

POLIPOSIS NASAL

INMUNOALERGIAS

- AXEL GARCÍA PÉREZ
- GUADALUPE ELIZABETH GONZÁLEZ GONZÁLES
- JUAN PABLO ZÁNCHEZ ABARCA
- VANESSA ESTEFANÍA VÁZQUEZ CALVO

DEFINICIÓN

- Enfermedad inflamatoria que consiste en una degeneración edematosa multifocal y bilateral de la mucosa de las masas laterales del etmoides.
- Formación de lesiones polipoides lisas, gelatinosas, translúcidas y piriformes, que progresivamente van ocupando meatos etmoidales hacia las fosas nasales.



DEFINICIÓN

Benigno

Nunca
degenera

Crónica

DEFINICIÓN

Obstrucción / congestión nasal.

Secreción anterior o posterior.

Dolor / Presión facial.

Déficit / Pérdida del sentido del olfato.

Hallazgo en la endoscopia nasal de pólipos nasales, rinorrea mucopurulenta, obstrucción de la mucosa.

Hallazgos en la TC de cambios en la mucosa del complejo ostiomeatal o sinusal.

HISTORIA

- 400 a. C. → Hipócrates hizo la primera descripción precisa de la enfermedad. Los clasificó en duros y blandos. Técnica quirúrgica por tracción.
- Siglo II d. C. → Galeno refiere la exéresis de pólipos con una lanceta pequeña y estrecha, completando el procedimiento con una cureta, con el fin de eliminar la base de implantación.
- Siglo VI d. C. → Aetius de Amida considera que los pólipos están causados por un humor denso y pegajoso que desciende de la cabeza.
- 1882 → E. Zuckerlandl, en un estudio sobre 39 autopsias, describió de manera precisa la localización y los cambios histológicos similares a los de una inflamación catarral.
- 1925 → Bourgeois sugirió etiología alérgica que fue aceptada.

EPIDEMIOLOGÍA

Poliposis nasal solo afecta a un 2-5% de población en general.

5% de consultas otorrinolaringológicas y 4% de consultas alergológicas son por poliposis nasal.

Distribución por sexos de 2 a 3 hombres por cada mujer.

Px con dx de asma, la prevalencia de poliposis nasal es mayor que en px no asmáticos.

Entre 0.5 y el 1.5% de pacientes con rinitis alérgica presentan pólipos nasales.

EPIDEMIOLOGÍA

Población general	1%
Pacientes alérgicos	1-5%
Asmáticos	7%
Asmáticos no alérgicos	13%
Asmáticos con intolerancia a la aspirina	36%
Asmáticos atópicos	5%
Sinusitis fúngica alérgica	80%
Mucoviscidosis	18%
Síndrome de Kartagener	27%

ETIOLOGÍA

Teoría alérgica

Asociación a alergia por alta concentración de eosinófilos. Actualmente se acepta que la alergia es predisponente.

Teoría mecánica

Alteraciones del flujo aerodinámico del aire, fosa nasal estrechada → Mucosa inflamada soporte mayor presión negativa.

ETIOLOGÍA

Teoría vasomotora

Alt del SNA de mucosa nasosinusal, incremento de aminas. Se produce aumento de permeabilidad vascular, act de receptores α -adrenérgicos y edema submucoso.

Teoría infecciosa

En el pasado se aceptaba, pero hoy en día se considera una consecuencia y no una causa.

ETIOLOGÍA

Teoría genética

Enfermedad poligénica. Mayor presencia significativa del haplotipo HLA-DR7.

Teoría inflamatoria

> Eosinófilos y mastocitos así como interleuquinas y leucotrienos. La inflamación presente en pólipos nasales
→ tipo de resistencia adquirida al tx de corticoides.

CLÍNICA

- En los comienzos de la enfermedad suele aparecer sensación de ocupación nasal sin llegar a obstruir completamente la fosa.
- fases más avanzadas, van apareciendo otros síntomas como la obstrucción nasal clara y un agravamiento de la hiposmia
- La alteración del olfato puede ser el primer síntoma; éste es un síntoma progresivo que suele evolucionar a anosmia.

CLÍNICA

Insuficiencia respiratoria nasal.

Prurito y los estornudos en salvas.

Epístaxis es un signo de escasa incidencia.

Rinorrea, bilateral, anterior o posterior.

Cefalea y la molestia ocular son menos frecuentes.

Dolor aparecerá en aquellos casos en los que haya infección aguda.

DIAGNÓSTICO

- HC y exploración

Hacer una completa exploración otorrinolaringológica básica que incluya una rinoscopia anterior, en la que normalmente encontraremos una masa semitransparente, blanda y móvil.

- Posteriormente realizaremos una exploración endoscópica.

Evaluando el meato medio, la apófisis unciforme, la bulla etmoidal, la región cercana a la rima olfatoria, la zona anterior al seno esfenoidal y la rinofaringe.

DIAGNÓSTICO

- Las pruebas de imagen como el TC

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.

DIAGNÓSTICO

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 antrocoanal...)

MALIGNA

(carcinoma epidermoide...)

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS.

Endoscopía nasal:

Imprescindible para poder hacer el diagnóstico de poliposis. Nos da una información mucho más rica que la rinoscopia anterior. La angulación ideal es la de 30° aunque algunos especialistas prefieren la de 0°.

Rinomanometría anterior:

Esta prueba estudia la mecánica y las características cuantitativas y cualitativas del flujo aéreo. Su fiabilidad se basa en la correlación existente con las mediciones obtenidas por tomografía computarizada y por resonancia magnética. Este sistema nos permite estudiar los flujos en cm³/seg. a diferentes valores de presión (75, 100, 150 y 300 pascales) en las dos fases de la respiración (inspiración y espiración) y de forma unilateral.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS.

Rinometría acústica

Valora la geometría de las fosas nasales basándose en la reflexión de una onda acústica. Los resultados se expresan en una gráfica donde es posible calcular las áreas transversales en función de la distancia de las narinas, siendo un dato importante el Área Transversal Mínima (ATM), que es la zona más estrecha de las fosas nasales y, por tanto, la más importante a la hora de evaluar las resistencias de la nariz al paso del aire; su mayor fiabilidad está en los siete primeros centímetros de la nariz.

Tomografía computarizada (TC)

Es una prueba de imagen con tal poder de resolución que nos permite estudiar hasta las lesiones óseas más pequeñas, y las posibles lesiones de las partes blandas asociadas. A veces se encuentran alteraciones de la mucosa sinusal de forma fortuita, en el estudio de otra patología, y a las que hay que conceder relativa importancia.

VARIACIONES ANATÓMICAS QUE SE PUEDEN ENCONTRAR, SE DESCRIBEN PRINCIPALMENTE:

- La presencia de un cornete buloso.

- Las dehiscencias espontáneas de la lámina papiácea.

Siempre son unilaterales y se caracterizan por constituir una verdadera hernia del contenido orbitario en la cavidad etmoidal. Generalmente sólo se localizan a nivel de etmoides anterior, observándose en menos de un 1 % de los casos. Sin embargo, dichas anomalías pueden dar origen a una interpretación errónea y confundirse con una sinusitis etmoidal siendo difíciles de detectar ya que se asocian a procesos crónicos.

VARIACIONES ANATÓMICAS QUE SE PUEDEN ENCONTRAR, SE DESCRIBEN PRINCIPALMENTE:

- Las diferencias de altura entre las dos láminas laterales de la lámina cribosa.

Esta variación tiene una incidencia del 10% de los casos. Hay que señalar que en ocho de cada diez casos, la lámina lateral de la lámina cribosa derecha se sitúa más alta que la izquierda. Es interesante contrastar estas constataciones con el hecho de que las complicaciones quirúrgicas descritas por diversos autores (Friedmann, Kern, Lawson) aparecen, con una diferencia estadísticamente significativa, más frecuentemente en el lado derecho que en el lado izquierdo.

VARIACIONES ANATÓMICAS QUE SE PUEDEN ENCONTRAR, SE DESCRIBEN PRINCIPALMENTE:

- Las prociencias intraesfenoidales de la arteria carótida interna

Su incidencia se aprecia entre el 12 y el 25 % de los senos esfenoidales examinados. Este hecho hace que quede especialmente expuesta a una lesión quirúrgica. En todos los casos se ha observado que existe un fina lámina ósea de espesor superior a 1 mm., rodeando a la carótida interna. No se ha descrito ninguna prociencia de este tipo en las celdas etmoidales posteriores.

VARIACIONES ANATÓMICAS QUE SE PUEDEN ENCONTRAR, SE DESCRIBEN PRINCIPALMENTE:

- La prominencia del nervio óptico en el seno esfenoidal.

El nervio óptico sobresale en la cavidad esfenoidal sobre una superficie igual, al menos, a la mitad de su circunferencia en el 8% de los casos. Generalmente unilateral, esta prociencia es a veces bilateral, asociándose en ese caso a una dehiscencia de las dos carótidas internas.

VARIACIONES ANATÓMICAS QUE SE PUEDEN ENCONTRAR, SE DESCRIBEN PRINCIPALMENTE:

- La celda de Onodi

Es la última celdilla etmoidal y en algunas ocasiones puede ser muy voluminosa, entrando en relación con el conducto óptico y los elementos que contiene. Está en estrecha relación con la pared anterior y lateral del seno esfenoidal.

ESTADIAJE

Cuadro 1. Criterios en la clasificación de Lund-Mackay

Estructura (seno afectado)	0 sin opacificación, 1 opacificación parcial, 2 opacificación total	Derecho o izquierdo
Maxilar		
Celdillas etmoidales anteriores		
Celdillas etmoidales posteriores		
Frontal		
Esfenoides		
Complejo osteomeatal		

Cuadro 2. Puntaje de severidad de la clasificación de Lund-Mackay

Categoría	Puntaje de Lund-Mackay
Normal	0
Leve	1-3
Moderada	4-10
Severa	>10

Según la clínica

Según la endoscopia

Según la tomografía

Evaluación endoscópica

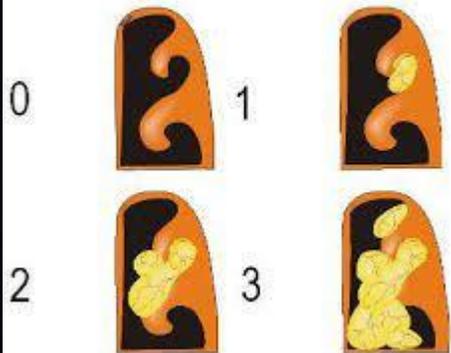


Tabla 1. Clasificación por endoscopia nasal de Lildholdt.

0	Ausencia de pólipos
1	Poliposis leve: pólipos de tamaño pequeño que no llegan al lomo del cornete inferior.
2	Poliposis moderada: pólipos de tamaño medio que están entre el borde más craneal y más caudal del cornete inferior.
3	Poliposis masiva: pólipos de gran tamaño que rebasan el borde inferior del cornete inferior.

De todas las formas de clasificación destacaremos la de Lund y Mackay, que clasifican todos los senos (maxilar, frontal, esfenoidal, etmoides anterior y etmoides posterior)

CASO CLÍNICO

Equipo ·2

HISTORIA CLÍNICA

Una paciente de 89 años de edad acudió al Departamento de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello con obstrucción nasal derecha y sensación de cuerpo extraño faríngeo de 18 meses de evolución.

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

El examen endoscópico de la fosa nasal derecha reveló un pólipo con pedículo delgado dependiente de la porción posterior del septum.

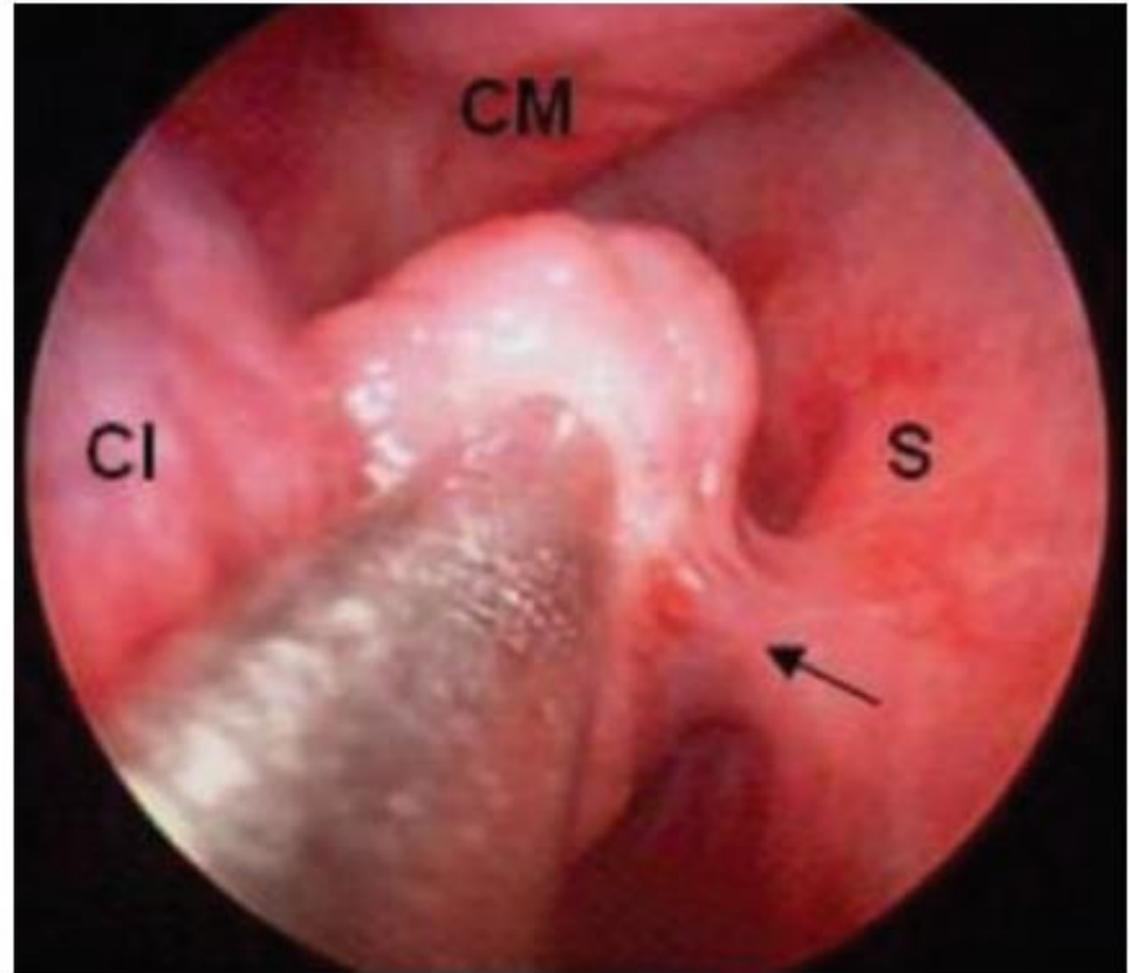


Figura 1. Vista endoscópica del pólipo en la fosa nasal derecha. CI: cornete inferior; CM: cornete medio; S: septum; flecha: pedículo.

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

Que se extendía hacia la coana y la nasofaringe, obstruyendo 80%.

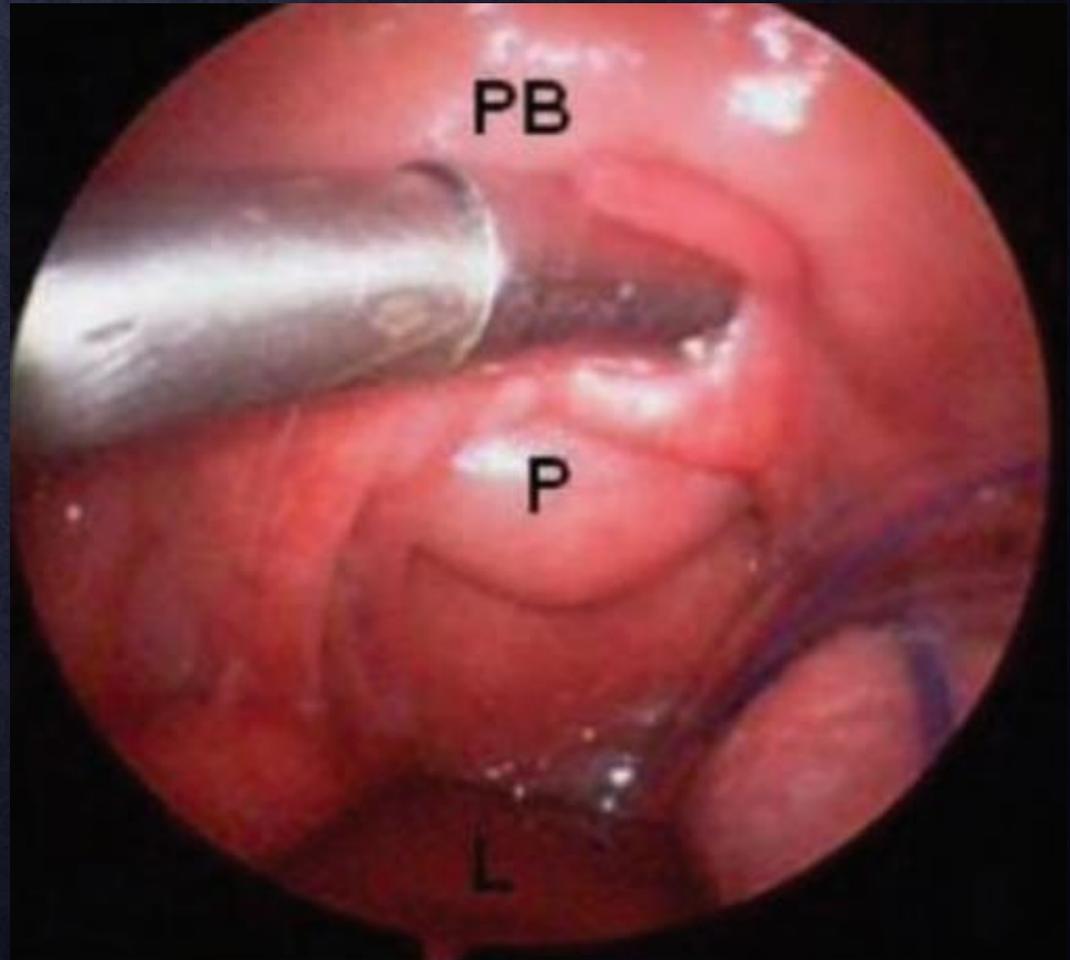


Figura 2. Vista endoscópica del pólipo en la nasofaringe. P: pólipo; PB: paladar blando; L: lengua.

TOMOGRAFÍA AC

La tomografía computada mostró que el pólipo se originaba en el septum y llenaba casi en su totalidad.

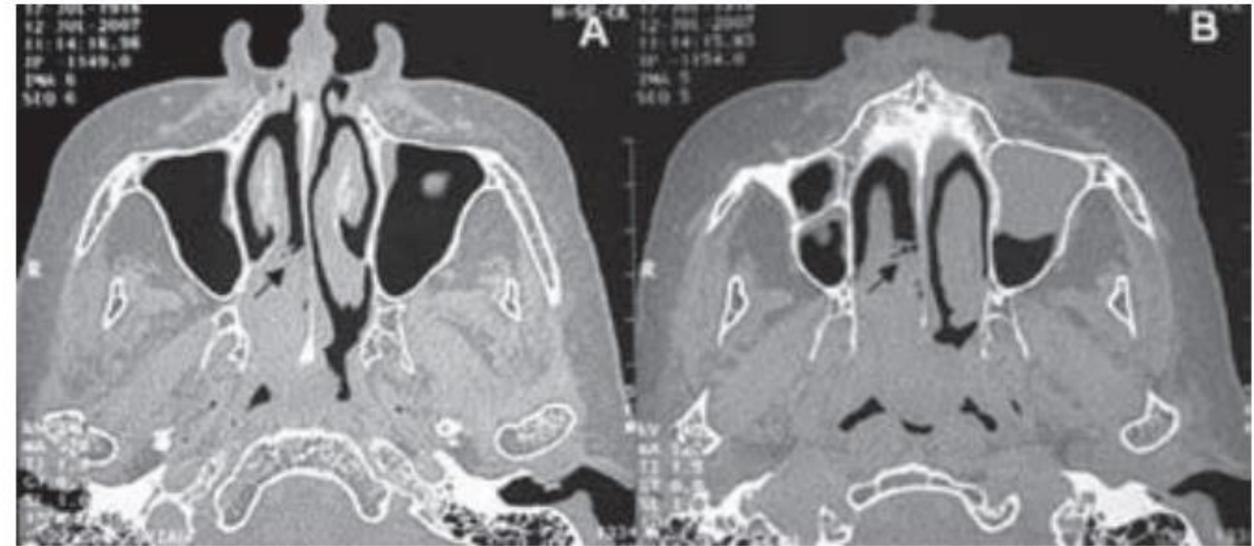


Figura 3. Tomografía computarizada en cortes axiales que muestra el origen septal del pólipo y su extensión a la nasofaringe. La flecha indica la inserción del pólipo.

TOMOGRAFÍA AC

También se pudo apreciar que ambos senos maxilares tenían una densidad de tejidos blandos en el piso.



Figura 4. Tomografía computarizada en cortes coronales que muestra el pólipo que se origina en el septum nasal, y la densidad de tejidos blandos en el piso de ambos senos maxilares.

El pólipo se resecó endoscópicamente con ayuda del microdebridador y cauterio bipolar, y se extrajo por vía orofaríngea.

CORTE HISTOPATOLÓGICO

Microscópicamente, se apreció la superficie de la tumoración revestida por epitelio respiratorio, con focos de metaplasia escamosa, estroma laxo edematoso con células inflamatorias (linfocitos, células plasmáticas y mastocitos), células en forma de huso y abundantes vasos sanguíneos dilatados y congestivos.

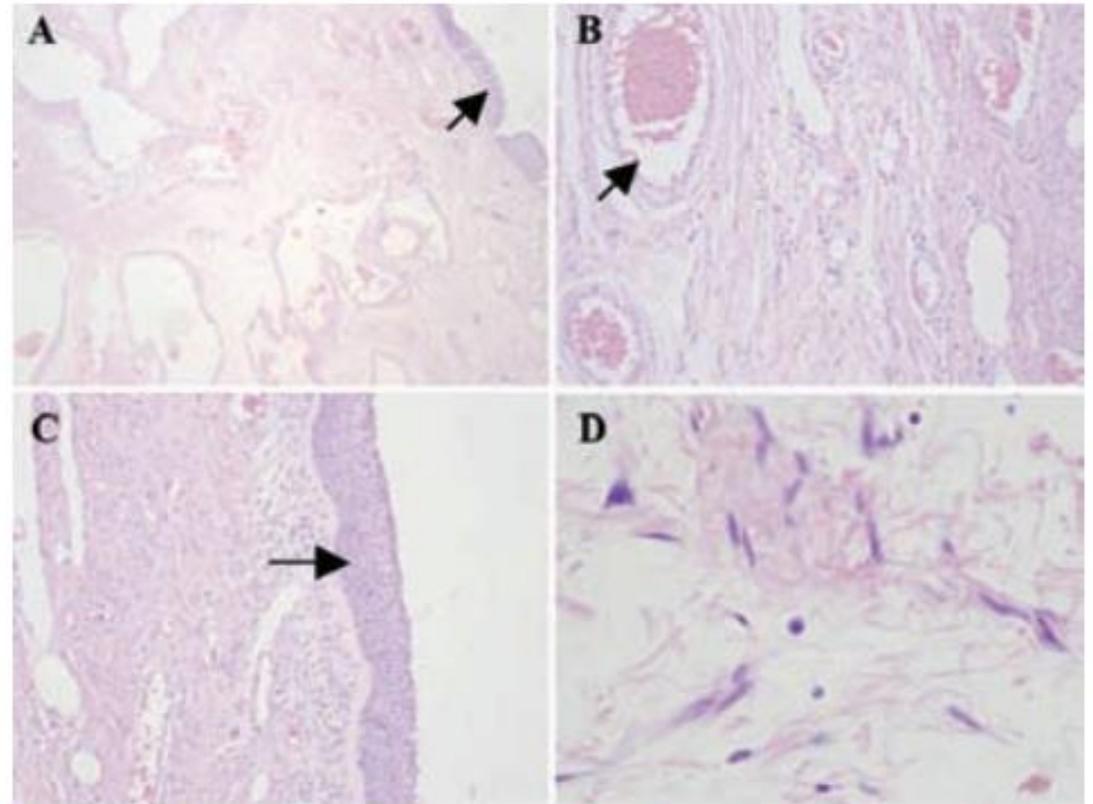


Figura 6. Corte histopatológico con tinción de hematoxilina-eosina. (A) pólipo revestido por epitelio respiratorio; (B) abundantes vasos sanguíneos dilatados y congestivos; (C) focos de metaplasia escamosa; (D) estroma con células inflamatorias y células en forma de huso.

DISCUSIÓN

La poliposis nasal es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía respiratoria alta que afecta del 1 al 4% de la población. No se han determinado los mecanismos inmunológicos precisos involucrados en su evolución.