

---

# Resección Endoscópica de Pólipo Antrocoanal. Reporte de Caso

---



Rev Guatem Cir Vol. 29 (1) - 2023

Abner Ruyán, René Santizo MACG.

Servicio de Otorrinolaringología, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Universidad San Carlos de Guatemala. Autor Correspondiente: Dr. Abner Ruyán López. Jardines de San Lucas II lote 71. San Lucas Sacatepéquez, Guatemala. Teléfono: 5837 1186. e-mail: abnerruyan@hotmail.com

## RESUMEN

**Presentación del caso.** Paciente femenino de 24 años, con cuadro de obstrucción nasal unilateral de un año de evolución, de forma progresiva, asociado a cefalea y cambios en la calidad de la voz. Cuadro que progresó hasta obstruir fosa nasal contralateral y no tolerar el decúbito supino. Se evidenció en fosa nasal derecha lesión polipoide grisácea en meato medio con ocupación de coanas y nasofaringe. Es llevada a sala de operaciones con impresión clínica y radiológica de pólipo antrocoanal. Se aborda de forma endoscópica, realizando disección con extracción de la parte fibrosa por vía oral, posteriormente se aborda mediante antrostomía meatal la parte quística del pólipo en la pared posterior maxilar, completando la resección. **Conclusiones.** Existe el abordaje abierto, endoscópico y combinado para la resección de estas lesiones, siendo lo primordial identificar adecuadamente el origen del pólipo para reducir el riesgo de recurrencia. Este caso representa el abordaje endoscópico como una terapia reproducible en nuestro medio con resultados satisfactorios.

**Palabras clave:** Obstrucción nasal, pólipo retrocoanal.

## ABSTRACT

### Endoscopic Resection of Antrochoanal Polyp. Case Report

**Presentation of the case.** A 24-year-old female patient with unilateral nasal obstruction of one year of progressive evolution, associated with headache and changes in voice quality. Picture that progressed to obstruct contralateral nostril and not tolerate supine position. It was evidenced in the right nostril grayish polypoid lesion in the middle meatus with occupation of choanas and nasopharynx. She was taken to the operating room with clinical and radiological impression of antrochoanal polyp. It is approached endoscopically, performing dissection with extraction of the fibrous part orally, then the cystic part of the polyp in the posterior maxillary wall is approached by meatal antrostomy, completing the resection. **Conclusions.** There is an open, endoscopic and combined approach for the resection of these lesions, being the main thing to properly identify the origin of the polyp to reduce the risk of recurrence. This case represents the endoscopic approach as a reproducible therapy in our environment with satisfactory results.

**Keywords:** Nasal obstruction, retrochoanal polyp

---

## INTRODUCCIÓN

Los pólipos son manifestaciones edematosas o quísticas que comprometen una estructura de la cavidad nasal o seno paranasal (SPN). El prototipo o variedad más frecuente es el pólipo antrocoanal (PAC), el cual es una formación única, con base de implantación en el seno maxilar, generalmente en la pared lateral del mismo cerca del ostium, representando del 4 al 6% de los pólipos nasales, mayormente en adolescentes y adultos jóvenes. Los pólipos que surgen del antro maxilar han sido muy bien descritos desde inicios del siglo veinte, representando lesiones benignas unilaterales con componentes antral y coanal, inclusive más allá de la nasofaringe<sup>1,2</sup>.

Otros tipos de presentación del pólipo solitario son: el esfenocoanal, el etmoidocoanal y el septo-coanal.

El tratamiento de elección es la remoción completa del pólipo, tanto de la parte coanal como de la parte antral, donde se encuentra su origen. El método tradicional de remoción del pólipo sin revisión del seno siempre resulta en recidiva; la mejor técnica es aquella en la que se realiza una inspección detallada de las paredes del antro maxilar para garantizar la remoción completa de la enfermedad<sup>3,4</sup>.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 24 años, quien consultó por obstrucción nasal de un año de evolución. Refiere que inició con obstrucción nasal de predominio derecho hace un año, la cual fue progresiva, con cambios en la voz, e incluso dificultando dormir en decúbito supino. Asoció también cefalea centro facial y rinorrea hialina. Decide consultar a facultativo, quien da tratamiento médico para rinitis, con lo cual no tuvo mejoría. Cuadro persiste hasta obstruir fosa contralateral, teniendo que respirar por la boca. Nuevamente consulta a médico quien refiere a unidad de Otorrinolaringología por evidenciar masa en fosa nasal derecha.

## HALLAZGOS CLINICOS

Al examen físico, paciente se presenta con voz nasal, a la rinoscopia se observa lesión grisácea de aspecto polipoide en fosa nasal derecha, edematosa, asociado a rinorrea hialina, que obstruye completamente la luz. del lado izquierdo se observa lesión de LAS mismas características en coana al realizar endoscopia nasal (Figura 1). Presenta retracción timpánica grado II derecha asociada, sin otro hallazgo relevante.

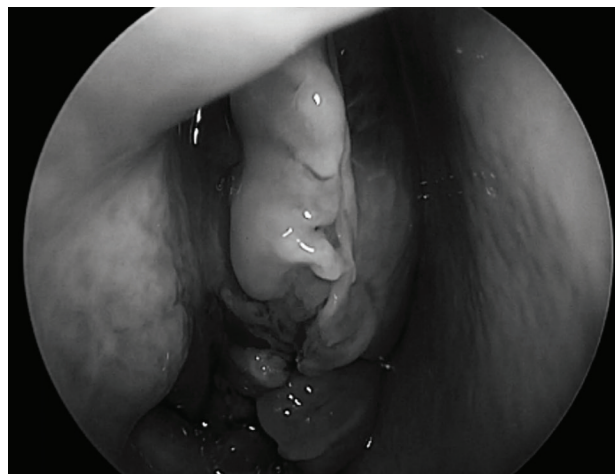


Figura 1. Rinoscopia derecha.

## EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Se solicita tomografía nasal y senos paranasales, donde se evidencia lesión hipodensa en seno maxilar derecho que se extiende hacia meato medio y nasofaringe, sin erosión ósea ni remodelamiento de estructuras óseas (Figura 2).

## INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Es llevada a sala de operaciones con impresión clínica y radiológica de pólipo antrocoanal, para un abordaje endoscópico nasal. Durante la ci-

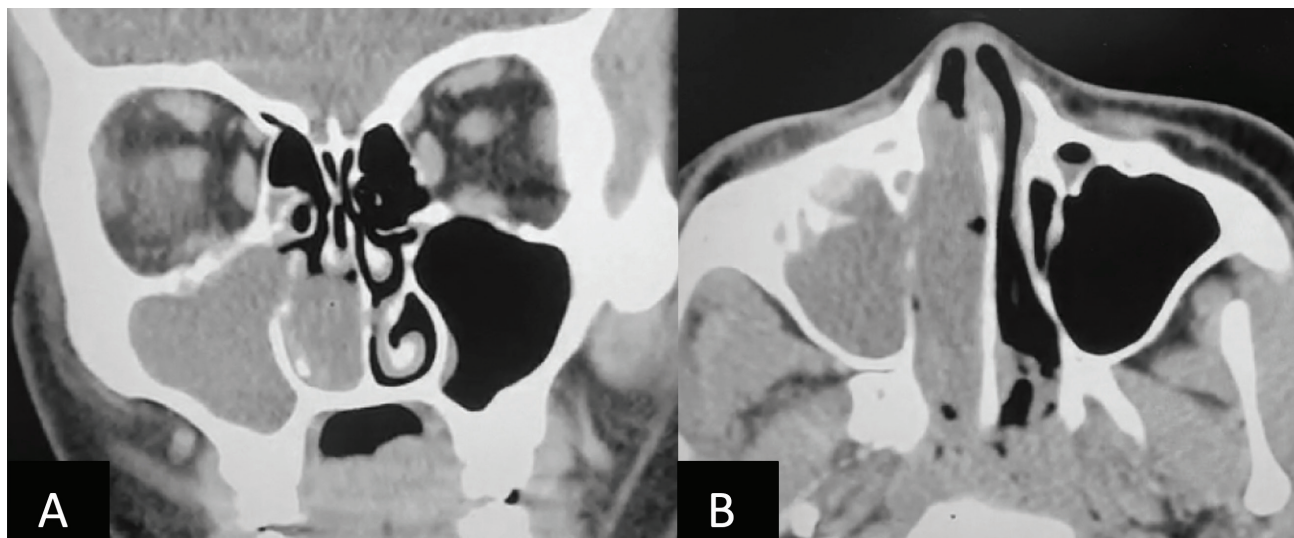
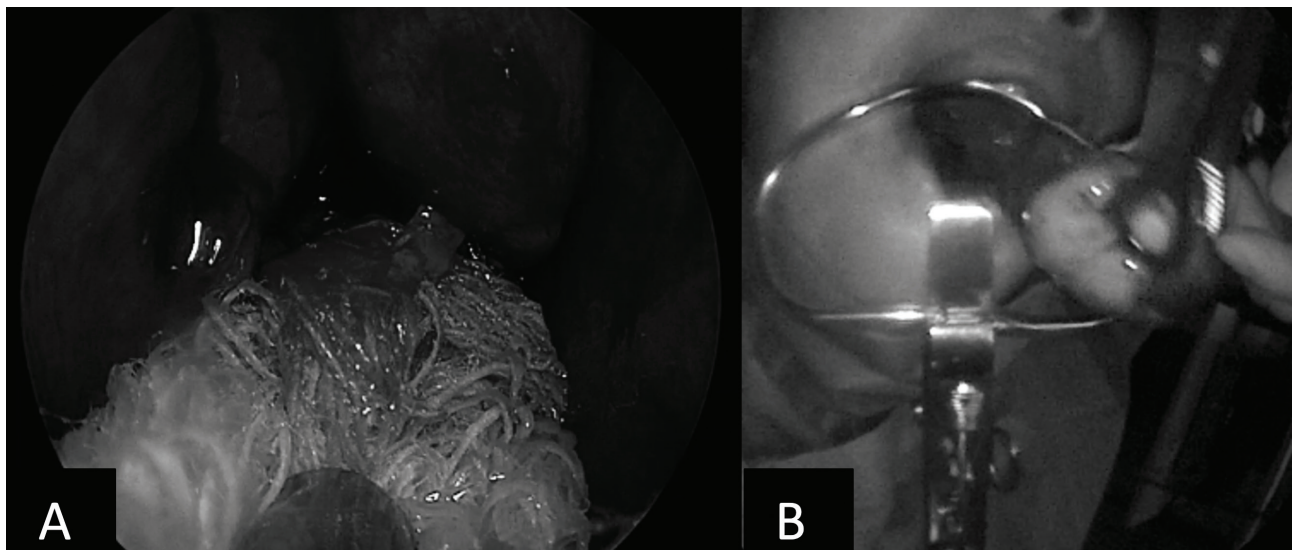


Figura 2. Tomografía nasal. Corte coronal (A), Corte axial (B).



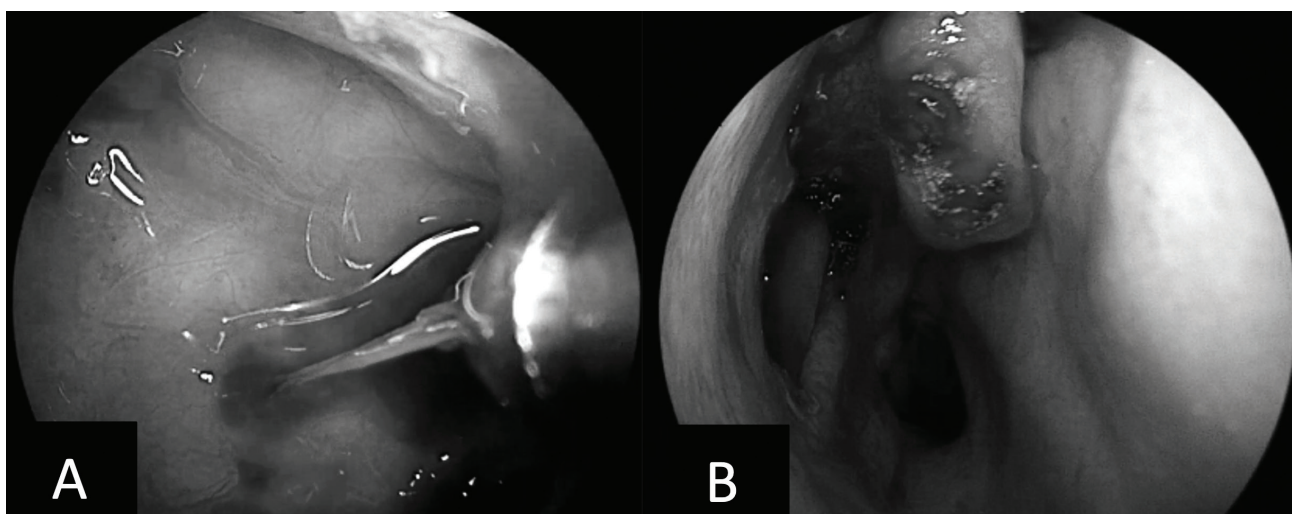
**Figura 3.** Disección de parte fibrótica de pólipo(A). Extracción oral de pieza(B).

rugía se decide realizar la disección de forma anterógrada, de manera que la extracción de la pieza se pueda realizar por vía oral (Figura 3).

Posteriormente, se identifica la zona de origen en seno maxilar en la pared posterior y se extrae porción quística, completando así la resección de ambas partes que componen el pólipo antrocoanal. Se realiza hemostasia y finaliza el procedimiento.

## RESULTADOS

Paciente cursa con buena evolución posoperatoria y es dada de alta al segundo día posoperatorio. Informe patológico reporta inflamación crónica sin metaplasia, en concordancia a impresión clínica. Paciente continúa en vigilancia con evaluaciones endoscópicas periódicas por Consulta Externa, estando a su séptimo mes posoperatorios sin evidencia de recidivas.



**Figura 4.** Identificación de origen de pólipo en pared posterior de seno maxilar derecho (A). Vista final de procedimiento (B).

## DISCUSIÓN

La primera descripción publicada conocida de pólipos que surgen del antro maxilar fue en 1961, por el anatomista holandés Fredyk Ruysch, en 1753 Palfyn describió un pólipo de dos sacos del seno maxilar, luego en 1891, Zuckerkand describió un caso de un pólipo solitario derivado del seno maxilar. En 1906, el profesor Gustav Killian fue el primero en utilizar el término pólipo antrocoanal (ACP), describiéndolo como un pólipo unilateral, masa solitaria en forma de pera con un tallo quístico, que se diferencia de los pólipos regulares en la formación de un saco, la mitad en el antro maxilar y la otra mitad en la nariz y la nasofaringe, esta definición todavía se usa y se le da al PAC el epónimo de "Killian Polyp"<sup>1</sup>.

Los pólipos son manifestaciones edematosas o quísticas que comprometen una estructura de la cavidad nasal o seno paranasal (SPN). El prototipo o variedad más frecuente es el pólipo antrocoanal (PAC), el cual es una formación única, con base de implantación en el seno maxilar, generalmente en la pared lateral del mismo cerca del ostium, representando del 4 al 6% de los pólipos nasales, mayormente en adolescentes y adultos jóvenes. Esta patología debe sospecharse en toda obstrucción nasal unilateral progresiva y hacerse el diagnóstico diferencial con otras formaciones tumorales, como el papiloma invertido, los tumores malignos, los meningoceles o los meningoencefaloceles en los niños<sup>2</sup>.

El tratamiento de elección es la remoción completa del pólipo, tanto de la parte coanal como de la antral. El método tradicional de remoción del pólipo sin revisión del seno siempre resulta en recidiva; la mejor técnica es aquella en la que se realiza una inspección detallada de las paredes del antro maxilar para garantizar la remoción completa de la enfermedad<sup>3, 4</sup>.

Gutiérrez y cols reportó tres casos de pólipos antrocoanales unilaterales en pacientes masculinos en edad pediátrica tratados mediante cirugía endoscópica, en quienes se realizó exéresis del pólipo intranasal, antrostomía meatal, uncinectomía con microdebridación, exploración del seno maxilar y debridación del tejido polipoideo de la porción antral. La evolución fue satisfactoria en dos casos; sin embargo, en un caso, durante el seguimiento se encontró recidiva antes del año; fue tratado con revisión con fibroscopio flexible y debridación de la lesión en la pared lateral del seno maxilar, sin recurrencia. Por lo tanto, concluyen, en que Consideramos que con apoyo de los diversos endoscopios y del fibroscopio flexible, el abordaje del seno puede realizarse desde la porción antral con resultados satisfactorios, sin necesidad de realizar un abordaje transcanino<sup>3</sup>. En un estudio similar en población pediátrica, Galluzi y cols, indican que las recurrencias de ACP en niños aún son altas. La cirugía endoscópica de senos paranasales se considera la primera opción para el tratamiento primario, mientras que el abordaje externo puede ser una opción válida en caso de recurrencia. Concluyen que el abordaje combinado podría reducir las tasas de recurrencia en pacientes seleccionados que no pueden manejarse completamente con endoscopia<sup>5</sup>.

En la población adulta, Eski y cols, reportaron una serie de casos con pacientes que se dividieron en dos grupos según la modalidad de tratamiento: el grupo 1 incluyó a 26 pacientes que se sometieron a cirugía endoscópica de los senos paranasales sola y el grupo 2 incluyó a 15 pacientes que se sometieron a cirugía endoscópica de los senos paranasales en combinación con el procedimiento de Caldwell Luc. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en términos de recurrencia y tasa de complicaciones ( $p > 0,05$ ). El estudio concluye que el abordaje actual para el tratamiento de



los pólipos antrocoanales es la cirugía endoscópica de los senos paranasales. Sin embargo, se deben realizar abordajes combinados para evitar recurrencias, a menos que sea posible la extirpación completa de la parte antral del pólipo antrocoanal mediante resección endoscópica. La selección de las técnicas combinadas depende de la familiaridad del cirujano con el procedimiento y si el paciente es un caso pediátrico. El abordaje combinado con Caldwell Luc es un procedimiento seguro en adultos<sup>6</sup>.

Autores como Al y cols, reporta un total de 49 pacientes intervenidos de polipectomía endoscópica con antrostomía meatal media y el 18,4% presentó recidiva. Los 33 pacientes restantes se sometieron a polipectomía endoscópica con antrostomía meatal media combinada y acceso a través del meato inferior con una tasa de recurrencia del 3%. La diferencia entre los dos grupos fue estadísticamente significativa ( $p = 0,0441$ ). La estrategia de los autores, es decir, combinar la antrostomía medial con un pequeño acceso al meato inferior, se asoció con una menor tasa de recurrencia y sin aumento de la morbilidad a corto o largo plazo<sup>7</sup>. Sin embargo, Zhen y cols, también hace notar que los abordajes endoscópicos de antrostomía del meato medio y antrostomía del meato inferior combinados con antrostomía del meato medio endoscópica podrían garantizar un buen pronóstico. Y, si el quiste se encuentra en la pared anterior del seno maxilar, el abordaje de la maxilectomía medial endoscópica puede obtener una mejor visión y extirpar completamente las lesiones<sup>8</sup>.

Finalmente, en una serie de 25 casos, Hamouda y cols, trataron a todos los pacientes quirúrgicamente con antrostomía meatal media endoscópica bajo anestesia general. La recurrencia ocurrió en 3 casos (12%), en estos tres casos recurrentes, el sitio de unión originada en la pared lateral. El abordaje endoscópico fue el

tratamiento de primera elección para APC en la presente serie. Un enfoque en la detección del origen exacto del pólipo y la resección del periostio en el punto de inserción se considera clave para prevenir la recurrencia<sup>9</sup>.

También se ha sugerido el uso de mitomicina tópica para evitar la recurrencia en el sitio de origen del PAC y con antrostomía meatal con buenos resultados y sin recurrencia reportada<sup>10</sup>.

Según la revisión realizada por Islas y cols, el seguimiento sugerido para pacientes con ACP es de 2 años para detectar el 95% de la recurrencia. Se sugiere una endoscopia nasal de rutina en el consultorio, como en cualquier FESS, para prevenir y tratar las sinequias y minimizar las complicaciones. Se han informado recurrencias desde los 6 meses hasta los 3 años después de la cirugía, con informes de una mayor recurrencia en el grupo de edad pediátrica en comparación con el grupo de adultos<sup>1</sup>.

## CONCLUSIÓN

El PAC representa un tumor benigno nasal, generalmente unilateral que afecta principalmente a la población pediátrica y joven, con un cuadro de obstrucción nasal progresiva. El tratamiento quirúrgico representa el tratamiento de elección una vez se ha confirmado el diagnóstico clínico y radiológico. Existen abordajes tradicionales que incluye el abordaje transcanino Caldwell Luk, mini Caldwell Luk, el combinado, que incluye, además, el abordaje endoscópico nasal. Este último, ha demostrado tener buenos resultados, sin embargo, también reporta tasas de recurrencia mayores, aunque no significativas. Este reporte de caso, con la limitante de un seguimiento relativamente corto, demuestra que, si se logra identificar el sitio de origen del pólipo, con las distintas angulaciones endoscópicas, y lograr la resección endoscópica completa, es una herramienta que debe considerarse

en nuestro medio. Asimismo, debe individualizarse los casos, y seleccionar aquellos en los que el abordaje combinado permita lograr estos objetivos.

## REFERENCIAS

1. Islas FAE, González JLT, Camarillo JMM (2018) Antrochoanal Polyp: A Literature Update. *J Otolaryngol Rhinol* 4:049. doi: [10.23937/2572-4193.1510049](https://doi.org/10.23937/2572-4193.1510049)
2. 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*
3. Gutiérrez SG y cols. Pólipo antrochoanal en la edad pediátrica *An Med (Mex)* 2014; 59 (2): 137-141
4. Mostafa HS, Fawzy TO, Jabri WR, Ayad E (2014) Lymphatic obstruction: A novel etiologic factor in the formation of antrochoanal polyps. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 123: 381-386.
5. F Galluzzi et al, Recurrences of surgery for antrochoanal polyps in children: A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2018; 106:26-30, <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2017.12.035>.
6. Eşki E, Imre A, Çallı Ç, Pınar E, Öncel S. Erişkinlerde antrochoanal poliplere yaklaşım: Uzun dönem karşılaştırmalı sonuçlar [Approaches to antrochoanal polyps in adults: long-term comparative results]. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* 2012 Jan-Feb;22(1):1-5. Turkish. doi: [10.5606/kbbihtisas.2012.001](https://doi.org/10.5606/kbbihtisas.2012.001). PMID: 22339561.
7. Al-Balas HI, Farneti P, Bellusci A, Crocetta FM, Sollini G, Pasquini E. A comparison of two endoscopic techniques for the treatment of antrochoanal polyps. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2020 Aug;40(4):290-296. doi: [10.14639/0392-100X-N0259](https://doi.org/10.14639/0392-100X-N0259). PMID: 33100341; PMCID: PMC7586185.
8. Zheng W, Hu G, Liu B, Liu S, Wang Q, Sun X, Zhou H. [Observe the origin of antrochoanal polyp and the comparison of the curative effect of antrochoanal polyp]. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 2016 Feb;30(3):209-12. Chinese. PMID: 27373090.
9. Hammouda Y, Berrada O, Rouadi S, Abada RL, Mahtar M. Treatment and evaluation of recurrence for antrochoanal polyps by endoscopic large middle meatal antrostomy, clinical case series of 25 patients. *Int J Surg Case Rep.* 2020;77:651-655. doi: [10.1016/j.ijscr.2020.11.104](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.11.104). Epub 2020 Nov 22. PMID: 33395866; PMCID: PMC7708853.
10. El-Anwar MW, Elmalt A, Annany A, Ahmed WA, Nofal AAF. Topical mitomycin C application post endoscopic removal of antrochoanal polyp. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2021 Jun 28;6(4):619-622. doi: [10.1002/liv.2.598](https://doi.org/10.1002/liv.2.598). PMID: 34401480; PMCID: PMC8356871.