

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

POLIPOSIS NASAL DEFORMANTE RECIDIVANTE.

Por:

Dra. María Elena Castillo Corzo¹, Dr. Amado Luis Figueroa Álvarez² y Dra. Juana Lidia Herrera Prieto³

1. Especialista de I Grado en ORL. Instructora. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en ORL. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en ORL.

Descriptores DeCS:
POLIPOS NASALES

Subject headings:
NASAL POLYPS

Señor Editor:

Las sinusitis crónicas no exudativas tienen su principal expresión en las sinusitis hiperplásicas y, dentro de ellas, el pólipo constituye su característica principal. Se consideran dos formas de poliposis nasal: el pólipo de las coanas –denominado pólipo de Killian o solitario–, y en oposición a esta forma, hallamos la poliposis nasal deformante y recidivante (síndrome de Woakes)¹⁻³.

Son diversas las causas que pueden conducir a la formación de pólipos mucosos en las fosas nasales y sus senos; entre ellas se encuentran los factores alérgicos, irritativos y constitucionales; los primeros desempeñan un papel casi exclusivo en la actualidad; los segundos son ocasionados por infecciones virales o bacterianas que alcanzan el laberinto sinusal, y los terceros están dados por la predisposición del paciente para la formación de pólipos¹⁻⁴. Estos se observan con más frecuencia entre los 50 y 60 años, con mayor incidencia en el sexo masculino en una proporción de 2.2:1, y su estructura hística es similar a la encontrada en el asma bronquial. El cuadro clínico se caracteriza por la obstrucción nasal producida por las masas poliposas; la deformidad, con ensanchamiento de las fosas nasales, ocurre por el efecto de la presión y el desplazamiento de los pólipos en la cavidad nasal^{1,2,5}.

Estudios que se realizan en el campo de la inmunología, la biología molecular y la genética, ofrecen criterios de mayor certeza para ser más efectivos en las opciones de tratamiento, en aras de lograr una mejor calidad de vida^{1,2,4,5}. Es bien discutido el tratamiento de esta entidad, aunque al respecto no se ha dicho lo último en la prevención de la sinusitis hiperplásicas con poliposis nasal^{1,6,7}.

El tratamiento quirúrgico comprende la corrección de cualquier anomalía anatómica, la exéresis de los pólipos, tumores e hipertrofia de cornetes. La asociación de anomalías exige la combinación de procedimientos para obtener alivio; la posibilidad que ofrece la operación endoscópica es de gran valor, ya que facilita como tratamiento la resección de la inervación parasimpática del nervio vidiano. Estas intervenciones quirúrgicas no están exentas de complicaciones cuando se instrumenta demasiado, y el pronóstico se mantiene reservado en cuanto a las recidivas^{2,8-10}.

Nos preguntamos: ¿Qué otros factores etiológicos o qué disposición del organismo existe para que niños y adolescentes presenten esta enfermedad de forma más agresiva, recidivante y deformante, si ésta se presenta entre los 50 y 60 años de forma inocua?

Nuestro paciente, desde los nueve años presenta un cuadro obstructivo nasal bilateral, se le aplica tratamiento con esteroides, vacunación tipificada según alérgenos, se le realizan operaciones convencionales maxilo-etmoidales con polipectomía nasal; con posterioridad a la última –realizada hace dos años– se le aplicó ultrasonido y láser terapéutico posquirúrgico. Hasta la fecha se ha logrado la detención de la recidiva. A los 20 años de edad se observa un ensanchamiento de las fosas nasales, comunicación nasoastral, y refiere sensación de obstrucción nasal.

Referencias bibliográficas

1. Nauman HH. Inflamaciones triviales de las fosas nasales y de los senos perinasales. En: Berendes J, Link R, Zollner F. Tratado de otorrinolaringología vol. 1. Madrid: Científico Médica; 1969. p. 205-32.
2. Gluckman JL, Stagemoyer R. Rinitis no alérgica. En: Paparella MM. Otorrinolaringología cabeza y cuello vol. 3. 3a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004. p. 2208-19.
3. Senocak D, Organ Y. Massive nasal polypoidosis unusually severe case. Ear Nose Throat J. 2003;82(4):313-4.
4. Winstead W. Rhinosinusitis. Prim Care. 2003;30(1):137-54.
5. Johanssen L, Akerlund A, Holmberg K, Melen I, Bende M. Prevalence of nasal polyps in adults: the skoude population –based study. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2003;112(7):625-9.
6. Mastruzzo C, Jreco LR, Nakano K, Nakano A, Palermo E. Impact of intranasal budesonide on immune inflammatory responses and epithelial remodeling in chronic upper airway. J Allergy Clin Immunol. 2003;112(1):37-44.
7. Passali D, Bernstein JM, Passali FM, Damiani V, Passali JC. Treatment of recurrent chronic hyperplastic sinusitis with nasal polyposis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;129(6):6569.
8. Wong HK, Wang PC, Tsai YH, Huang TC, Hsu SY. Endoscope-assisted KTP laser sinus clear-out procedure for recurrent ethmoid polyposis. J Clin Laser Med Surg. 2003;21(2):93-8.
9. Rucci L, Bocciolini C, Casucci A. Nasal polyposis microsurgical ethmoidectomy and interruption of automatic innervation vs conventional surgery. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2003;23(1):26-32.
10. Gahan SM, Nerad JA. Orbital complications in endoscopic sinus surgery using powered instrumentation. J Allergy Clin Immunol. 2003;113(5):874-8.