



Diagnóstico por imagen

Pólipo antrocoanal

Antrochoanal polyp

Francisco Javier González Sendra^{a,*}, María Jesús Sánchez García-Altas^b,
María Luz Parra Gordo^c, Josima Luchsinger Heitmann^c, Claudio Laganã^c
y Paloma Largo Flores^c

^a Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Alto Guadalquivir de Andújar, Andújar, Jaén, España

^b Atención Primaria ZBS, Córdoba, España

^c Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

Paciente de 15 años de edad, que acude a su médico de atención primaria por presentar un cuadro progresivo de diplopía, mareos, inestabilidad y leve cefalea.

En la exploración cardiotorácica no existen alteraciones significativas.

En la exploración neurológica no hay déficit campimétrico; nistagmo bilateral hacia arriba, diplopía con mirada extrema a la izquierda y paresia del VI par izquierdo. No se aprecia dismetría, temblor ni ataxia, ni rigidez de nuca. Fuerza, reflejos osteotendinosos y sensibilidad superficial y profunda conservadas. La marcha está conservada y el lenguaje es fluido y coherente.

Se solicita al paciente analítica con hematología, bioquímica con perfil férrico y hepático y coagulación, cuyos resultados son normales.

Se realiza tomografía computarizada (TC) cerebral ambulante, en la que no se observan signos de sangrado intra ni extraaxial, ni alteraciones de la densidad parenquimatosa supra ni infratentorial. Como hallazgo fortuito se aprecia una masa sólida que desde el seno maxilar izquierdo, que se introduce por la fosa nasal hasta la coana izquierda (fig. 1).

Se solicita valoración por ORL mediante rinoscopia anterior. Se observa hipertrofia de los cornetes inferiores. En la fibroscopia se observa un gran pólipo que sale de seno maxilar, ocupa la fosa nasal y se extiende hacia la coana izquierda.

Se solicita TC de senos paranasales, con imágenes axiales y coronales (fig. 2). Se aprecia ocupación por secreciones en los senos frontales, celdillas etmoidales bilaterales, seno esfenoidal y ambos senos maxilares. Se identifica una masa de densidad de partes blandas que, originándose en el antro maxilar izquierdo, se dirige a través del agujero de drenaje del seno maxilar hacia el meato medio nasal izquierdo, se proyecta posteriormente en la fosa nasal hasta salir por la coana izquierda y ocupa la luz nasofaríngea, sugestiva de presencia de un gran pólipo antrocoanal izquierdo.

Se programa cirugía endoscópica nasosinusal (CENS). Se extirpan 2 fragmentos de tejido de coloración blanquecina y consistencia elástica. El informe anatomopatológico confirma un pólipo inflamatorio nasosinusal. El postoperatorio es favorable y se procede al alta domiciliaria.

Comentario¹⁻⁷

El pólipo antrocoanal es una entidad patológica de la nariz y los senos paranasales, descrito por Killian en 1906.

Es infrecuente: su incidencia aproximada es de 0,07%. Usualmente es solitario y benigno, de crecimiento lento; surge del antro, se dirige hacia las coanas a través del ostium y se manifiesta como un pólipo nasal.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gonzalezsendra@yahoo.es (F.J. González Sendra).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.11.001>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

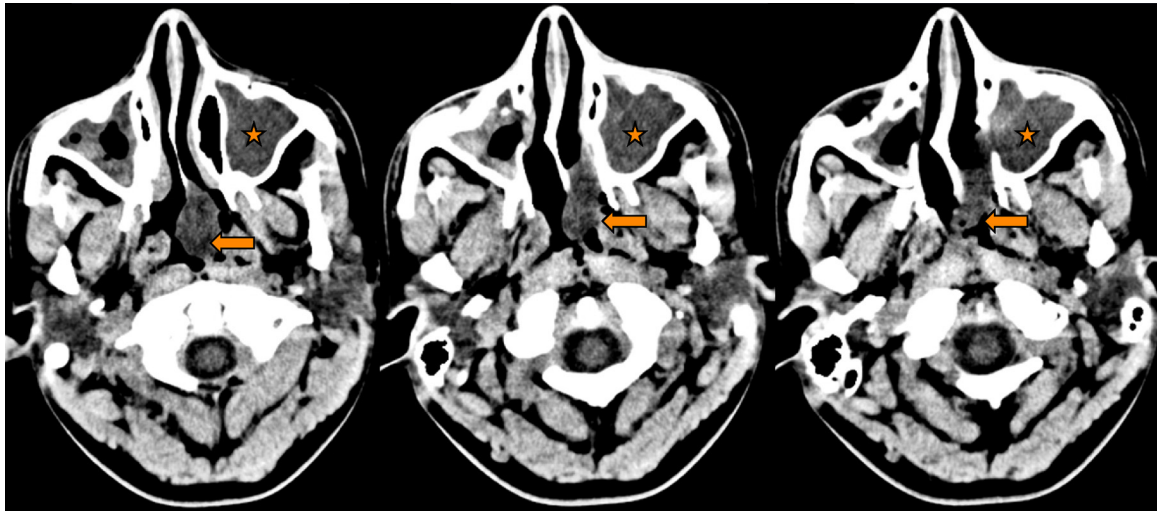


Figura 1 – TC craneal: se aprecia una masa sólida que desde el seno maxilar izquierdo (estrella) se introduce por la fosa nasal hasta la coana izquierda (flechas).

Predomina en varones de 30-50 años. Representa el 4-6% de todos los pólipos. Casi el 8% de estos pacientes tiene otros pólipos nasales, en un 30-40% hay afectación antral bilateral, y el 15-40% presenta antecedentes de alergia, aunque esta asociación no ha sido probada. Su etiología y factores de riesgo no han sido bien definidos.

La mayoría de los pacientes refieren generalmente obstrucción nasal unilateral, lentamente progresiva, con síntomas asociados como rinorrea anterior hialina y cefalea. Refieren pesadez facial secundaria a la presión que está ejerciendo el pólipo en el seno y a la obstrucción del ostium, que afecta al drenaje del seno maxilar.

La sensación de obstrucción del oído izquierdo se debe al efecto masa y válvula que ejerce el pólipo en la trompa de Eustaquio.

La presentación puede variar desde una obstrucción nasal leve hasta episodios de apnea, disfgia o epistaxis. Una historia clínica completa orientará hacia el diagnóstico de probabilidad, confirmado con estudios de imagen e histopatológicos.

Este tipo de lesiones se observa en la rinoscopia anterior como masas redondeadas de color gris-amarillento, translúcidas, en el meato medio procedentes de la pared lateral nasal.

Se diferencia de la poliposis nasal en que esta presenta pólipos bilaterales y múltiples, mientras que el pólipo antrocoanal suele ser unilateral, único y puede protruir hacia la orofaringe.

El diagnóstico diferencial con la hipertrofia de los cornetes inferiores se realiza colocando un algodón de oximetazolina hacia la pared lateral de la nariz durante 5 o 10 min. En la hipertrofia de los cornetes se aprecia una reducción de tamaño del

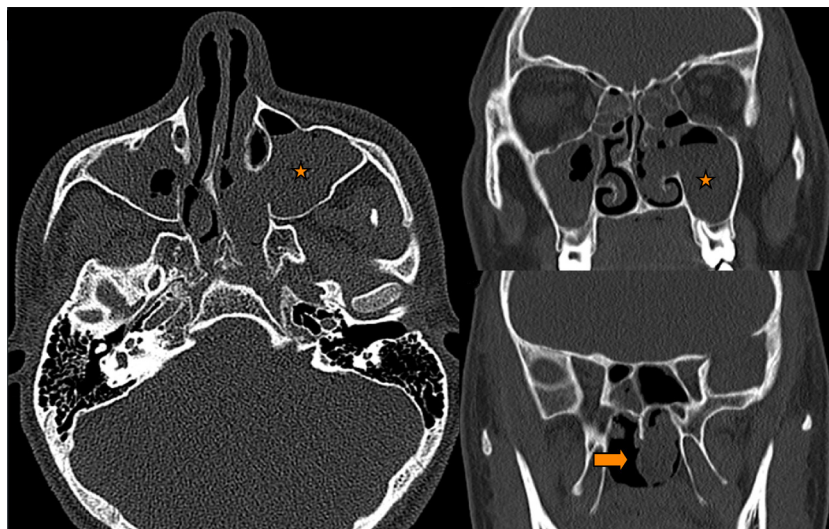


Figura 2 – TC de senos paranasales: masa de densidad de partes blandas (estrella), que amplía el antro maxilar izquierdo, y se proyecta posteriormente en la fosa nasal hasta salir por la coana izquierda (flecha), sugestiva de presencia de gran pólipo antrocoanal izquierdo.

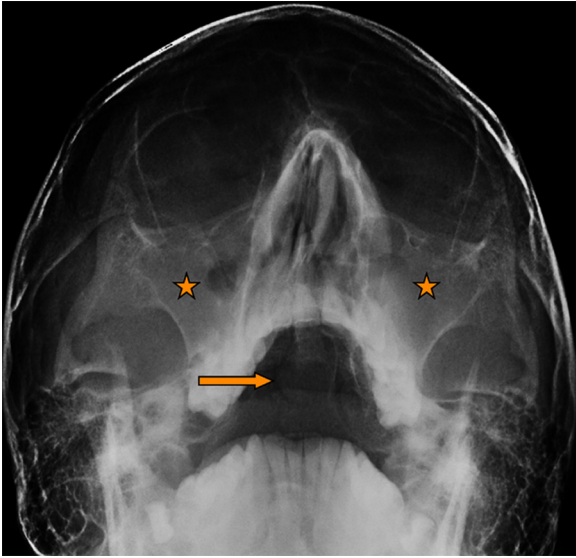


Figura 3 – Proyección de Waters: aumento de densidad de partes blandas de los senos maxilares (estrella) y presencia de masa en la faringe (flecha).

cornete inferior por efecto vasoconstrictor, con reubicación del cornete inferior y lateral. Su coloración puede variar de rojiza a pálida. En el caso del pólipo, no existe respuesta vasoconstrictora, el tamaño no disminuye y su coloración gris-amarillenta permanece igual.

Entre los tumores, debe hacerse el diagnóstico diferencial con el angiofibroma nasofaríngeo, que es una neoformación benigna muy vascularizada que sangra con facilidad por la manipulación. Se presenta en adolescentes de sexo masculino con historia de epistaxis abundantes de repetición. El crecimiento del tumor inicialmente involucra a tejidos blandos para causar posteriormente una destrucción ósea de las estructuras contiguas al seno maxilar.

La técnica diagnóstica de elección es la TC de los senos paranasales con reconstrucciones coronales. Un pólipo antrocoanal típico aparece como una masa de partes blandas que llena por completo el seno maxilar. Normalmente la región del infundíbulo se encuentra ensanchada y existe una pequeña salida de la masa del antro hacia el meato medio.

Si el pólipo crece, llena la fosa nasal ipsilateral y se extiende a la nasofaringe; puede ser lo suficientemente grande como

para llegar a la orofaringe. Aunque la pared medial del antro puede estar descalcificada o destruida, el resto de las paredes raramente se afectan.

No existe captación de contraste, a diferencia del angiofibroma, el hemangioma y los hemangiopericitomas.

Puede ser difícil de diagnosticar en la radiografía simple (proyección de Waters), en la que se aprecia un aumento de densidad de partes blandas del seno maxilar y de la fosa nasal ipsilateral con la masa en la faringe (fig. 3).

Las características típicas del pólipo son una superficie externa cubierta de epitelio normal respiratorio, estroma edematosa con densidad variable de células inflamatorias (eosinófilos, neutrófilos, células plasmáticas, macrófagos y linfocitos) concentrados cerca de la superficie mucosa. La parte antral del pólipo tiene las mismas características histológicas, pero la pared quística es más delgada. A veces pueden presentar fibroblastos atípicos, por lo que pueden confundirse con un proceso neoplásico.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica con abordaje de Caldwell-Luc (antrostomía) o endoscópico, sin que existan diferencias significativas entre ellos respecto del resultado a largo plazo. 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Myatt HM, Cabrera M. Bilateral antrochoanal polyps in a child: A case report. *J Laryngol Otol.* 1996;110:272-4.
2. Basu SK, Bandyopadhyay SN, Bora H. Bilateral antrochoanal polyps. *J Laryngol Otol.* 2001;122:179-82.
3. Aydin O, Keskin G, Ustündag E, Iseri M, Ozkarakas H. Choanal polyps: An evaluation of 53 cases. *Am J Rhinol.* 2007;21:164-8.
4. Cook PR, Davis WE, McDonald R, McKinsey JP. Antrochoanal polyposis: A review of 33 cases. *Ear Nose Throat J.* 1993;72:403-10.
5. Maldonado M, Martínez A, Alobid I, Mulla J. The antrochoanal polyp. *Rhinology.* 2004;43:178-82.
6. Lopatin A, Bykova V, Piskunov G. Choanal polyps: One entity, one surgical approach? *Rhinology.* 1997;35:79-83.
7. Maldonado M. Poliposis antrocoanal. En: Mulla J, Montserrat JR, editores. *Rinitis, rinosinusitis, poliposis nasosinusal (2)*. Ponencia oficial de la SEORL y PCF; 2005. p. 775-90.