

Abordaje endoscópico transpterigoideo para papiloma invertido del seno esfenoidal: Informe de un caso

Candelaria Serrano¹, Micaela Redivo², María del Pilar Minghera² y Carlos Santiago Ruggeri¹

1Rinosinusología y Base de Cráneo, Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina
2Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una mujer que tuvo un papiloma invertido en el seno esfenoidal.

El esfenoides fue muy neumatizado y el papiloma invertido se extendió a un receso lateral del seno, más allá de la arteria carótida interna paraclival, que fue prominente.

Se hizo un abordaje endonasal unilateral, combinando una esfenoidotomía bilateral con septectomía posterior con un abordaje transpterigoideo, para exponer el receso lateral neumatizado del esfenoides localizado detrás de la pared posterior del maxilar.

El papiloma invertido fue resecado en forma completa, sin evidencia de recurrencias.

Palabras clave: papiloma invertido, seno esfenoidal, cirugía endoscópica, abordaje transpterigoideo.

Transpterygoid Endoscopic Approach for Inverted Papilloma of the Sphenoid Sinus: A Case Report ABSTRACT

We describe a clinical case of a woman with an inverted papilloma in the sphenoidal sinus.

The sphenoid was highly pneumatized, and the inverted papilloma extended into a lateral recess of the sinus beyond the paraclival segment of the internal carotid artery, which was prominent.

We performed a unilateral endonasal approach, combining a bilateral sphenoidotomy with a posterior septectomy and a transpterygoid approach to expose the lateral pneumatized recess of the sphenoid located behind the posterior wall of the maxilla.

We resected completely the inverted papilloma with no evidence of recurrence.

Keywords: inverted papilloma, sphenoidal sinus, endoscopic surgery, transpterygoid approach

INTRODUCCIÓN

El papiloma invertido (PI) es un tumor benigno que se origina de la mucosa de las fosas nasales y senos paranasales. Se caracteriza por su agresividad local, tendencia a la recurrencia, malignización y posible relación con la infección por el virus del papiloma humano¹.

El epitelio tiene un patrón de crecimiento invertido, se invagina y crece dentro del estroma subyacente, pero la membrana basal permanece intacta².

El compromiso aislado del seno esfenoidal es muy raro y la resección completa del tumor es desafiante por las posibilidades que tiene el tumor de erosionar el hueso y extenderse a estructuras vitales adyacentes como el nervio óptico, los nervios oculomotores y la arteria carótida interna. También las variantes anatómicas del esfenoides, como una excesiva neumatización con amplios recesos laterales, dehiscencia o prominencia de la arteria carótida interna, del nervio óptico o los septos que se inserten en

Autor para correspondencia: carlos.ruggeri@hospitalitaliano.org.ar, Ruggeri CS.

Recibido: 21/05/24 Aceptado: 1/09/24 En línea: 10/10/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.356>

Cómo citar: Serrano C, Redivo M, Minghera MP, Ruggeri CS. El problema del suicidio. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2024;44(4):e0000356.

el segundo par craneal o en la arteria carótida pueden incrementar las dificultades de la resección quirúrgica y las complicaciones.

Describimos el caso de una mujer que tuvo un papiloma invertido aislado en el seno esfenoidal, con neumatización lateral distal a la arteria carótida paraclival.

Fue tratada con éxito mediante un abordaje endonasal transpterigoideo al esfenoides con asistencia de endoscopios.

La poca frecuencia de la localización del papiloma invertido en el esfenoides, la realización del abordaje transpterigoideo para acceder al receso lateral del seno esfenoidal, ocupado por el tumor, y la implantación del tumor en la arteria carótida nos parecieron de relevancia para describir el caso clínico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años consultó por obstrucción nasal izquierda y rinorrea hialina de 10 meses de aparición. Mediante endoscopia nasal se observó una lesión polipoidea en el tercio posterior de la fosa nasal izquierda.

En la tomografía computarizada de macizo facial se diagnosticó un tumor polipoideo que ocupaba la mitad del seno esfenoidal y el tercio posterior de la cavidad nasal izquierda con extensión a rinofaringe. El esfenoides tuvo una neumatización lateral bilateral y no se detectó erosión ósea. Se observaron las arterias carótidas procidentes y septos que se insertaron en ellas (Fig. 1).

Se realizó una biopsia por vía endonasal con endoscopios.

El informe histopatológico fue: papiloma invertido nasosinusal.

En la resonancia magnética con contraste se observó una lesión isointensa en T1, de aspecto cerebriforme con realce poscontraste que ocupaba el seno esfenoidal izquierdo y el tercio posterior de la cavidad nasal (Fig. 2).

Se indicó tratamiento quirúrgico, realizando –bajo anestesia general– un abordaje endonasal-transmaxilar-transpterigoideo con esfenoidotomía izquierda asistido con endoscopios.

Se hicieron una antróstomía maxilar y etmoidectomía anterior y posterior con resección del cornete medio, y se fresó la base de la apófisis pterigoides, ampliando la esfenoidotomía izquierda previa, para exponer el tumor dentro del esfenoides y en su receso lateral. Se resecó el PI disecándolo del sitio de implantación en la arteria carótida paraclival izquierda.

Al finalizar la cirugía se colocó matriz hemostática y no se utilizó taponaje nasal (Fig. 3).

La paciente permaneció internada en sala común y recibió el alta hospitalaria 24 horas después. Tuvo una buena evolución y en los controles con endoscopia en consultorio; mediante resonancia magnética no se detectaron recurrencias del papiloma invertido durante un seguimiento de 1 año (Fig. 4).

DISCUSIÓN

El papiloma invertido se origina con mayor frecuencia en la pared nasal lateral.

Su localización aislada en el seno esfenoidal es infrecuente (entre el 1 y el 12,7%)^{3,4}.

Al originarse dentro del seno esfenoidal puede ser asintomático durante mucho tiempo hasta que erosiona la pared anterior y produce obstrucción nasal o cefaleas por compresión.

La tomografía computarizada de macizo facial diagnóstica una ocupación parcial o total del seno esfenoidal y puede detectar zonas de hiperostosis que, para algunos, indican el sitio de implantación del tumor y zonas de erosión ósea^{5,6}.

Se puede determinar el grado de neumatización del seno y la presencia de recesos laterales que se extienden por detrás de la pared posterior del maxilar y variantes

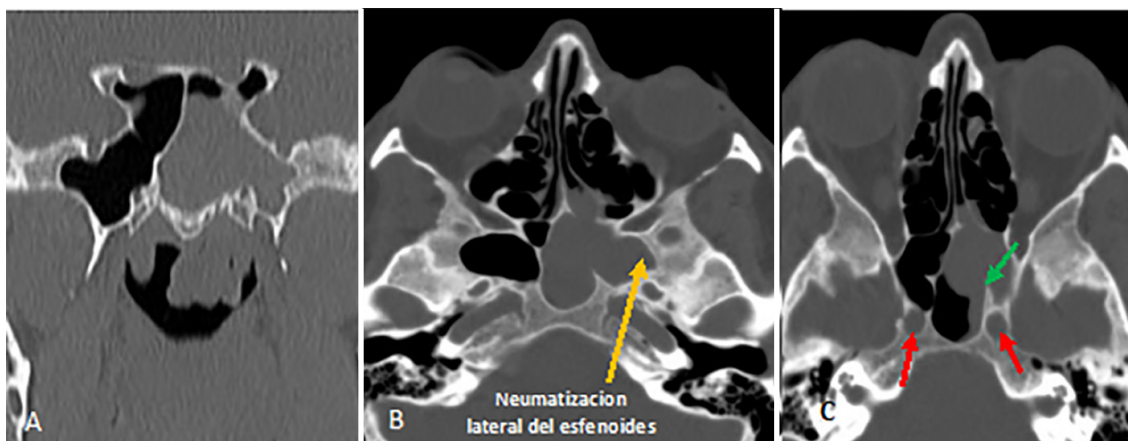


Figura 1. Tomografía computarizada de macizo facial. **A.** Corte coronal; **B y C.** Corte axial: se observa la ocupación del seno esfenoidal izquierdo con extensión de aspecto polipoideo a la rinofaringe. El seno esfenoidal tiene una neumatización lateral (flecha amarilla) y se ven las arterias carótidas procidentes dentro del seno (flechas rojas) con un tabique óseo insertado en la arteria (flecha verde).

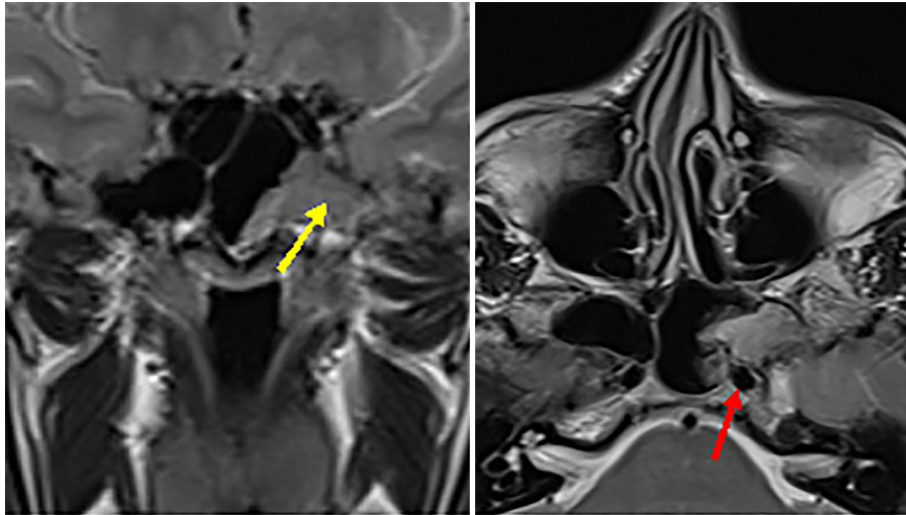


Figura 2. Resonancia magnética (cortes coronales y axiales) después de la biopsia endonasal: se observa el papiloma invertido en el seno esfenoidal izquierdo con extensión al receso lateral (flecha amarilla), las arterias carótidas internas procidentes dentro del seno esfenoidal y la arteria carótida izquierda en contacto con el tumor (flecha roja).

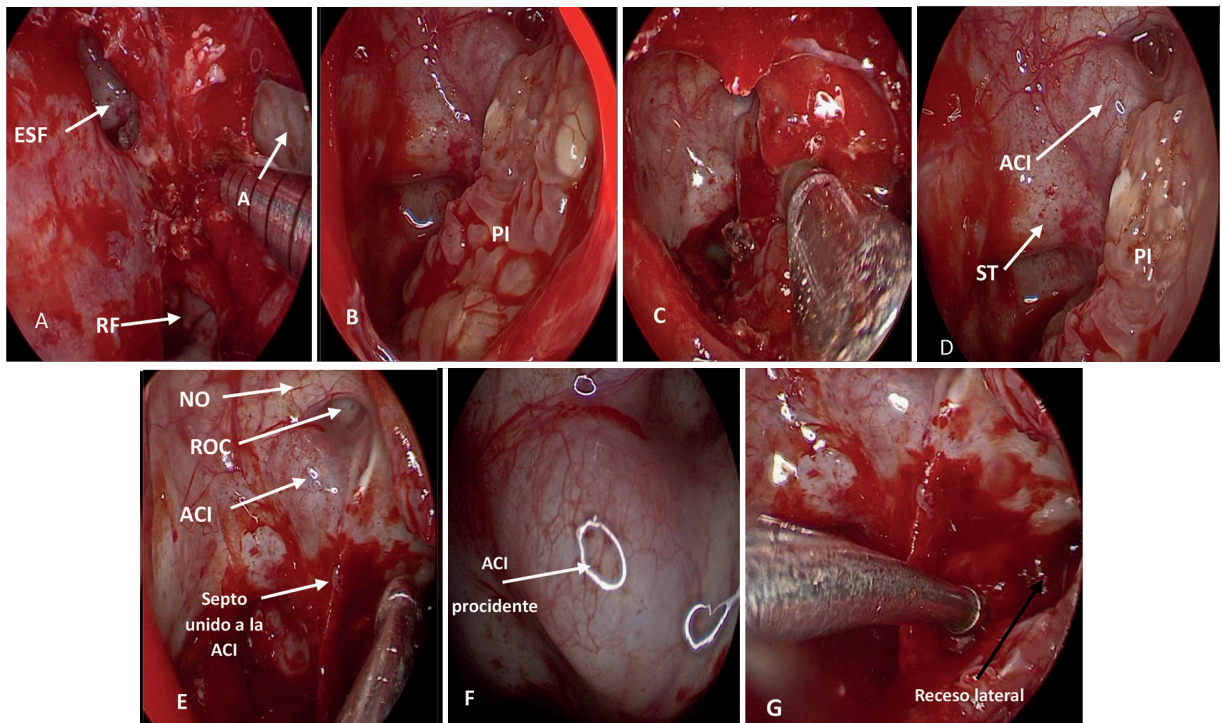


Figura 3. Esfenoidotomía parasfenoidal bilateral con septectomía posterior y abordaje transpterigoideo (visión endoscópica). **A.** Corredor nasal donde se observa la antróstomía maxilar (AM), la esfenoidotomía (ESF), rinofaringe (RF) y la turbinectomía media. **B.** Se observa el papiloma invertido (PI) sobre el sector izquierdo del seno esfenoidal a través de la esfenoidotomía bilateral. **C.** Fresado de la base de la apófisis pterigoides para mejorar la visión del PI en el receso esfenoidal lateral izquierdo. **D.** Se ven el PI, la arteria carótida interna (ACI) procidente y la silla turca (ST). **E.** Arteria carótida interna procidente (ACI), receso óptico-carotideo (ROC), nervio óptico (NO) y septo que se inserta en la arteria carótida. **F.** Arteria carótida interna procidente (ACI). **G.** Receso lateral sin PI al finalizar la cirugía.

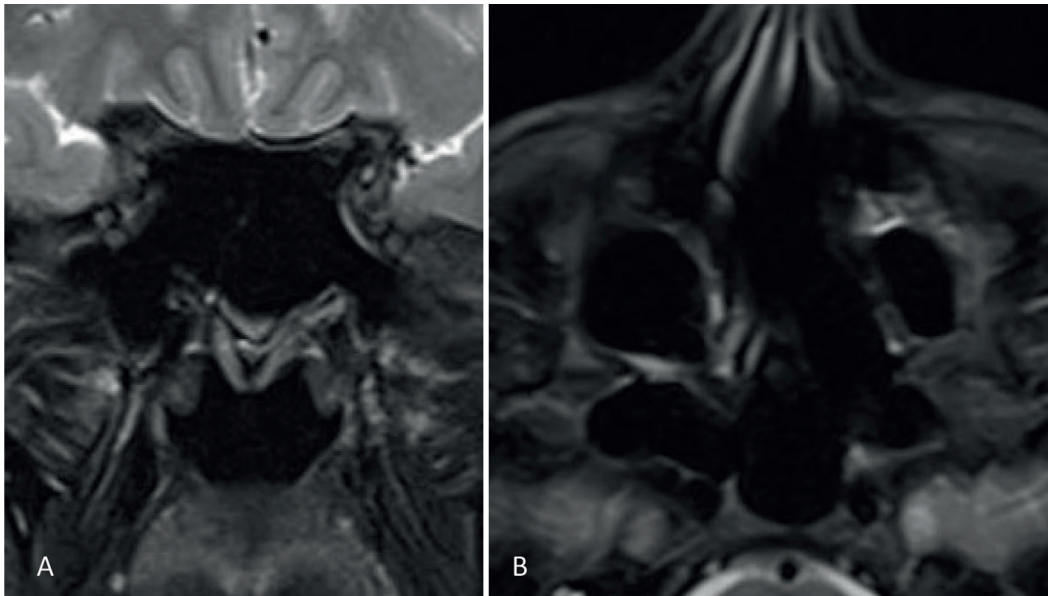


Figura 4. Resonancia magnética corte coronal (A) y corte axial (B) No se observa recurrencia del papiloma invertido en el seno esfenoidal.

anatómicas como arterias carótidas o nervios ópticos procliventes o dehiscentes, septos que pueden insertarse en la arteria carótida o nervios ópticos. Esto resulta fundamental para planificar el mejor abordaje quirúrgico endonasal.

La resonancia magnética diagnostica mejor la extensión intracraneal y permite diferenciar el PI del moco retenido.

El acceso endonasal con videoendoscopia permite una visión con magnificación y con ángulo; es la mejor técnica quirúrgica para exponer el seno esfenoidal.

La resección del PI debe ser completa para reducir las recurrencias.

La implantación del tumor sobre la arteria carótida, el piso de la silla turca, las paredes laterales del esfenoides, la excesiva neumatización y la erosión del hueso son factores que influyen sobre la posibilidad de obtener un adecuado control local y pueden incrementar las complicaciones⁷.

La disección de un corredor nasal realizando una antrostomía maxilar, etmoidectomía anterior y posterior y una esfenoidotomía paraseptal unilateral o bilateral con septectomía posterior es la técnica más utilizada.

Cuando el seno esfenoidal tiene una neumatización excesiva puede ser difícil acceder a los recesos laterales,

más allá de la carótida paraclival, utilizando solamente la esfenoidotomía.

La combinación de la esfenoidotomía con un abordaje transpterigoideo permite acceder a los sectores laterales del seno y realizar una resección completa del PI.

El abordaje transpterigoideo también es útil para acceder a otras regiones de la base del cráneo como el seno cavernoso, la fosa craneal media, el ápex petroso, la rinofaringe o a la fosa infratemporal (Fig. 5)^{8,9}.

Los equipos de navegación intraoperatoria o Doppler pueden ser de utilidad para mejorar la precisión de la cirugía y reducir las complicaciones, aunque en el caso descrito no fueron utilizados.

Contribuciones de autores: Conceptualización: CSR. Metodología, Software, Validación, Análisis formal, Investigación, Recursos, Curación de datos, Redacción-Revisión y edición, Visualización, Administración de proyecto: CSR, CS, MM, MR. Redacción - Borrador original: CSR. Supervisión: CSR.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

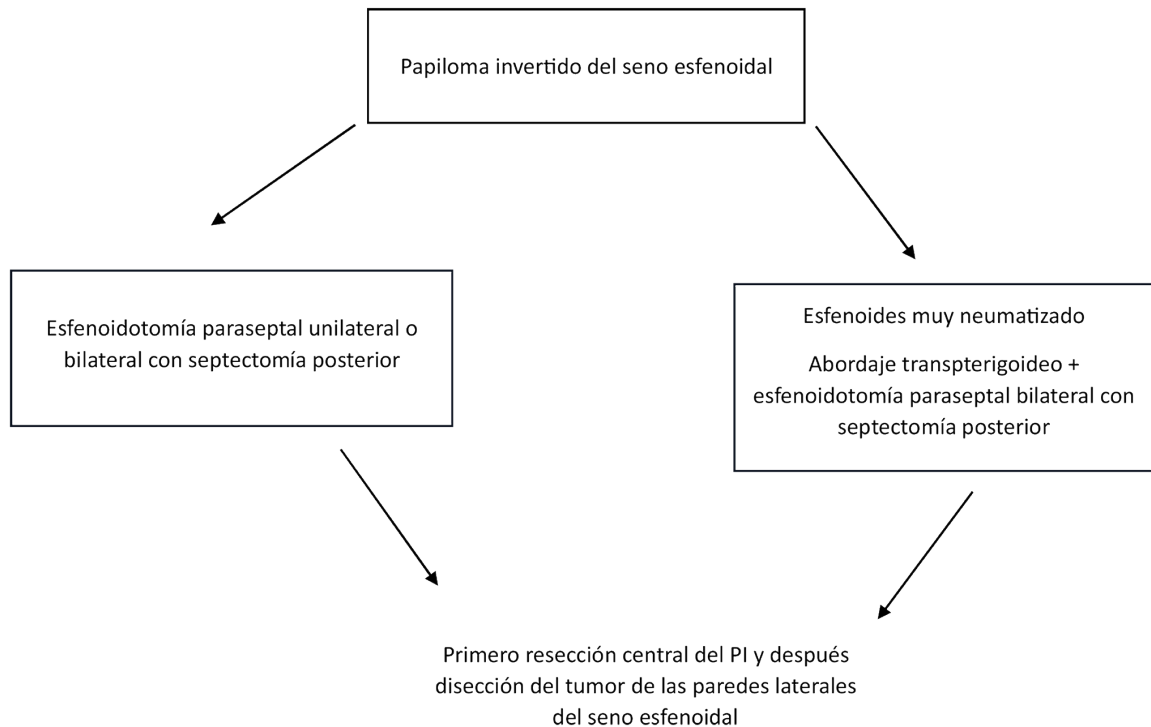


Figura 5. Técnica quirúrgica endonasal con endoscopios al seno esfenoidal según neumatización y disección del papiloma invertido

REFERENCIAS

1. Tong CCL, Palmer JN. Updates in the cause of sinonasal inverted papilloma and malignant transformation to squamous cell carcinoma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021;29(1):59-64. <https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000692>
2. Lund VJ, Howard DJ, Wei IW. Epithelial epidermoid tumors. En: Lund V, Howard DJ, Wei IW. *Tumors of the nose, sinuses and nasopharynx.* Stuttgart: Thieme; 2014. p. 77-92.
3. Guillemaud JP, Witterick IJ. Inverted papilloma of the sphenoid sinus: clinical presentation, management, and systematic review of the literature. *Laryngoscope.* 2009;119(12):2466-2471. <https://doi.org/10.1002/lary.20718>.
4. Lawson W, Kaufman MR, Biller HF. Treatment outcomes in the management of inverted papilloma: an analysis of 160 cases. *Laryngoscope.* 2003;113(9):1548-1556. <https://doi.org/10.1097/00005537-200309000-00026>.
5. Lee DK, Chung SK, Dhong HJ, et al. Focal hyperostosis on CT of sinonasal inverted papilloma as a predictor of tumor origin. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28(4):618-621.
6. Zabolotnyi D, Zabolotna D, Zinchenko D, et al. Diagnosis and treatment of patients with sinonasal inverted papilloma. *Georgian Med News.* 2020;(306):31-37.
7. Suh JD, Ramakrishnan VR, Thompson CF, et al. Inverted papilloma of the sphenoid sinus: risk factors for disease recurrence. *Laryngoscope.* 2015;125(3):544-548. <https://doi.org/10.1002/lary.24929>.
8. Locatelli D, Pozzi F, Karligkiotis A, et al. Transnasal endoscopic transthemoid-ptyergoid sphenoid approach. En: Stamm AC, editor. *Transnasal endoscopic skull base and brain surgery.* 2nd ed. New York, NY: Thieme; 2019. p. 421-428.
9. Vinciguerra A, Guichard JP, Verillaud B, et al. Extended sphenoidotomy combined with transpterygoid approach for sphenoidal sinus inverted papilloma. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2023;280(12):5369-5378. <https://doi.org/10.1007/s00405-023-08106-6>.