatoria. Los avances en las técnicas de imagen, tales como la endoscopia y de la tomografía computarizada (Tac), han influido en la mejora de su diagnóstico. Durante las primeras etapas de desarrollo de un pólipo nasal, cuando su tamaño es pequeño aún, es posible hacerle desaparecer con un tratamiento de corticoides. El tratamiento quirúrgico sigue siendo el más efectivo consiste en la extirpación quirúrgica con abordaje de Caldwell-Luc (antrostromía) o endoscópico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Gutiérrez SG y cols. Pólipo antrocoanal en la edad pediátrica An Med (Mex) 2014; 59 (2): 137-141
- 2 Díaz ,V.Carías A. García ,J.Nasosinusal Polyposis .Rev. Fac. Cienc. Méd. Enero - Junio 2019
- 3 Salazar Yagual S M, Correlacion de aspectos clínicos e histopatologicos en la poliposis nasal niversidad de Guayaquil Facultad de ciencias medicas carrera de



Segundo Congreso Virtual de
Ciencias Básicas Biomédicas en Granma.
Manzanillo.



medicina, mayo, 2018 Español(tesis)

[file:///C:/Users/JORGE%20SALAZAR/Downloads/Urkund%20Report%20-%20STEFANY%20SALAZAR%20TESIS%20FINAL.docx%20\(D38192304\).p](file:///C:/Users/JORGE%20SALAZAR/Downloads/Urkund%20Report%20-%20STEFANY%20SALAZAR%20TESIS%20FINAL.docx%20(D38192304).p)

4GonzálezSendraFJ,etal.Pólipoantrocoanal.MedGenyFam.2015.<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.11.001>

5 Iglesias Marimón Tebelio E, Ramírez Rivera María E ,Ramírez Rivera Jorge I. Pólipo antrocoanal pediátrico. Descripción de un caso clínico .Revista Científica Salud Uninorte, Vol 35, No 2 (2020)

6-[Clínica Beltrán. Otorrino Madrid.](#) > [Patologías](#) > [Patología General ORL](#) > Poliposis Nasosinusal<http://www.http://www.clinicaotorrino.es/wp-content/uploads/Poliposis-copia.png><http://www.clinicaotorrino.es/wp-content/uploads/P%C3%B3lipo-nasal.png> consultado el 7 de agosto del 2018

7 Chavez Ramirez G,Benitez Sanchez JA Polipo antrocoanal en el diagnostico diferencial del síndrome de obstruccion nasal Rev Fac Med UNAM Vol.48 No.1 Enero-Febrero, 2005

8 Escajadillo JR. Oídos, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello. Cuarta edición. México: Editorial El Manual Moderno; 2014

9 -Barbón JL, Grimoldi H, Alvarado Plaza G Pólipos solitarios de fosas nasales y senos Solitary polyps of nostrils and paranasal sinuses.Antrochoanal polyp REV FASO AÑO 17 - Nº 2 - 201

10 Durón Martínez J, Fiallos Padilla S,Martínez S .Polipo antrocoanal Reporte de dos casos y revisión de la literatura Antrochoanal polyp: Case report and review Rev Med Hond 2003; 71:132-136

Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto.