

Introducción

El papiloma invertido (PI) es un tumor benigno de origen epitelial, que se origina en las fosas nasales e invade desde allí los senos paranasales. Es poco frecuente; las neoplasias rinosinusales constituyen el 3% de los tumores de cabeza y cuello, mientras que el PI, a su vez, representa el 0.5% a 4% de los tumores de fosas nasales.

Se ha estudiado al PI con numerosos sinónimos (papiloma Schneideriano, cáncer viliforme, papiloma de Ewing, papiloma de células transicionales, papiloma de células cilíndricas, carcinoma papilar, sinusitis papilar hipertrófica)

Características

El PI es un tumor benigno, pero con **comportamiento agresivo local, tendencia a la recurrencia y riesgo de transformación maligna** (0% a 53% de los casos, en general a carcinoma escamoso). Predomina en hombres (2:1 a 4:1) entre los 40 y 60 años.

Se describen tumores sincrónicos (coexisten papiloma y carcinoma en la misma lesión) y metacrónicos (el carcinoma aparece tiempo luego de ser removido el papiloma). La presentación del PI es unilateral y se ha asociado con poliposis nasal. Es raramente multicéntrico y bilateral.

Desde el punto de vista histológico, se presenta como una invaginación del epitelio neoplásico por debajo del estroma; puede así erosionar el hueso y remodelarlo, pero no invadirlo. De acuerdo con Hyams, se lo clasifica en PI invertido (el más frecuente), oncocítico (o de células cilíndricas) o fungiforme (tabique nasal).

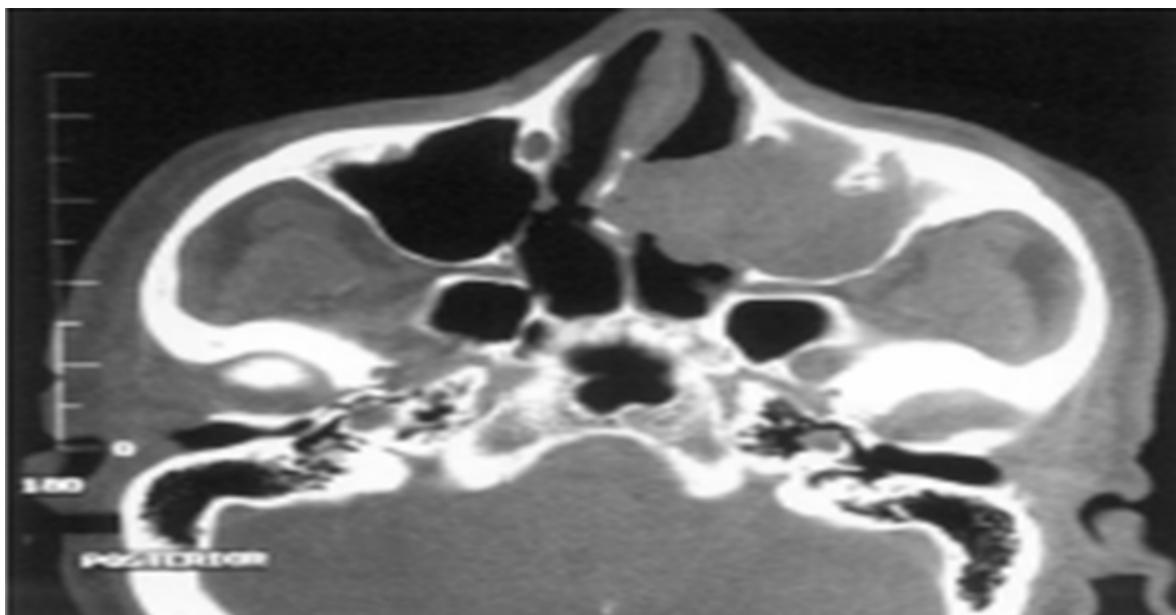
Clínica y Estudios por Imágenes

La obstrucción nasal unilateral está presente en casi todos los pacientes. Se describen como síntomas frecuentes la rinorrea y la epistaxis y, en proporción menor, anemia, sinusitis, tumefacción facial, epifora u obstrucción nasal bilateral.

La tomografía computada (TC) es el estudio estándar solicitado para evaluar el compromiso de los senos paranasales. Típicamente se describe una imagen polipoidea unilateral que llena la fosa nasal, lateralizando el *septum* en dirección contralateral.

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<u>Revisó</u>	<u>Aprobó</u>
<u>Nombre</u>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<u>Firma</u>		
<u>Fecha</u>	08/05	22/05

Pueden observarse signos de adelgazamiento óseo o imagen “apolillada” de hueso, así como invasión de la base de cráneo y la fosa orbitaria. Es frecuente la asociación con patología inflamatoria crónica y de retención, al tiempo que resulta difícil determinar la extensión del tumor.



Estadificación (Clasificación de Krouse)

Estadio I: enfermedad limitada sólo a la cavidad nasal.

Estadio II: enfermedad limitada sólo al seno etmoidal y la zona medial o superior del seno maxilar

Estadio III: enfermedad que envuelve la zona lateral o inferior del seno maxilar y se extiende al seno frontal o esfenoidal.

Estadio IV: enfermedad que se extiende fuera de los límites de la cavidad nasosinusal, también en caso de degeneración maligna.

Estadificación (Terzian y Kaimen, 1992)

Estadio I: un sitio

Estadio II: dos sitios

Estadio III: tres sitios

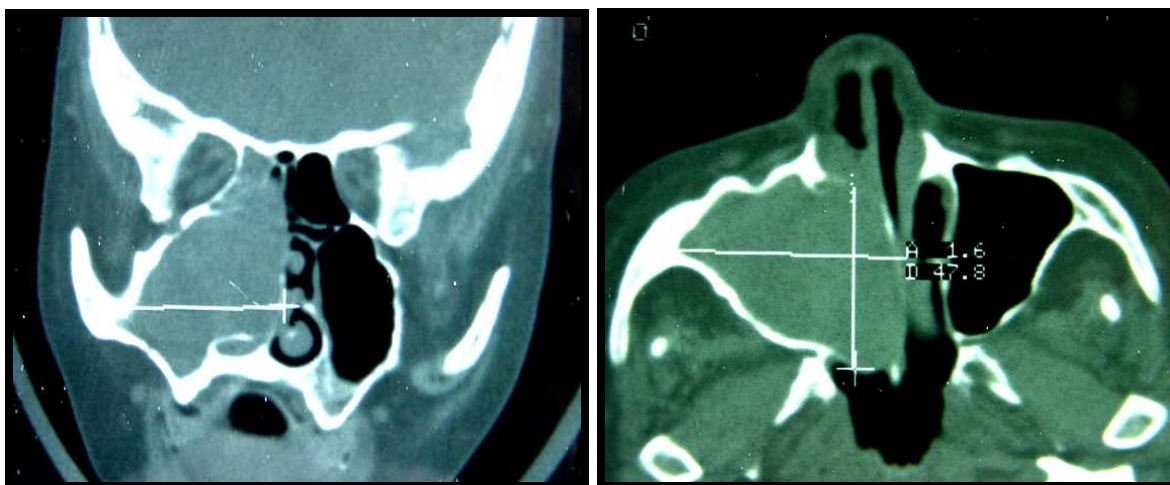
Estadio IV: compromiso craneal, de base de cráneo, o malignización



Estadio I



Estadio II



Estadio III



Estadio IV

Diagnósticos Diferenciales del PI
Pólipo antrocoanal
Poliposis
Sinusitis micótica
Estesioneuroblastoma
Melanoma
Carcinomas
Condrosarcomas

Diagnóstico y Tratamiento

El riesgo de malignización y recurrencia, así como la extensión de la enfermedad, deben ser tenidas en cuenta cuando se planea el enfoque de la lesión. La **biopsia endoscópica** debería realizarse para el diagnóstico histopatológico de una imagen sospechosa antes de planear un tratamiento.

Anteriormente se preferían abordajes abiertos, en el contexto de los altos índices de recurrencia asociados con abordajes menos extensos y en vista de la asociación con malignidad. La extirpación incompleta sería el factor más importante relacionado con la

recidiva. En el estudio de Hyams, se señaló que estos tumores recurren en los sitios metaplásicos próximos a la lesión, por lo que sería necesaria la remoción con buenos márgenes. El compromiso de senos paranasales (sobre todo frontal) y del etmoides supraorbitario, así como la asociación con el virus del papiloma humano, serían predictores de recurrencia.

El objetivo de la cirugía es lograr una menor tasa de recidivas. Se puede realizar abordaje externo (habitualmente más agresivo) o endonasal, que adquirió gran avance durante los últimos años. En general, se extirpan tumores más grandes por vía externa, lo que tiene mayor riesgo de recidiva; teniendo en cuenta esta salvedad, se obtienen similares resultados con ambas técnicas. Las vías de abordaje quirúrgico del PI incluyen la endonasal, la transmaxilar profunda, la transpalpebroglabellar y las variantes combinadas.

El abordaje abierto se propone ante:

- Lesiones de más de 3 a 4 cm por TC
- Compromiso de los senos frontal, etmoidal, esfenoidal o maxilar.
- Extensión al receso nasofrontal
- Compromiso del conducto lacrimal (epífora), celdas supraetmoidales u órbita
- Tumores bilaterales
- Compromiso de base de cráneo a nivel anterior
- Recidiva tras abordaje endoscópico insuficiente

El abordaje quirúrgico se indica en tumores limitados a la pared lateral de fosa nasal, etmoides, esfenoides y con mínimo compromiso del seno maxilar. El compromiso del piso y la pared lateral del seno maxilar exige combinar con abordaje transantral tipo Cadwel Luc. Si es necesario, se recurre a la esfenoetmoidotomía, con osteotomía maxilar y refección de cornete medio e inferior.

Bibliografía

1. Lawson W, Kaufman MR, Biller HF. Treatment outcomes in the management of inverted papilloma: an analysis of 160 cases. *Laryngoscope*. 2003;113(9):1548-56.
2. Granato L et al. Papiloma Invertido. Relato de 40 casos e revisão da literatura. *Rhinology* 2000. Editor: Aldo Stamm. Ed. Revinter. Rio de Janeiro, 2000.
3. Goujan JM, Fontanel JP, Klossek JM. Tumeurs nasosinusiennes. *Encycl. Méd. Chir. Ed. Scientifiques et médicales Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie*, 20-879-A-10, 1997,6p.
4. Vargas S, Sano R, Monasterio M, Inciarte L, Díaz O. Asociación de papilomas de Schneiderian nasosinusales con el virus de papiloma humano. *Acta Otorrinolaringológica (Venezuela)* 2000;12(1)
5. Thorp MA, Oyarzabal-Amigo MF, du Plessis JH, Sellars SL. Inverted papilloma: a review of 53 cases. *Laryngoscope*. 2001;111(8):1401-5.
6. He´ríquz M, Altuna X, Zulueta A, Gorostiaga F, Algaba J. Papiloma Invertido: Tratamiento y evolución. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2003;54:242-8.
7. Lateral Rhinotomy approach to inverted papilloma. *Operative Techniques in Otolaryngology Head and Neck Surgery* vol 10 jun 1999.