

ALFONSO COLLADO, J.I.  
MILLÁN GUEVARA, J.  
PORQUET BUENO, J.M  
URPEGUI GARCÍA, A.  
SANCHO SERRANO, E.M.  
ESCORIAL SANZ, O.  
VALLÉS VARELA, H.

## El tratamiento quirúrgico de la Poliposis Major

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"  
Zaragoza

### Resumen

**Objetivos:** Valorar el tratamiento quirúrgico de la llamada poliposis major cuando el tratamiento médico resulta ineficaz.

**Material y métodos:** Se revisa la historia clínica de 30 pacientes operados de poliposis major desde enero de 1998 a mayo de 1999 valorando la evolución de su proceso tras la intervención quirúrgica.

**Resultados:** El seguimiento fue del 100% con un alto grado de satisfacción en todos los pacientes. Mas de la mitad de los pacientes que habían perdido el olfato lo recuperaron.  
**Conclusiones:** Consideramos el abordaje combinado de cirugía endoscópica con microscopio quirúrgico como tratamiento de elección cuando el tratamiento médico no es eficaz.

**Palabras clave:** Poliposis major. Tratamiento quirúrgico. Cirugía endoscópica.

### Summary

**Objective:** The purpose of this study is to value the surgical management in the nasal polyposis when the medical treatment result inefficient.

**Materials and Methods:** We review 30 patients with surgical treatment of major polyposis from January 1998 to May 1999. All the patients were followed after surgery.

**Results:** Follow up was made in 100% of the cases. All the patients were very grateful with the surgical procedure and more than the half of the patients with anosmia recover the smell.

**Conclusion:** The combined microsurgery and endoscopic surgical procedure is the main option for us in the treatment of the major polyposis when the medical treatment is inefficient.

**Key words:** Major polyposis. Surgical treatment. Endoscopic surgery.

### Introducción

La poliposis nasosinusal se puede definir como un proceso inflamatorio edematoso crónico que se caracteriza por una hiperplasia local de la mucosa y la presencia en las fosas nasales y senos paranasales de formaciones redondeadas, gris-rosáceas, opalescentes, blandas, indoloras que ocluyen las fosas nasales. Se puede dividir en atención a muchos criterios; en la práctica clínica se divide en dos variedades: (1)

-Poliposis minor: presencia de un edema en senos y fosa nasal, sobre todo en cornete medio y meato, con mínima significancia clínica.

-Poliposis major: presencia de grandes pólipos que provoca manifestaciones clínicas más llamativas.

La etiopatogenia es desconocida en su totalidad, pero varios grupos clásicamente reconocidos son los de origen alérgico, los infecciosos principalmente por el *Haemophilus influenzae*, y los tumorales. Otras causas pueden ser la fibrosis quística, la enfermedad de Widal (triada ASA) y otras más raras como el síndrome de Mounier-Kuhn y la enfermedad de Kartagener.

El tratamiento de la poliposis minor es esencialmente médico de tipo etiopatogénico en la medida de lo posible. En la poliposis major el tratamiento al principio es médico pero con frecuencia ante el poco éxito del mismo hay que recurrir a la cirugía.

En este estudio evaluamos los resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con poliposis major refractarios al tratamiento médico conservador.

### Material y métodos

Se realiza la revisión de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de poliposis major desde Enero de 1998 hasta Mayo de 1999.

Se revisan 30 pacientes, 20 hombres y 10 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 72 años, con una edad media global de 47,7 años. La edad media de los hombres es de 46,5 y la de las mujeres de 50,2.

A todos los pacientes se les realiza TAC en proyección axial y coronal de 4 a 6 semanas previas a la intervención para valorar la extensión de la poliposis y plantear la estrategia quirúrgica. Así mismo a todos los pacientes se les realiza

exploración endoscópica previa a la intervención.

En todas las intervenciones se utiliza vasoconstrictor nasal tópico (xilometazolina al 1%) antes de la intervención y aplicado con lentinas neuroquirúrgicas durante dicha intervención. A todos ellos se les realiza polipectomía mediante un abordaje combinado con microscopio quirúrgico con una lente de 250 aumentos al principio de la intervención para las grandes masas polipoideas y posteriormente cirugía endoscópica nasosinusal con endoscopios tanto rectos como angulares.

El taponamiento nasal se mantiene durante 48-72 horas y al retirarlo se inicia tratamiento médico con corticoides tópicos y lavados nasales con suero fisiológico. Los pacientes son revisados en consultas externas a los 20 días de la intervención aproximadamente y posteriormente cada 2-3 meses.

## Resultados

Todos los pacientes tienen una historia clínica de poliposis mayor y han sido tratados con tratamiento médico durante un periodo previo que varía de 1 a 15 años siendo la media global de 4,9 años. Esta media para los hombres es de 4,45 años y para las mujeres de 5,8 años.

El síntoma principal es la insuficiencia respiratoria nasal en el 100% de los casos, seguido de la anosmia en el 36.6% (11 casos) y en menor grado la rinorrea y la cefalea. El seguimiento de los pacientes fue del 100% y varía entre 2 y 16 meses con una media global de 7,3 meses. Todos los pacientes refieren importante mejoría de su sintomatología con desaparición de la insuficiencia ventilatoria y alto grado de bienestar tras la intervención quirúrgica. La recuperación del olfato es completa en 6 pacientes aunque en un caso a los pocos meses notó discreta pérdida de olfacción permaneciendo el paciente sin recidiva en la exploración endoscópica.

Solo dos pacientes presentan la triada AAS, dos tienen pruebas alérgicas positivas y doce negativas.

En el TAC se aprecia la afectación de los senos etmoidales en el 100% de los casos, los senos maxilares en el 53% , los frontales en el 33% y los esfenoidales en el 26%.

El resultado anatomopatológico de la exéresis quirúrgica es en 11 casos de pólipos alérgicos, en 15 casos de pólipos inflamatorios y en 4 casos de pólipos con componente inflamatorio y alérgico.

Como complicaciones de la intervención quirúrgica, aparte de alguna hemorragia nasal autolimitada al retirar el taponamiento nasal o que cede con un pequeño taponamiento que se mantiene pocas horas, sólo han aparecido dos sinequias en fosas nasales que se resuelven mediante sección con laser.

Las revisiones han sido normales, en un solo caso se ha presentado recidiva con aparición de un pólipo solitario como hallazgo casual en la exploración, permaneciendo el paciente asintomático.

## Discusión

La etiología de la poliposis hoy en día todavía (1) permanece sin aclarar, desconociéndose sus causas. En nuestro estudio tenemos resultados poco definitorios en este aspecto, puesto que de los 11 casos con resultado anatomopatológico de pólipos sugestivos de enfermedad alérgica, solo en un caso las pruebas alérgicas son positivas, y dos casos presentan la triada AAS.

En un principio, el tratamiento de ambas poliposis, mayor y menor, se basa en la utilización de fármacos del tipo de antihistamínicos y corticoides entre otros, tanto por vía tópica, como general. Con el tratamiento médico se han conseguido buenos resultados, sin embargo el riesgo de efectos secundarios en la corticoterapia por vía general obliga a restringir su utilización sobre todo en su uso prolongado.(2,3)

Para la poliposis menor este tratamiento es suficiente, pero en la poliposis mayor llega un momento, tras un periodo variable entre unos meses y hasta 15 años como en nuestro estudio, en que el paciente presenta molestias del tipo de obstrucción nasal, rinorrea y anosmia de forma continua sin que el tratamiento médico pueda mejorar la sintomatología y es entonces cuando hay que recurrir a la cirugía.

Gracias a la combinación del microscopio quirúrgico y la cirugía endoscópica se consiguen resecciones más completas que con las técnicas convencionales siendo el riesgo de complicaciones mínimo (8), tanto en nuestra presentación como en la revisión bibliográfica. Las complicaciones más frecuentemente publicadas son la epistaxis, las sinequias y la perforación septal, en nuestro estudio no se ha presentado ningún caso de perforación septal. (4,5,6,7)

Observamos que el periodo con tratamiento médico previo a la intervención quirúrgica es más largo en las mujeres lo que puede explicar que la edad media de las mujeres intervenidas sea superior al de los hombres siendo la edad de comienzo de la enfermedad en ambos sexos similar. Este hecho no aparece reflejado en la revisión bibliográfica efectuada donde no aparece diferenciación por sexo. Desconocemos si la causa de esta demora en la cirugía es debido a una mejor respuesta al tratamiento médico por diversos factores o si es una mayor reticencia a la cirugía por parte de las mujeres.

Respecto a los resultados del tratamiento quirúrgico el 100% de los pacientes tuvieron un alto grado de satisfacción en las revisiones posteriores. El sentido del olfato, que en algunos estudios es utilizado como indicador de mejoría,(3) se recuperó en más del 50% de los pacientes que lo habían perdido.

Consideramos fundamental el tratamiento postoperatorio con lavados con suero fisiológico los primeros días para retirar las costras y de mantenimiento con corticoides tópicos para prevenir recidivas (9).

En resumen el tratamiento médico para la poliposis mayor es de elección en las primeras etapas de la enfermedad pero llega un momento en que este tratamiento es insuficiente y es necesario utilizar la cirugía. El abordaje combinado con microscopio quirúrgico y cirugía endoscópica ofrece un riesgo mínimo en comparación con otras técnicas convencionales y un alto grado de resultados satisfactorios.

## Bibliografía

- 1.- RAMIREZ CAMACHO R., Manual de Otorrinolaringología. 1ª edición McGraw-Hill Interamericana 1998; 192-194.
- 2.- RASP G., BUJÍA J.. Tratamiento de la poliposis nasal mediante aplicación sistémica y local de corticosteroides. Acta Otorrinolaring. Esp. 1997; 48 (1): 37-40.
- 3.- TORBEN LILDHOLDT, HANS RUNDCRANTZ, MATS BENDE, KNUD LARSEN. Glucocorticoid Treatment for nasal polyps. Arch Otolaryngol Head Surg. 1997; 123: 595-600.
- 4.- PINILLA M., VICENTE J., LÓPEZ CORTIJO C., GARCÍA BERROCAL J.R., ARELLANO B., VERGARA J.. . Protocolo de Cirugía Endoscópica Nasosinusal: Análisis comparativo de los distintos casos. Acta Otorrinolaring. Esp. 1997; 48 (3): 191-194.
- 5.- KLOSEEK J.M., PELOQUIN L., FRIEDMAN W., FERRIER J.C., FONTANEL J.P. Diffuse nasal polyposis: Postoperative long-term results after endoscopic sinus surgery and frontal irrigation. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 1997 ; 117 (4): 355-361.
- 6.- STEVEN D., SCHAEFER MD. An Anatomic Approach to Endoscopic Intranasal Ethmoidectomy. Laryngoscope. 1998; 108: 1628-1634.
- 7.- ROWE-JONES J.M., MACKAY I.S. Endoscopic Sinus Surgery in the Treatment of Cystic Fibrosis With Nasal Polyposis. Laryngoscope. 1996;106:1540-1544.
- 8.- YANEZ C., NURKO B Cirugía de los senos paranasales: evaluación y seguimiento de 239 pacientes operados por microendoscopia. Acta Otorrinolaringol Esp. 1994; 45 (6):441-6.
- 9.- HOLMBERG K., KARLSSON G. Nasal polyps: Medical or sugical management?. Clin exp Allergy . 1996 May; 26 suppl 3: 23-30.

---

## Correspondencia:

*José Ignacio Alfonso Collado  
Cesareo Alierta, 22 8ªC  
50.008 Zaragoza*