# Papiloma invertido de fosas nasales

# Inverted Papiloma of nasal cavity

Dr. Henry Ronda Marisy; Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dra. Carmen Guerra Rodríguez

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

## RESUMEN

Se presentaron cuatro pacientes portadores de papiloma invertido localizado en fosas nasales, de los cuales uno degeneró hacia un carcinoma indiferenciado de fosas nasales, en tres hubo destrucción ósea y en tres recidivas de la lesión. Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente utilizando la rinotomía lateral y conchectomía como única forma de evitar las recidivas.

DeCS: PAPILOMA INVERTIDO; CAVIDAD NASAL.

## ABSTRACT

Four patients, carriers of inverted papiloma located in the nasal cavity were studied. Our of them, changed to and indifferentiated carcinoma of the nasal cavity, in three, there was osseous destrucction and the other three recurrence of the lesion. All cases were surgically treated using rhinotomy and conchectomy as the only way to prevent recurrences.

DeCS: PAPILLOMA, INVERTED, NASAL CAVITY.

## INTRODUCCIÓN

El papiloma epitelial, denominado por Ewing, es una lesión poco común de la mucosa nasal originada principalmente en el cornete medio, meato medio, porción anterior e inferior del septum nasal y a veces en los senos perinasales. [1] Tiene características neoplásicas más definidas que los polipos inflamatorios y alérgicos, los que presentan tendencias recidivantes aún después de largos períodos de efectuada su exéresis. [3, 4]
Se ve más frecuente en el hombre adulto, y puede llegar a alcanzar gran tamaño.

De acuerdo con la O.M.S. [5] los papilomas de la cavidad nasal se dividen en tres tipos importantes histopatológicamente: 1) Papiloma invertido, 2) Papiloma exofítico, 3) Papiloma vestibular.
El papiloma exofítico se caracteriza por presentar una superficie rugosa de color rosado y de mayor consistencia que los pólipos nasales ordinarios. El papiloma vestibular se localiza fundamentalmente en la porción anteroinferior del septum nasal y en el vestíbulo, se caracteriza por la superficie rugosa y dura de color amarillo. El término papiloma invertido se emplea para designar una entidad patológica en la cual existe una invaginación del epitelio superficial.

Los papilomas son considerados por algunos autores [6-8] como tumores fibroepiteliales caracterizados por el crecimiento sincrónico del epitelio y del tejido conjuntivo vascular subyacente y ambos están netamente separados, cuando desaparece esa armonía se habla de cancerización del papiloma.

El papiloma invertido de la nariz y senos paranasales fue reconocido por primera vez en el año 1883 por Hapman y Bill Roht, cuando separaron los pólipos nasales de los papilomas duros y blandos, mientras que Wright señaló que estos estaban determinados por un crecimiento epitelial benigno que recuerdan al de los papilomas laríngeos.
La etiología de estos tumores no está aún bien establecida, aunque autores como Ogura y cols [10] Buch Wald y cols, [11] Tang y cols, [12] Gilain y cols [13] señalan la posibilidad de un proceso infeccioso viral, como factor previo para el desarrollo del tumor, como serían los papilomas virus. Los más comúnmente reportados son los tipos 6, 11, 16 y 18 y, en ocasiones, la asosiación a virus de Eptein–Barr. [14] Los

papilomas virus se pueden demostrar por DNA in situ o hibridización del RNA o por reacción de cadena de la polimerasa. [15]

Se señala que los hombres son más susceptibles de sufrir esta entidad que las mujeres en proporción entre 3:1 a 10:1. [9] En este trabajo los cuatro pacientes fueron del sexo masculino.

Estas neoplasias pueden ser en sus inicios asintomáticas o dar lugar de grados variables de obstrucción nasal, asimismo puede haber deformidad de la pirámide nasal, como de su gran vascularización. [5-8]

Casuística

Caso 1

ANR, masculino, blanco, de 40 años de edad que ingresa por obstrucción nasal izquierda, con antecedentes de polipectomía nasal cuatro años antes de este ingreso.

Examen físico:

Deformidad de la pirámide nasal por una tumoración blanda rosácea de superficie irregular y lisa que ocupa la fosa nasal izquierda y se prolonga hasta la nasofaringe. La consistencia de la tumoración es blanda con zonas más firmes movibles y no dolorosas. (fig. 1)

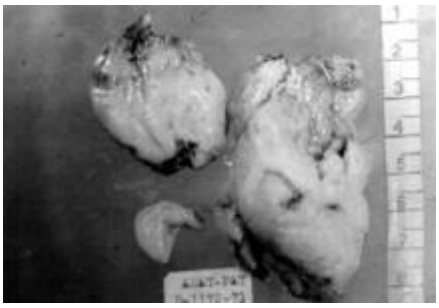


Figura 1. Obsérvese el gran tamaño de este tumor en uno de nuestros pacientes.

Examen radiológico:

Se observa opacidad de la fosa nasal izquierda, y del seno maxilar del mismo lado. La tomografía mostró destrucción de la pared externa de la fosa nasal y tumoración que deforma la pirámide nasal y erosiona el septum; el estudio histopatológico fue compatible con papiloma nasal. (fig. 5)

Se le realizó Caldwell-Luc con rinotomía lateral izquierda y se hizo la exéresis de la tumoración. El estudio histopatológico informó una tumoración de consistencia elástica de 7 x 4,5 x 2 cm correspondiente a un papiloma invertido, a los dos años de operado presenta recidiva de la lesión con base de implantación en cornete medio izquierdo. Se practicó rinotomía lateral con conchectomía total de dicho cornete (fig. 2).

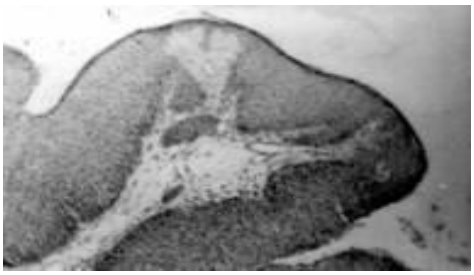


**Fig. 2. Estudio histopatológico que ofrece la investigación del epitelio superficial característico de este tumor (H y E, 40x).**

Caso 2

Hombre, negro, de 80 años de edad, ingresado por presentar obstrucción nasal de cuatro años de evolución, se le detectó en los últimos meses sangramientos nasales frecuentes.

Examen físico:

Tumoración rosada de superficie granulosa que ocupa la fosa nasal derecha, deforma la pirámide y se prolonga hasta la nasofaringe y es visible a través de la boca. Su consistencia es algo firme, movible, no dolorosa y fácilmente sangrante.

Examen radiológico:

Opacidad del seno maxilar derecho con hiperplasia de la mucosa y tumoración polipoidea. Se realiza biopsia, compatible con papiloma de células transicionales. Se le realizó Cladwell-Luc derecho y exéresis por la fosa nasal. Estudio histopatológico: papiloma invertido.

A los seis meses de operado presentó obstrucción nasal, y se pudo apreciar una tumoración redondeada de 3 cm en la porción posterior de la fosa nasal derecha. Se le practicó rinotomía inferior total al resecarse la tumoración. Estudio histopatológico: Papiloma invertido.

Caso 3

Masculino, blanco, de 68 años de edad, ingresado por obstrucción nasal derecha, con antecedentes de habérsele realizado en tres oportunidades papilectomía nasal y que presentó en los últimos meses sangramientos nasales.

Examen físico:
Tumoración vegetante en fosa nasal derecha de color rosado, superficie irregular que ocupa totalmente dicha fosa nasal, de consistencia blanda y que sangra con facilidad.

Estudio radiológico:
Se aprecia opacidad del seno maxilar derecho y fosas nasales, con destrucción de la pared externa de la fosa nasal derecha. La biopsia practicada ofrece el diagnóstico de papiloma invertido.
Se le realiza rinotomía lateral, Cadwell-Luc y Conchectomía media derecha, la base de implantación del tumor se encontraba en el extremo anterior del cornete medio que destruyó la pared externa y penetró en el seno maxilar, el cual era compatible por histopatología con carcinoma indiferenciado de fosa nasal y seno maxilar. Se aplica tratamiento radiante con dosis de 6 000 rads, lo que dio como resultado una evolución desfavorable.

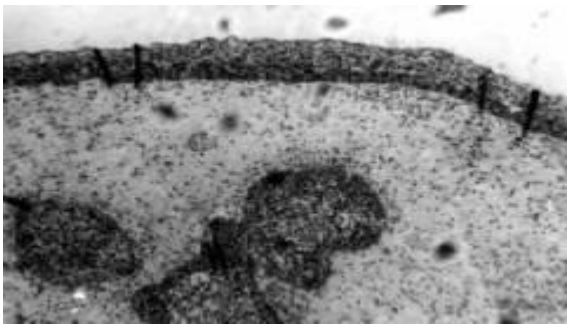
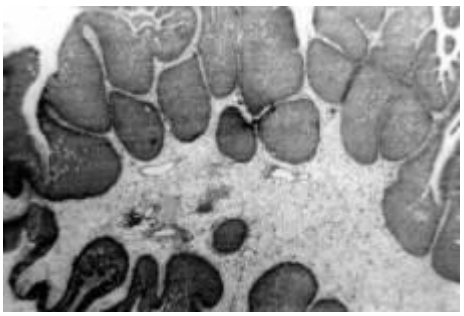


Fig. 3 y 4. Demuestran histológicamente la caracterización del papiloma (H y E 100x).



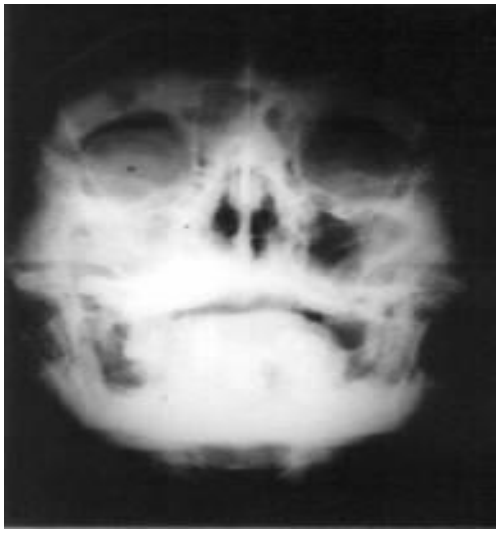


Fig. 5. Estudio radiológico que de muestra las características de este tipo de tumor en uno de los pacientes.

Caso 4

Masculino, negro, de 66 años de edad, ingresado por presentar obstrucción nasal izquierda de seis años de evolución, que en los últimos meses se ha acompañado de epistaxis frecuentes y dolor en la región maxilar y con antecedentes de polipectomía en tres ocasiones.

Examen físico:

Tumoración de color rosado, superficie irregular, que se prolonga hasta la nasofaringe, deforma la pirámide nasal y es fácilmente sangrante.

Estudio radiológico:

Opacidad del seno maxilar y fosa nasal izquierda con destrucción de la pared ósea.

Estudio histológico:

Compatible con papiloma nasal. Se le practica Caldwell-Luc y exéresis de la tumoración con conchectomía total del cornete medio, en el que se encontró destrucción total de la pared externa de la fosa nasal y antero-externa del seno maxilar. El estudio histopatológico fue compatible con papiloma invertido. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, y no presentó recidiva a los 16 meses de operado.

## COMENTARIOS

La incidencia de estos tumores es baja como lo demuestran algunos autores, [5, 6] en Dinamarca se señala 0.74 por 100 000 habitantes, [11] en Italia representa el 0, 5 %-4 % de todos los tumores nasales, [5] y en Estados Unidos en el Hospital Mount Sinai Medical Center en veinte años sólo se reportan 112 casos, [16] en Cuba no podemos señalar la verdadera frecuencia de tumores pues no existen referencias al respecto. Los estudios clínicos e hísticos, evidenciaron que el caso 3 había pasado por la fase evolutiva de transformación hacia la malignidad y que el tratamiento radiante no es capaz en estos casos de contener el crecimiento tumoral como señalan otros autores. [4, 7]

Una de las características de este tumor es la recidiva, [17] por ello, aunque el tratamiento quirúrgico es el ideal se han preconizado diferentes técnicas para evitarlos, [18] pero aún no se ha llegado a un acuerdo uniforme, la necesidad de tener que reintervenir a tres pacientes habla a favor de la gran capacidad recidivante de estos tumores, y las hemorragias acompañantes por su gran vascularización, lo que se ha demostrado por varios autores.[3, 9] Su gran capacidad de crecimiento y expansión está demostrada por el tamaño de las tumoraciones en los casos presentados, así como por la destrucción ósea presente en tres de ellos y que ha sido reportado por otros investigadores. [11, 13]

Los estudios radiográficos señalan opacidad de las fosas nasales y del seno maxilar correspondiente, pero hoy día el diagnóstico se basa fundamentalmente en el estudio endoscópico, [19] la Tomografía Axial Computarizada [20] y la Resonancia Magnética con Gadolinium. [21] La endoscopia es importante como diagnóstico y a la vez terapéutica en múltiples oportunidades. [19]

## CONCLUSIONES

1. Estos tumores pueden ser considerados como pocos frecuentes entre las enfermedades nasosinusales.
2. El papiloma invertido es una enfermedad propia del hombre adulto.
3. Estas tumoraciones son potencialmente malignas y deben ser tratadas de esta forma.

4. El tratamiento de elección es el quirúrgico y debe practicarse lo más precozmente posible

5. El abordaje quirúrgico debe efectuarse mediante rinotomía lateral con antrotomía maxilar y conchectomía total, o de acuerdo con los criterios de diferentes investigadores en el mundo.

6. La obstrucción nasal es el síntoma más frecuente, acompañado de epistaxis en el 75 % de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Tao Z, Hua Q, Ma Z. Tumors of the nose and sinuses presented as nasal polyp. Ling Chuang Erh Pi Yen Hou Ko Tsa Chih. 1997;11(1):19-20.

2. Ingle R, Jennigs T, Goodman M, Pilch B, Bergman S, Ross J. CD 44 expresion in sinonasal inverted papillomas and associated squamous cell carcinoma. Am J Clin Pathol. 1998;(3):309-14.

3. Califano J, Koch W, Sidransky D, Westra W. Inverted sinosal papiloma: a molecular genetic appraisal of its putative status as a precursor to squamous cell carcinoma. Am J Pathol. 2000;156(1):333-7.

4. Tsunoda R, Takooda S, Nishijima W, Ogawa M, Terada S. Inverted papillomas in the nose and paranasal sinuses. Nippon Jibiinkoda Gakkai Kaiho. 1994;97(5):912-8.

5. Pianelli C, Radici M, Camaioni A, De Campora L. InverteD papillomas. Modality of treatment. Acta Ottorhinolaryngol Ital. 1996;16(4):339-46.

6. Palomar V, Soteras J, Melgarejo P, Fortuny J, Ruiz A, Melgarejo C. Inverted papillomas of the nasal sinuses. Acta Otorrinolaringol Esp. 1995;46(2):111-4.

7. Sthi D. Isolated shpenoid lesions: diagnosis and management. Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;120(5):730-6.

8. Bernatt Gili A, Morais Pérez D, Dalmau Galofre J, Ayarbe Torrero V. Malignant rhinosinusal inverted papilloma with orbital involvement An Otorrinlaringol Ibero Am. 1998;25(4):339-406.

9. Armings CH, Goodman M. Inverted papillomas of the nose and paranasal sinuses. Arch of Otolaryngology. 1971;92(5):445-9.

10. Ogura H, Fujiwara T, Hamaya K, Saito R. Detection of human papilloma virus type 57 in a case of inverted nasal papillomatosis in Japan. Eur Arch Otorhinolaringol. 1995;252(8):513-5.

11. Buchwald C, Franzmann M. Tos Sinosal Papillomas: a report of 82 cases in Copenhogen country, including a longituninal epidemiological and Clinical Study. Laringoscope. 1995;105(1):72-9.
12. Tang A, Grignon D, MacRae D. The association of human pailloma virus with schneider iar papillomas: a DNA in situ hybridization study. J Otolaryngol. 1994;23(4):292-7.
13. Gilain L, Favre M, Plaquearyt X. Human papillomatosis and nososinusal in inverted papilloma. Ann Otolaryngo Chir Cervico Fac. 1993;110(6):321-5.
14. Mac Donald M, Le K, Plaqueart X. Human papillomatosis and sinosal papillomas carries Epstein–Barr virus genomes. Cancer. 1995;75(9):2307-12.
15. Buchwald C, Franzmann N, Jacobsen G, Linderbeng H. Human papilloma virus in sinonasal papillomas: a study of 78 casos using in situ Hybridization and polymerase chain reaction. Laryngoscope. 1995;105(1):66-71.
16. Lawson W, Ho B, Shaari C, Biller H. Inverted papiloma :a report of 112 cases. Laringoscope. 1995;105(3):282-8.
17. Podd T, Dawes P, Marshall H. Malignant inverted papillomas: a review of seven cases and implications for treatment. Clin Oncol. 1994;6(5):305-7.
18. Hans S, Laccourreye O, Jouffre Menard M, Brasnu D, Laccourreye DH. Inverted nassosinusal papiloma and lateronasal rhinotomy. Ann Otolaringol chir cervicofac. 1995;111(5):270-5.
19. Blokmanis A. Endoscopic diagnosis, treatment and follow-up of tumours of the nose and sinuses. J Otolaryngol. 1995;23(5):366-9.
20. Woodruff W, Vrabee D. Inverted papiloma of the nasal vault and paranasal sinuses: spectral ctfindings. AJR (Am J Roentgenol). 1994;162(2):412-23.
21. Lai P, Yang C, Pan H, Wu M, Chu S, Ger L. Recurrent inverted papilloma: diagnosis with pharmacokinetic dynamic gadolinium-enhanced MR imaging. A J NR (Am J Neuroradiol). 1999;20(8):1445-5.

Recibido: 1 de marzo de 2002
Aprobado: 3 de abril de 2002

*Dr. Henry Ronda Marisy.* Especialista de II Grado en ORL. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.