

# POLIPO GIGANTE ANTROCOANAL

Dr. Félix Argila Loperena. Teniente Coronel Médico. -Servicio O.R.L.  
Dr. Juan Seoane Lestón. Capitán Médico.- Servicio Estomatología.

Servicio de O.R.L. Hospital Militar Regional. (A Coruña).

## INTRODUCCION.

Desde que Killian en 1906 describió una formación polipoide visible en el cavum pero originada en los senos paranasales, más concretamente en el antro maxilar, mucho se ha escrito sobre esta neoformación que encontramos en la literatura bajo diversas denominaciones como "pólipo de Killian", "pólipo antrocoanal", "pólipo solitario de cavum", etc.

Lo cierto es que estos pólipos antrocoanales son neoformaciones benignas y constituyen, desde el punto de vista histológico, formaciones de transición entre los pólipos nasales mucosos y los fibroides, son pues, una estructura mixta procedente de las mucosas sinusales.

## HISTOGÉNESIS

La histogénesis del pólipo inflamatorio rinosinusal es, a grandes rasgos, la siguiente:

Las mucosas nasal y sinusal sufren la agresión repetida de virus, bacterias o alérgenos, dando lugar a procesos inflamatorios agudos ó crónicos.

La reacción histológica en las fases iniciales, es fundamentalmente, de edema intenso del tejido conectivo sub-epitelial, que presentará un aspecto mixomatoso laxo y

## RESUMEN:

El caso que aquí se presenta no es en sí mismo un proceso raro, lo que sí lo hace excepcional es su tamaño, ya que no es frecuente ver un pólipo antrocoanal de éstas proporciones. Es importante reseñar que la extirpación debe ser completa y debe comprender la limpieza del seno maxilar y de las celdillas etmoidales, así como el establecimiento de una buena comunicación nasosinusal.

**Palabras clave:** Pólipo gigante antrocoanal, pólipo de Killian gigante.

muestra infiltración esparcida de neutrófilos, linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos, (estos últimos predominan en los procesos alérgicos).

Los crecimientos focales en la mucosa, que son tumefacciones inflamatorias hipertróficas, originan los "pólipos", por lo que éstos no son neoplasias verdaderas.

Las glándulas submucosas productoras de moco presentan hiperactividad secretora, y al quedar englobadas por las formaciones polipoideas dan lugar a pólipos con un gran componente mucoso.

Estos pólipos, en un principio están recubiertos por epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado, (epitelio respiratorio), que con las agresiones inflamatorias y mecánicas repetidas y sucesivas, sufren metaplasia escamosa total o parcelar.

Macroscópicamente vemos que se trata de formaciones netamente pediculadas insertadas en el seno maxilar y que salen a fosas nasales por el meato medio, que estará completamente sano, lo cual no ocurre con la poliposis nasal y lo diferencia de ésta; se extiende hacia atrás, al cavum, donde crece hasta adquirir un tamaño que puede alcanzar el de un huevo de gallina o mayor aún.

No forman adherencias con las paredes de la región donde asientan. Pueden ocasionar

alteraciones olfatorias, incluso dar lugar a rinolalia cerrada y también producen sensación de plenitud o cuerpo extraño en nasofaringe.

Pueden también determinar la aparición de cefaleas, tos quintosa e incluso nauseas. En cuanto a la edad de aparición, es más frecuente en la adolescencia, sin que el sexo tenga especial importancia. (3)(4)

### CASO CLINICO

V. B. F. de 20 años de edad, acudió a la consulta aquejando dificultad respiratoria nasal, disfagia y cefalea con una evolución aproximada de poco más de un año, no relatada haber sufrido episodios hemorrágicos.

- Antecedentes personales: Salvo enfermedades propias de la infancia, el resto, sin interés.

- Antecedentes familiares: Madre fallecida a causa de un tumor cerebral, sin que se sepan más datos.

La exploración clínica, extractada, fué la siguiente:

-Orofaringe: Voluminosa masa ovoide que ocupa todo el cavum, de aspecto sonrosado, brillante y liso, no presenta puntos hemorrágicos ni ulceraciones; desplaza el velo del paladar. El toque moderado con un depresor revela una discreta movilidad y una consistencia dura, no fluctúa y no es pulsátil. Al parecer no hay adherencias, sin que en un primer momento podamos precisarlo con exactitud. (Fig. 1)

Rinoscopia posterior: Refrenda lo dicho.

Rinoscopia anterior: Discreta desviación septal a fosa nasal derecha, mucosa



Fig. 1. Vista del pólipo rinofaríngeo detrás del paladar blando del paciente.

congestiva debido a una rinitis catarral en fase de regresión.

Análítica sanguínea: Dentro de la normalidad, con 5.500.000 eritrocitos, un hematocrito del 50%, 5.900 leucos y un 2% de eosinófilos, 200.000 plaquetas y tanto los valores del estudio de coagulación como la bioquímica sanguínea son asimismo normales.

Radiología: Las radiografías de los senos paranasales en proyección Watters revelan una opacificación del seno maxilar derecho. Se practican también tomografías laterales del cavum y en ellas se aprecia una masa ovoide que lo ocupa totalmente, pero sin adherencias a pared posterior ni al techo, el hueso está íntegro, aunque lo que sí se aprecia es que la formación está encajada en coanas.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se plantea entre un gran número de procesos que pueden originarse en rinofaringe, enumeraremos sucintamente algunos de ellos:

Meningoceles, meningoencefalocelos, quiste de Thornwald, bolsa de Rathke, quiste mucoso, angiofibromas, tumores mesodérmicos mixtos o sarcomas botrioides, fibromas, condromas, neurofibromas, craniofaringiomas, xantomas, gliomas, teratomas, papilomas y mixomas. En los niños, las dos primeras entidades son las más frecuentes, pero a partir de los 10 años, el fibroma rinofaríngeo es el que pasa a la primera posición y ya en la edad adulta encontramos neoformaciones malignas de cavum con más frecuencia. El tumor mesodérmico mixto o sarcoma botrioides, es una entidad tan poco frecuente como interesante desde el punto de vista histopatológico, puede incluir todos los tipos celulares mesodérmicos y tiende a formar masas voluminosas multilobuladas, semejantes a racimos de uva, de ahí su nombre. (2) (8) (9)

En cuanto al diagnóstico diferencial con el fibroma de cavum, tenemos a favor de éste la edad del paciente, el sexo y el no haber sido adenoidectomizado, ya que según algunos autores, el aumento de legrados de vegetaciones adenoides corre parejo con un descenso en el número de casos de fibromas faríngeos; este dato estadístico hizo pensar en las adenoides como fuente de fibromas. (5).

En contra del fibroma, pero a favor del pólipo solitario, tenemos el aspecto de la formación, liso y brillante; el color, que si bien es sonrosado e incluso con áreas anacaradas, por procesos de queratinización, es muy diferente al rojo de los fibromas, pese a que en éste punto hay variaciones.

La ausencia de episodios hemorrágicos y por último la radiología, que muestra la ausencia de adherencias a estructuras vecinas y la integridad del hueso son datos a favor del pólipo solitario de Killian.

### TRATAMIENTO

Bajo anestesia general por intubación orotraqueal se procede a la intervención; se le coloca al paciente un abre bocas de Doyen y con una pinza de fibromas de Raoul se sujeta la formación y se moviliza un poco traccionandola suavemente a cavidad oral. Con la ayuda de un gancho de Hartmann, y bajo visión microscópica endonasal, se busca el pedículo siguiendo el dorso del cornete inferior y cuando se puede enganchar, se sigue el trayecto de dicho pedículo en sentido inverso, es decir, hasta casi la entrada del ostium; en este momento se tracciona el gancho con lo que se seccionará el pedículo y simultaneamente podremos extraer el pólipo de rinofaringe, que ya tenemos sujeto con la pinza de Raoul, y que sale entero y sin mayor dificultad por vias naturales y con un gran trozo de pedículo intacto. (Fig. 2) Comparar con el tamaño de una moneda de 25 Pts. que tiene un diámetro de 2, 5 cms.

A continuación se practica una trepanación del seno maxilar tipo Caldwell-Luc, que



Fig. 2. Visión general de la pieza en la que se distinguen claramente las tres porciones: antral, pedicular y faríngea. Compárese con el tamaño de la moneda que mide 2,5 cms. de diámetro

completamos con una etmoidectomía según técnica de Ermiro de Lima, extrayéndose del antro otras dos formaciones más pequeñas, una de ellas con un fragmento de pedículo.

### HISTOPATOLOGÍA

Remitidas las piezas al Servicio de Anatomía Patológica, la mayor con un peso de 29, 2 grs. el informe fué el siguiente:

#### *Estudio macroscópico:*

Pieza polipoide que viene en tres fragmentos, el mayor de 6x3, 5x1,5 cm y el menor de 1 cm de diámetro. Son de superficie lisa, coloración blanquecina con áreas grisáceas y consistencia media; al corte, aspecto homogéneo y coloración blanquecina.

#### *Estudio microscópico:*

Se trata de una lesión polipoide, de origen inflamatorio, caracterizada por un abundante estroma fibrocolágeno laxo con amplias áreas de degeneración mixoide, con buena vascularización y pequeñas áreas dispersas infiltradas por elementos linfoplasmocitarios. Este estroma es escasamente celular, y sus elementos celulares son fusiformes o estrellados, con ligera irregularidad nuclear y sin mitosis. (Fig. 3).

La lesión, en superficie, presenta un revestimiento epitelial de dos tipos: uno, el más escaso, distribuido en pequeñas áreas, es cilíndrico pseudoestratificado ciliado;

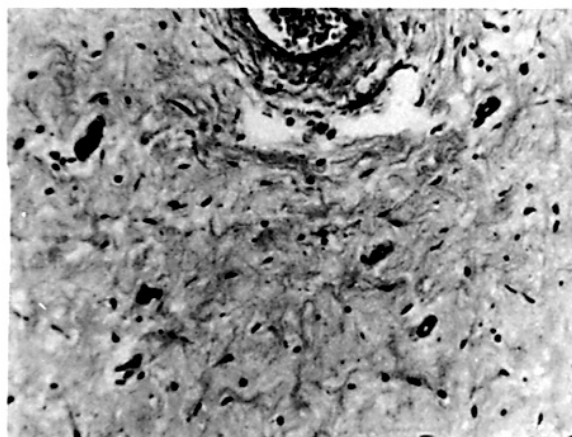


Fig. 3. Estroma laxo de tipo mixoide con células fibroblásticas estrelladas, con buena vascularización. (H & E. 250 X).

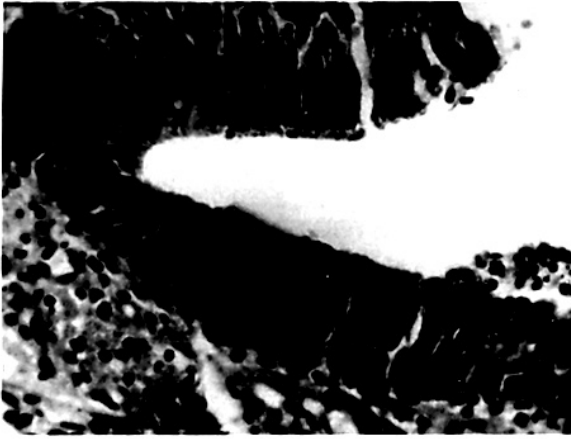


Fig. 4. Detalle del epitelio ciliado pseudoestratificado.  
(H & E. 400 X).

(Fig. 4) el otro, predominante, es epitelio plano pluriestratificado por metaplasia del anterior. (Fig. 5).



Fig. 5. Epitelio plano estratificado en superficie y estroma conectivo laxo, bien vascularizado con infiltrado inflamatorio crónico.  
(H & E. 100 X).

En la banda de estroma adyacente a este revestimiento epitelial, el infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario se hace más denso, existiendo también algunos eosinófilos.

No existen signos de malignidad a ningún nivel y la lesión ha sido extirpada en su totalidad.

*Diagnóstico histológico:*

Pólipo inflamatorio ("Alérgico") nasosinusal.

**EVOLUCION Y COMENTARIOS**

Los controles practicados posteriormente mostraron una evolución favorable, sin recidivas. Es importante reseñar que en estos

procesos el tratamiento debe ser radical, sobre todo en el joven y en el adulto, y conservador en el niño y en el anciano; en los primeros hay que corregir cuanta alteración morfológica pueda alterar la ventilación y drenaje sinusal y proceder a la exéresis del pólipo, limpieza del antro maxilar y celdillas etmoidales y a ampliar la comunicación nasosinusal. No descuidar tampoco el tratamiento de la sinusopatía concomitante, ya sea ésta de origen infeccioso o alérgico (2).

Hemos escogido ésta vía por ser menos traumatizante que un abordaje por vía paralateronasal, pero hay que recordar que ésta intervención también se puede realizar por vía endoscópica o bien combinada, dependiendo de la habilidad y medios de que disponga cada uno. (1) (9) (11) (12).

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- ADEMA, J. M., MASSEGUR, H; BERNAL, M Y SPREKELSEN, C. - "Cirugía endoscópica nasosinusal " Ponencia Oficial de la XXXI reunión anual de la SEORL, pags. 179-184; Madrid 1994.
- 2.- ALARCOS LLORACH, A Y GIL-CARCEDO GARCIA, L. M. . -Pólipo coanal de Killian en dos niños de cinco y catorce años. Acta Otorrinolaringolog. Esp. Vol IV, Julio- Agosto 1975, 41-59
- 3.- CONDE JAHN, F Y CHIOSSONE LARÉS, E. -Otorrinolaringología. Pag. 612. Ed. Científico Médica, Barcelona, 1972.
- 4.- COUSSIEU, PIERRE. -Polypose du nez et des sinus. - E. M. C.; O. R. L. 20395 A 10.
- 5.- FLOTTES, DEVILLA, RIN ET ESQUIROL. -Volumineux polype de Killian a prolongement pharynge chez un adolescent de 15 ans. J. F. O. R. L. VII: 5. 1959; 669-674
- 6.- GUERDAN HARDY, M. D. -The Choanal polyp. Ann. Otol. Rhin. Laryng; 1957, n°2, 306-326.
- 7.- INFANTE SANCHEZ, J. C, PRECIADO LOPEZ, J. A. , MOLLA RUDIEZ, F. J. . - Pólipo solitario antro-coanal con carcinoma

- en su porción posterior. Acta Otorrinolaringolog. Esp. 32: 910-914, 1981.
- 8.- LUCAS, E. ; LABELLA, T Y MARTOS, S. -Mixomas nasosinusales. -Acta Otorrinolaringolog. Esp. 31: 59-66, 1980
- 9.- MARIN LORENTE, J. M. -Tratamiento quirúrgico de los pólipos gigantes nasosinusales. Acta Otorrinolaringológica Española. 31: 199-202, 1980.
- 10.- PECH A, GRINDA M, GARCIN M. - Reflexions sur le polype de Killian JFORL; X: 7, 1961, 991-1001.
- 11.- PECH, A; GOUBERT, J. L ET BESSON J. -La polypose du nez et du sinus. - Encycl. Med. Chir. Paris. Oto-Rhino-Laryngologie, 20395 A<sup>10</sup>, 12-1982.
- 12.- STAMBERGER, HEINZ. M. D. Y HAWKE, MICHAEL, M. D. -" Essentials of functional endoscopic sinus surgery" pag. 103-105; Mosby Year Book, 1993, St. Louis, Missouri 63146.
- 13.- VAN ALYEA, O. E. ; M. D. Antrochoanal polyps. Ann. Otol. Rhin. Laryng; 1957, n°2, 306-326
- 14.- VASLIU, D. I. -Polype nasal enorme chez une enfant de cinq ans. Rev. Laryng; 1957, 78 n°34, 292-294