

***“Papiloma invertidos
nasosinusales: A propósito
de 11 casos y revisión de la
bibliografía”.***

*Alonso Párraga,
D. Clemente A.,
Sánchez, D.
y González A.*

RESUMEN

Introducción.- Presentamos los casos registrados durante los años 1998 al 2003, haciendo una revisión de la bibliografía.

Material y Método.- Se diagnosticaron, en la sección de Rinología de un Hospital de 2º nivel, 11 pacientes de Papiloma invertido tipo 1 de la clasificación de OMS, con edades comprendidas entre 40 y 79 años, 9 varones y 2 mujeres.. Fueron explorados mediante endoscopia y biopsia, y/o exéresis de la lesión mediante polipectomía endoscópica con microdesbridador (PEM).

Resultados.- Todos los casos en estadio I, II y III de la clasificación de Krouse. Tratados mediante C.E.N.: 6 con abordaje mixto endonasal y a través de fosa canina, 4 con abordaje sólo endonasal y 1 con abordaje Cadwell-Luc. Con un seguimiento entre 9 y 64 meses, hubo una recidiva que fue intervenida por cirugía abierta, y ninguna transformación maligna.

Discusión.- Comentamos los aspectos relacionados con la etiología, los síntomas y las técnicas quirúrgicas.

Conclusiones.- Proponemos el estadiaje del tumor y la realización de una PEM con anestesia tópica con biopsias profundas en todas las formaciones poliposas unilaterales para evitar el diagnóstico tardío y poder aplicar técnicas endoscópicas.

INTRODUCCION

El papiloma invertido nasosinusal o papiloma Schneideriano, es un tumor benigno epitelial endofítico, de etiología desconocida, que se origina del epitelio cilíndrico pseudoestratificado derivado de la membrana ectodérmica schneideriana. Según la O.M.S. se clasifican en: 1. Papilomas invertidos; 2. Papilomas exofíticos; 3. Papilomas de células cilíndricas. Los dos primeros tienen su origen, según Shanmugaratnam y Sobin en 1991(1), posteriormente corroborado por Buchwald y cols en 1995(2), de la pared lateral nasal, mientras que el tercero se desarrolla generalmente del septum nasal.

Es un tumor poco frecuente, unilateral, de crecimiento expansivo, con tendencia a la recidiva en un plazo indeterminado y en relación con una exéresis incompleta, y que puede desarrollar una degeneración carcinomatosa.

En cuanto a su etiología, hay trabajos que los relacionan con el virus del papiloma humano y el virus Epstein-Bar, sin que actualmente pueda corroborarse. En un próximo trabajo publicaremos nuestros hallazgos con el estudio de la PCR (reacción cadena polimerasa)..

Las numerosas publicaciones existentes en la literatura, más del 95%, se refieren al tratamiento quirúrgico, separándolas en dos grupos en función del desarrollo de la Endoscopia: antes de la misma, quizás por el diagnóstico tardío, se proponían técnicas agresivas, ahora, técnicas conservadoras endoscópicas. En la mayoría de ellas no se clasifican los papilomas en función de su extensión, para la planificación quirúrgica por lo que nos induce a una cierta confusión. Por ello, siguiendo a Krouse (3), en función de la endoscopia y la tomografía axial computarizada, clasificamos los papilomas invertidos (PI) en:

Estadio I enfermedad localizada a la cavidad nasal.

Estadio II enfermedad afectando al seno etmoidal y zonas superior y medial del seno maxilar.

Estadio III afecta a las zonas lateral e inferior del seno maxilar o se extiende al seno esfenoidal.

Estadio IV cuando se extiende fuera de los confines de la nariz y senos, así como cualquier malignidad.

El diagnóstico de estos tumores se efectúa después de meses o años de evolución, mediante el estudio anatomopatológico de la biopsia o de la pieza quirúrgica tras su exéresis. Cómo habitualmente la forma de manifestarse clínicamente es en forma de una poliposis, cuya biopsia es informada en muchos casos como

pólipo inflamatorio, en nuestro Servicio de ORL, desde 1999 hemos sistematizado la pequeña cirugía de nuestra especialidad como "Cirugía Local Ambulatoria", y a todo paciente que presenta una poliposis unilateral, no se le biopsia en la consulta ni se le trata con corticoides, se le programa para Polipectomía Endoscópica con Microdesbridador con anestesia tópica en Sala Especial Quirúrgica, diagnosticando así el 63% de los papilomas.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre los años 1998 al 2003, diagnosticamos once pacientes, de papiloma invertido nasal (PIN), tipo 1 de la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud, en la sección de Rinología del Servicio de ORL de un Hospital de segundo nivel. Los pacientes eran sometidos a una exploración otorrinolaringológica completa..

De los pacientes 2 venían diagnosticados, 2 habían sido intervenidos de pólipos y 7 con el diagnóstico de poliposis unilateral fueron incluidos en nuestro protocolo de cirugía local ambulatoria en sala especial quirúrgica, practicándose bajo anestesia tópica y sin consulta preanestésica, una polipectomía endoscópica con microdesbridador, con la cual nos llegó el diagnóstico anatomopatológico de PIN. Todos fueron explorados mediante una Tomografía axial computarizada (TAC), en ningún caso solicitamos resonancia magnética nuclear.

La media de seguimiento es de 37 meses.

RESULTADOS

Las edades de los pacientes estaban comprendidas entre los 40 y 79 años, nueve varones y dos mujeres, siete de ellos (6 varones y una mujer) mayores de 70 años. Entre sus antecedentes destacables: uno era trabajador de cemento, otro de la madera, uno diabético tipo 2, 4 hipertensos arteriales, y una rinitis alérgica estacional. El síntoma común en todos fue la obstrucción nasal, siguiendo en frecuencia la rinorrea sanguinolenta, y la presión facial. Un paciente había sido intervenido hacía dos años en otro centro de polipectomía endonasal si aportar informe anatomopatológico. Y otro hacía 4 años en nuestro servicio, con informe anatomopatológico de pólipos inflamatorios.

Diez casos se localizaban en la pared lateral y el meato medio, y uno que había sido intervenido de pólipos dos años antes, afloraba por la fontanela del seno maxilar hacia la fosa. Aplicando la clasificación de Krouse: cuatro casos en estadio I, seis casos en estadio II y un caso en estadio III.

La TAC preoperatoria en cortes coronales y axiales, en general son informadas como "masa polipoidea y proceso inflamatorio crónico sin evidencia de malignidad".

Previo estudio preoperatorio y consulta preanestésica se programó en todos los pacientes cirugía endoscópica nasal: 6 con abordaje mixto endonasal y a través de fosa canina, 4 con abordaje sólo endonasal y 1 con abordaje Caldwell-Luc. Al terminar la intervención sistemáticamente tomamos muestras biópsicas del seno maxilar, esfenoidal, y etmoides posterior. En todos los casos fueron confirmadas como negativas. El paciente con menor seguimiento es de 9 meses y el de mayor 64, con una media de 37 meses. La única complicación fue el edema periorbitario, 2 casos, en el postoperatorio. Todos los pacientes se fueron de alta al día siguiente de la intervención.

El segundo paciente operado en 1998, trabajador del cemento presentó una recidiva a los 3 años, en la pared inferior y lateral del seno maxilar siendo de nuevo intervenido con CEN y Caldwell-Luc, permaneciendo actualmente libre de tumor.

En ningún paciente encontramos degeneración carcinomatosa.

DISCUSIÓN

Los Papiloma invertidos nasales representan 0,5-4 % de los tumores nasales(4,5) existiendo numerosas publicaciones en la literatura sobre su posible etiología y la actitud quirúrgica por su tendencia a la recidiva y posibilidad de degeneración carcinomatosa.

Algunos autores mediante el estudio de la PCR (reacción cadena de la polimerasa) y la hibridación in situ les han atribuido un origen vírico (6,7,8) aunque recientes trabajos como los de Buchald y cols (9), solo identifica el DNA del Virus Papiloma Humano en el 6% de 52 PI, Delank y cols (10) en el 9% y Llorente y cols (11) en ningún paciente. (Kraft 12) afirma que la determinación del virus Papiloma humano no tiene relación con la recurrencia, malignidad ni como pronóstico. En un estudio preliminar de nuestros casos no hemos detectado el virus.

La edad de aparición coincide, en general, en todos los autores a partir de los 40 años (13) aunque se ha descrito casos a los 15 años (14) y a los 23(15). La relación entre varón y mujer en nuestra serie es de 4:1, mientras que para Lawson(14) es de 3.4:1 y para Mansel(16) 2-4:1.

El síntoma más habitual es la obstrucción nasal unilateral(14,16), presente en todos nuestros pacientes, seguido de la rinorrea sanguinolenta y la sensación de presión facial. Aunque los síntomas siempre están en función de la extensión y de la localización del tumor.

Seijas Rosales y cols(17) comparan los hallazgos clínicos, radiológicos y la biopsia previa con el diagnóstico final en 23 pacientes con aparentemente pólipos en una fosa nasal, encontrando en un 26% una discrepancia entre la biopsia y el diagnóstico anatomopatológico de la exéresis quirúrgica. En nuestra serie, en un 36% la biopsia previa fue informada de pólipo inflamatorio, siendo posteriormente después en la Polipectomía endoscópica con microdesbridador al tomar las muestras en profundidad cuando se nos confirmó el diagnóstico.

El tratamiento de los PIN es siempre quirúrgico, con extirpación completa para evitar las frecuentes recidivas. Las técnicas varían de unos autores a otros, de tal forma que unos proponen técnicas radicales y otros son partidarios de las conservadoras, proponiéndose actualmente las endoscópicas.

Para Thorp y cols(18) la tasa de recidiva para las técnicas radicales es del 27% y para las conservadoras del 30%. En las 19 series recopiladas por Raveh y cols(19) desde 1970 al 1994, la tasa de recidivas para el abordaje transnasal y Caldwell-Luc era del 61% y del 13% para la

rinotomía. Para Lund(20) en 20 series recopiladas desde 1977 a 1998 la recidiva en las conservadoras era del 58%, las radicales del 14% y las endoscópicas del 18%. Waitz y Wigand 1992(21), la recidiva con técnicas endoscópicas del 17% y del 19 con abordaje externo. Winter(22) en 67 casos era del 22,4% en las técnicas endoscópicas y del 16,2% en 37 casos cuando combinaba la cirugía endoscópica y la externa.

Nosotros aplicando los criterios de Lawson (14) y la clasificación de Krouse: en los estadios I, II y III realizamos cirugía endoscópica, apoyada en abordaje por fosa canina o con Caldwell-Luc; y en los estadio IV cirugía abierta: si existe afectación periorbitaria o del conducto nasofrontal la rinotomía paralateronasal; si existe afectación bilateral el Degloving; y la osteoplastia cuando afecta al seno frontal. Debido a que nuestros casos estaban incluidos en los estadios I, II, y III, fueron todos tratados con cirugía endoscópica apoyada cuando lo precisamos con un Caldwell-Luc, con una recidiva a los 3 años de la intervención.

Basándose en estos mismos criterios Liu y Dong(23) obtienen una tasa de recidivas para las técnicas endoscópicas del 10,5% y para la rinotomía paralateronasal del 15%. En cambio, para Zumegen(24) es de un 48%((25 pacientes) intervenidos por endoscopia y un 24%(sobre 29 pacientes) intervenidos por técnicas extranasales con un seguimiento medio de 55 meses. Y para Klimek(25) es del 18% para los resecaos endonasalmente (6 de 33 pacientes) y para las técnicas abiertas 18%(4 de 22 pacientes). La disparidad en la tasa de recidivas puede estar condicionada por la utilización de técnicas conservadoras en tumores agresivos y por el poco tiempo de seguimiento, algunos recidivan 9 años después de la cirugía(22), por lo que es preciso mantener a estos pacientes bajo control durante años.

No encontramos en nuestra serie asociación carcinomatosa, aunque esta ha sido confirmada por Myers(26), y Vrabec(27), observando una incidencia entre el 2% y el 53% (14).

CONCLUSIÓN

1. Los papilomas invertidos son tumores benignos pero con gran tendencia a la recidiva. Ante la posibilidad de su malignización, deben ser controlados indefinidamente.
2. El síntoma fundamental es la obstrucción nasal, siendo necesario siempre el estudio endoscópico rígido en estos casos.
3. Ante todo paciente con una poliposis unilateral no debemos conformarnos con la biopsia en la consulta. Proponemos la polipectomía endoscópica con microdebridador con anestesia tópica y el estudio anatomopatológico en profundidad de la mucosa donde asienta el pólipo. Ello nos permitirá un diagnóstico precoz y un tratamiento con técnicas endoscópicas.
4. Estos tumores deben estadiarse en función de su localización y extensión, proponiendo seguir la clasificación de Krouse. Adaptar la cirugía al conocimiento y práctica del cirujano para conseguir siempre la exéresis completa. Y practicar las biopsias de referencia.

BIBLIOGRAFIA:

1. Shanmugaratnam, K. Sobin, L.H. "Histological typing of tumours of the Upper Respiratory Tract and Ear". Who. Springer Verlag, Berlin, 1991, 20-21.
2. Buchwald, C., Franzmann, M.B. y Tos, M. "Sinonasal papilomas: A report of 82 cases in Copenhagen county, including a longitudinal epidemiological and clinical study". *Laryngoscope* 1995 105:72-79
3. Krouse, J.H. "Development of a staging system for inverted papilloma" *Laryngoscope* 2000 jun; 110(6):965-968
4. Lampertico P., Russel WO, MacComb W.S., "Squamous papilloma of the upper respiratory epithelium". *Arch Pathol Lab Med* 1963, 7: 293-302
5. Skolnick E.M., Loewry A., Friedman J.E., "Inverted papilloma of the nasal cavity". *Arch Otolaryngol* 1966, 84:61-67
6. Ruauux C., Serrano E., Delisle M.B., Pessey J.J. "Inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. A propos of 10 cases". *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 1992,109(6):294-302
7. Zhou Y., Hu M. Li Z. "Human Papillomavirus (HPV) and DNA test in inverted papillomas nasal cavities and paranasal sinuses". *Zhonghua ER Bi Yan Hou Ke Za Zhi* 1997 Dec;32(6):345-347
8. Wang D., Li Y., Sunk "Nasal inverted papilloma and human papilloma virus". *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi* 1998 Marz 12(3):118-119
9. Buchwald C., Franzmann M.B., Jacobsen G.K., Lindeberg H. "Human Papillomavirus (HPV) in sinonasal papillomas: a study of 78 cases using in situ Hybridization and Polymerase Chain Reaction" *Laryngoscope* 1995, jan 105: 66-71
10. Delank K.W., Alberty J., Schroter D., Eltze E. "Diagnosis ant treatment modalities in sinonasal inverted papillomas" *Laryngorhinootologie* 2000 apr; 79(4):226-232
11. Llorente J.L., Deleyiannis F., Rodrigo J.P., Núñez F., Ablanado P., Melón S., Suárez C. "Minimally invasive treatment of the nasal inverted papilloma". *American Journal of Rhinology* 2003 nov-dec;17 (6):335-341
12. Kraft M., Simmem D., Casas R., Pfaltz M. "Significance of human papillomavirus in sinonasal papillomas". *J. Laryngol. Otol.* 2001 sep;115(9):709-714
13. Alba García J.R., Diaz Fernandez A. Rausell Fontestad N., Armengot Carceller M., Zapater Latorre E., Taleb C., Jiménez Roig J.P., Campos Catala A., Basterra Alegria J. "Papilomas invertidos de los senos paranasales. Nuestra experiencia en 15 casos. Revisión de la literatura." *An. Otorrinolaringol. Ibero Am.* 2003;30(2):137-149
14. Lawson W., Kaufman M.R., Biller H.F. "Treatment outcomes in the manegement of nverted papilloma: an analysis of 160 cases". *Laryngoscope* 2003;sept 113:1548-1555.
15. Palomar V., Soteras J., Melgarejo P., Fortuny J.C., Ruiz A., Margalejo C. "Papolomas invertidos nasosinusales" *Acta Otorrinolaringol. Esp.* 1995 mar-apr; 46(2): 111-114.
16. Mansell N.J., Bates G.J. "The inverted Schneiderian papilloma: a review and literature report of 43 new cases". *Rhinology* 2000,38(3): 97-101
17. Seijas Rosales T., Carrasco Llatas M., Arroyo Domingo M., Ferrer Ramírez M.J.,

- López Martínez R. "Poliposis unilaterales: evaluación de las pruebas preoperatorias". *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2002 mar;53(3):156-160
18. Thorp M.A., Oyarzabal-Amigo M.F., di Plessis J.H., Sellars S.L. "Inverted papilloma: a review of 53 cases". *Laryngoscope* 2001 Aug;111(8):1401-1405
19. Raveh E., Feinmesser R., Shpitzer T., Yaniv E., Segal K. "Inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses: a study of 56 cases and review of the literature" *Isr J Med Sci.* 1996 Dec;32(12):1163-1167
20. Lund V.J. "Optimum management of inverted papilloma". *J Laryngol Otol* 2000;114:194-197
21. Waitz G., Wigand M.E. "Results of endoscopic sinus surgery for the treatment of inverted papillomas" *Laryngoscope* 1992; 102:917-922.
22. Winter M., Rauer R.A., Gode U., Waitz G., Wigand M.E. "Inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. Long-term outcome of endoscopic endonasal resection" *HNO* 2000 aug;48(8):568-572
23. Liu H., Dong M. "Clinical staging system and surgical treatment for nasal inverted papilloma" *Lin Chuang Er B Yan Hou Ke Za Zhi* 2003 apr;17(4):207-208.
24. Zumegen C., Thomas J.P., Michel O. "Experience with endonasal endoscopic surgery of inverted papilloma nose and paranasal sinuses" *Laryngorhinootologie* 2000 apr;79(4):221-225
25. Klimek T., Atai E., Schubert M., Glanz H. "Inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses: clinical and surgical strategy and recurrence rates". *Acta Otolaryngol.* 2000 Mar;120(2):267-272
26. Myers E.N., Fernau J.L., Jonson J. T., Tabet J.C., Barnes E.L. "Management of inverted papilloma" *Laryngoscope* 1990;100:481-490
27. Vrabc D.P. "The inverted schneiderian papilloma: a 25-year study" *Laryngoscope* 1994;104:582-605