

A propósito de un caso

Presentación de una rara patología: pólipo piloso de rinofaringe

An exceptional pathology: nasopharynx' hairy polyp

FERNANDO HUAIER^a, AGUSTINA SANTÁNGELO^a, ENRIQUE BUELA^a

RESUMEN

El pólipo piloso es un tumor benigno que puede aparecer en cualquier área del organismo. Si bien son raros, representan el tipo más común de teratomas encontrados en cabeza y cuello, y la mayoría de las veces se encuentran en la oro y nasofaringe.

Se presenta el caso de una niña de 1 año y 4 meses, con historia de apneas obstructivas del sueño y algunos episodios de vómitos asociados a una "protrusión" de un tumor blanco-rosado por la cavidad oral desde los primeros meses de vida.

Al examen físico se observó una masa digitiforme en lo profundo de las fauces, que parecía "colgar" desde la rinofaringe. Con abordaje transoral, se efectuó la exéresis del tumor con casi nulo sangrado, cuya base pediculada y angosta medía aproximadamente un centímetro de diámetro. Dado el eventual compromiso de la vía aérea y digestiva es que es necesario proceder con premura en cuanto a la conducta quirúrgica. La exéresis bajo anestesia general es el tratamiento de elección. El objetivo del presente trabajo es describir las características clínicas, histopatológicas y el tratamiento del pólipo piloso, patología infrecuente en nuestro medio.

Palabras clave: Pólipo piloso, Teratoma, Dermoides, Rinofaringe.

ABSTRACT

Hairy polyps are benign tumors that can appear anywhere in the body. Although rare, they represent the most common type of teratoma found in the head and neck area and are most often found in the oro and nasopharynx.

We present the case of a 1 year and 4 months old girl, with a history of obstructive sleep apnea and some episodes of vomiting associated with a "protrusion" of a white-pink mass through the oral cavity since the first months of life. Physical examination revealed a digiti-

form mass deep in the fauces, which seemed to "hang" from the nasopharynx. By a transoral approach, the tumor was excised with almost no bleeding; the pedunculated and narrow base measured approximately one centimeter in diameter. Given the possible compromise of the airway and digestive tract, it is necessary to make quick decisions regarding surgical approach. Excision under general anesthesia is the treatment of choice. The aim of this paper is to describe the clinical and histopathological characteristics and the treatment of the hairy polyp, an infrequent pathology in our field.

Keywords: Hairy polyp, Teratoma, Dermoid, Nasopharynx.

INTRODUCCIÓN

El pólipo piloso, pólipo peludo o "hairy polyp" es un raro tumor benigno que puede aparecer en cualquier parte del organismo. Es un desarrollo anormal de células pluripotenciales provenientes de dos capas embrionarias: ectodermo y mesodermo.^{1,2}

Estas células embriogénicas proliferan anormalmente y se diferencian en varios tejidos desorganizados. Si bien son raros, representan el tipo más común de teratomas encontrados en cabeza y cuello, y la mayoría de las veces se encuentran en la oro y nasofaringe.³

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta una niña de 1 año y 4 meses, con historia de apneas obstructivas del sueño y algunos episodios de vómitos asociados a una "protrusión" de una masa blanco-rosada por la cavidad oral desde los primeros meses de vida. Según el relato de la madre, ella o algún familiar digitalmente reducían esta masa hacia la faringe, desde donde parecía originarse, cada vez que ocurría dicha protrusión.

Sin más referencias sobre su evolución ni sobre consultas en otros centros, consultó Hospital

a. Cirujano/a pediátrico/a. Departamento de Cirugía Pediátrica, HNRG

Correspondencia: agus.santangelo92@gmail.com

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Financiación: ninguna.

de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) por dificultad ventilatoria vinculada a broncoespasmos. Los padres no refirieron en este caso otros cuadros de patología respiratoria obstructiva. La niña no presentaba dificultades en la alimentación, con un progreso pondoestatural y neuromadurativo acorde a su edad, siendo ocasionales los vómitos producidos por la protrusión del tumor.

Al examen físico se observó una masa digitiforme en lo profundo de las fauces, que parecía “colgar” desde la rinofaringe, por detrás y por arriba

del borde libre del paladar blando y hacia la izquierda (imagen 1). Tratado el broncoespasmo, se completaron estudios prequirúrgicos, radiológicos y tomográficos (imagen 2).

La tomografía reveló la presencia de una imagen irregular, poco definida y densa en la pared izquierda de rinofaringe (imagen 3); asimismo descubría una imagen quística de límites netos y pequeña en la región esternocleidomastoidea izquierda, compatible con un quiste dermoide. A nivel de la base del cráneo y del sistema nervioso central no se demostró patología.

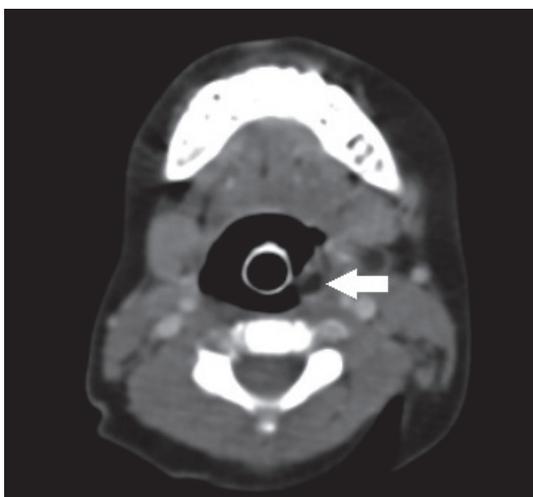
Imagen 1. Aspecto digitiforme del tumor (flecha) en las fauces a la inspección.



Imagen 2. Radiografía de cráneo y cervical de perfil. Radiopacidad muy sutil (flecha) con forma de cuchara visible detrás de la lengua.



Imágenes 3 y 4. Tomografía computada, axial (imagen 3) y sagital (imagen 4). Imagen irregular (isodensa respecto de los tejidos blandos) en pared lateral izquierda (flecha) de la rinofaringe. Se requirió intubación orotraqueal para realizar este estudio.



Se procedió entonces a la cirugía bajo anestesia general. Con abordaje transoral y la ayuda de un separador de Dingman, se efectuó la exéresis del tumor con casi nulo sangrado, cuya base pediculada y angosta medía aproximadamente un centímetro de diámetro y se implantaba apenas por encima del paladar blando sobre la pared la-

teral izquierda de la rinofaringe, justo encima de la amígdala (imágenes 4, 5, 6 y 7). La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al segundo día postoperatorio.

El informe anatomo-patológico reveló una formación de aspecto polipoide de 2,8x2x1cm, de superficie lisa blanquecina. Al corte, tejido blanco amarillento con centro cartilaginoso. Los cortes presentaban una formación tumoral compuesta por tejido adiposo y cartilaginoso (mesodermo), un sector con revestimiento epidérmico con anexos pilosos (ectodermo) (imágenes 8, 9, 10 y 11).

En la primera imagen se observan todos los componentes del tumor (revestimiento epidérmico, tejido adiposo, cartílago). En la segunda se puede apreciar cartílago rodeado de tejido adiposo maduro. En la tercera se ve el revestimiento epidérmico, anexos pilosos y tejido adiposo. En la última se observan glándulas seromucosas.

Imagen 5. Cavity oral-separador de Dingman. Aspecto de "lengua" del tumor (traccionado con hilo de sutura) emergiendo desde arriba y por detrás del borde del paladar blando del lado izquierdo.

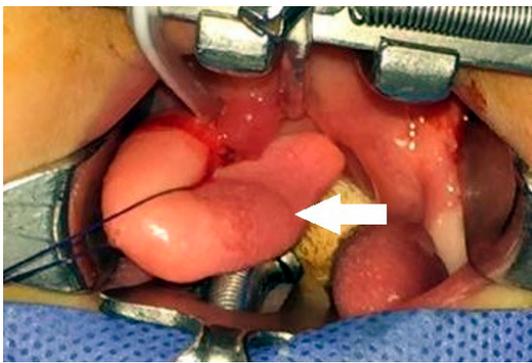


Imagen 6. Imagen de las fauces una vez resecado el tumor.



Imagen 7. Pieza quirúrgica. Duro elástica al tacto y de consistencia cartilaginosa.



Imágenes 8, 9, 10 y 11. Microscopía del tumor teñido con técnica hematoxilina/eosina. Las primeras tres imágenes (8-9-10) vista en 40x, la última (11) vista en 100x.

Imagen 8

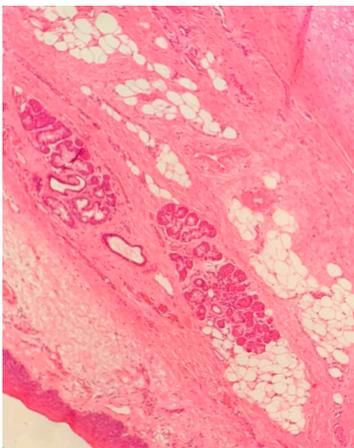


Imagen 9

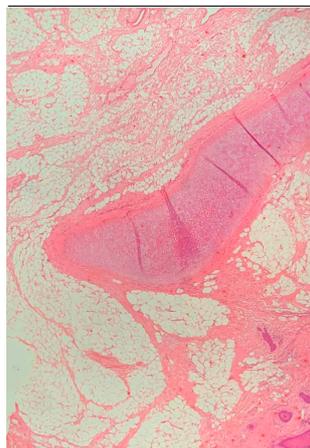


Imagen 10

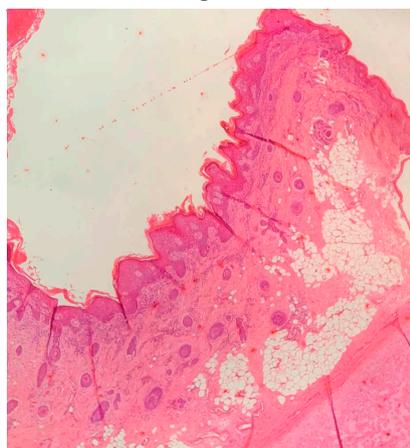
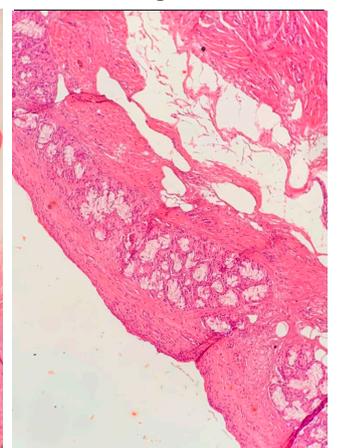


Imagen 11



Meses más tarde de la cirugía inicial se programó el abordaje de la masa lateral del cuello que resultó ser un quiste dermoide como se presuponía. Actualmente, a más de un año de la cirugía, la paciente no ha presentado complicaciones por secuelas ni recidivas.

DISCUSIÓN

El pólipo piloso se presenta generalmente como una masa simple al momento del nacimiento o poco tiempo después, dado que son tumores congénitos. Es rara su presentación en adultos. Dichos tumores tienen un potencial de crecimiento limitado, son benignos y ocurren seis veces más frecuentemente en mujeres como en el caso presentado.¹ Son tumores muy raros, con una prevalencia de aproximadamente de 1 en 40 000 lactantes.⁴

Se los describe macroscópicamente como una masa pediculada, gris blanquecina, con forma de pera o salchicha, que surge de la oro-nasofaringe y varía de 0,5 a 6 cm de longitud.³

Aproximadamente el 60% se originan en la pared lateral nasofaríngea, más frecuentemente del lado izquierdo (como en el presente caso) y los síntomas se relacionan con obstrucción alta de la vía aerodigestiva.¹ Otros síntomas pueden ser pérdida auditiva, otorrea, vómitos, sangrado, apneas del sueño e infecciones del oído recurrentes.⁵ Recientemente, se han comunicado casos originados en la trompa de Eustaquio.⁶

Microscópicamente, están compuestos por epitelio escamoso estratificado queratinizado con anexos normales de la piel como pelos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas.¹ El estroma consta de material fibrograso y puede contener elementos de cartílago, hueso, glándula salival menor y músculo.⁷

Hacia 1965 se habían comunicado alrededor de 100 casos en todo el mundo. Este número creció posteriormente hasta 113. Desde entonces han aparecido casos aislados principalmente siendo publicados como reportes de casos.^{3,8-10}

Estos tumores fueron originalmente clasificados por Arnold en 1870.³ Es así que se describen cuatro tipos: a) los dermoides, pólipos peludos o pilosos, que derivan de dos de las tres capas germinales, del ectodermo y mesodermo; b) los teratoides, que son de origen trigerminal, pero con tejidos poco diferenciados; c) los teratomas, que son trigerminales y que generalmente se diferencian en la medida en que se pueden reconocer los

distintos tejidos y por último, d) los epignatos: teratomas orofaríngeos que derivan de tres capas germinales y muestran diferenciación y organización, y generalmente se adhieren al hueso esfenoides.² Gundrum propuso el nombre "choristoma" o coristoma, para referirse a una masa de tejido histológicamente normal en un sitio anormal.^{1,3} Es posible que el pólipo piloso a veces sea considerada una forma limitada de teratoma.³

Los teratomas se presentan con una frecuencia de 1 en 4 000 nacimientos.² Los sitios más comunes son: gónadas, región sacro coccígea, mediastino, retro peritoneo, cabeza y cuello.² Sólo el 2-5% se encuentran en cabeza y cuello de todos los casos publicados.^{2,11} Dentro de los sitios de aparición de los pólipos pilosos, el más común es cervical anterior o lateral, seguido de la cara, la oro-nasofaringe y la órbita. Los pólipos pilosos son, con mucho, el tumor congénito más común de la oro-nasofaringe y sólo ocurren en este sitio. Si se excluyen los pólipos pilosos, los verdaderos teratomas de la orofaringe son extremadamente raros.³

Algunos autores han descrito diversas anomalías congénitas asociadas al pólipo piloso, como atresia congénita de la arteria carótida izquierda, anquiloglosia, hendidura del paladar duro y blando, microsomía hemifacial, ausencia de úvula y pabellón auricular (es decir, principalmente patologías del primer arco branquial).⁸ También se ha descrito la asociación con malformaciones del segundo arco branquial,³ cuya existencia comprobamos en nuestro caso (quiste dermoide).

La radiología permite evaluar el origen y extensión de las lesiones naso y orofaríngeas en lactantes y niños pequeños, facilita el diagnóstico y determina la ocupación intracraneal, así como el plan quirúrgico. La tomografía computarizada y la resonancia magnética complementan la evaluación de la masa y determinan las características, así como la relación con los vasos sanguíneos.^{12,13}

En este caso se decidió realizar una tomografía computarizada, la cual permitió conocer si existía compromiso óseo y la relación de la masa con los vasos del cuello. Es importante reconocer que ambos estudios son necesarios para precisar el tamaño del tumor y las características anatómicas;⁴ dentro de las desventajas podemos mencionar que habitualmente ambos requieren de anestesia general en pacientes pediátricos y muchas veces de preferencia se realiza la resonancia magnética para evitar la radiación.

Es necesario considerar los diagnósticos dife-



renciales de esta patología, debiendo investigar la probable existencia de una variedad de lesiones también raras como la malformación vascular linfática, el hemangioma, el glioma, el encéfalocele, el meningocele, el quiste dermoide, la hendidura branquial, el neurofibroma, el sarcoma, el craneofaringioma y la heterotopía glial.^{2,14,15}

La exéresis bajo anestesia general es el tratamiento de elección. Por lo general, la exéresis simple del tumor lo resuelve. El sangrado suele ser mínimo. Algunos autores refieren que cuanto más grande es el tumor, puede generar sintomatología más grave y mayor complejidad en su exéresis.¹⁰ Bien extirpado, la recidiva es rara. En cuanto al manejo es necesario tener en cuenta que estas lesiones pueden estar asociadas con el compromiso de las vías respiratorias, por lo que la intubación endotraqueal puede ser extremadamente difícil y, en ocasiones, es necesaria una traqueostomía.⁸ Afortunadamente, en el presente caso no se requirió de esta intervención. En ocasiones, podrá ser necesaria también la evaluación por servicios de otorrinolaringología y endoscopia respiratoria.

Frente a esta rara entidad, es difícil arribar a un diagnóstico previo a la cirugía, pero hay que destacar que su manejo estuvo signado por la premura en retirar esa masa que potencialmente podría llegar a obstruir la vía aérea de la paciente.

En este caso, la paciente consultó ya con un año y medio de edad, afortunadamente sin presentar episodios severos de obstrucción. Dado el eventual compromiso de la vía aérea y digestiva se deben asumir decisiones rápidas en cuanto a la conducta quirúrgica. Solo será menester descartar otros diagnósticos diferenciales, definir el abordaje y las posibles complicaciones, como controlar un eventual sangrado si la lesión pudiera estar muy vascularizada (habitualmente estos tumores están pobremente vascularizados). No obstante, han de observarse todas estas premisas para un correcto manejo clínico-quirúrgico.

CONCLUSIÓN

En resumen, se presenta un caso de un paciente pediátrico, de sexo femenino, portadora de un tumor raro. El pólipo piloso es un tumor benigno que suele aparecer en la cara anterior o lateral de la rinofaringe y está compuesto por dos capas germinales, mesodermo y ectodermo. Hay que prestar especial atención a los síntomas que pueden ocasionar, los cuales con mayor frecuencia son obstrucciones en la vía aero-digestiva alta. Es im-

portante el correcto examen físico del paciente y su oportuna derivación para la extirpación del tumor, dado que el tratamiento es eminentemente quirúrgico, evitando posibles complicaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jarvis SJ, Bull PD. Hairy polyps of the nasopharynx. *J Laryngol Otol.* 2002; 116(6):467-9. doi:10.1258/0022215021911095.
2. Karagama YG, Williams RS, Barclay G, et al. Hairy polyp of the oropharynx in a newborn: A case report. *Rhinology.* 2003; 41(1):56-7.
3. Burns BV, Axon PR, Pahade A. "Hairy polyp" of the pharynx in association with an ipsilateral branchial sinus: Evidence that the "hairy polyp" is a second branchial arch malformation. *J Laryngol Otol.* 2001; 115(2):145-8. doi:10.1258/0022215011907569.
4. Calatayud AF, Merino AM, García VE, et al. Nasopharyngeal hairy polyp in a newborn with intermittent airway obstruction. Case report. *Arch Argent Pediatr.* 2020; 118(5):e491-e494. doi:10.5546/AAP.2020.E491.
5. Tariq MU, Din NU, Bashir MR. Hairy Polyp, a Clinicopathologic Study of Four Cases. *Head Neck Pathol.* 2013; 7(3):232-5. doi:10.1007/s12105-013-0433-4.
6. Simmonds JC, Jabbour J, Vaughn JA, et al. Hairy polyps: A new case presentation and a pathogenetic hypothesis. *Laryngoscope.* 2019; 129(10):2398-2402. doi:10.1002/lary.27555.
7. Al-Qudehy ZA, Al-Nufaily Y, Yagi H. Hairy polyp of the nasopharynx, an unusual presentation, a case report and literature review. *Egypt J Otolaryngol* 2013; 29: 277-279. doi:10.7123/01.EJO.0000429578.63818.3a.
8. Kelly A, Bough ID, Luft JD, et al. Hairy polyp of the oropharynx: Case report and literature review. *J Pediatr Surg.* 1996; 31(5):704-6. doi:10.1016/S0022-3468(96)90680-6.
9. Chakravarti A, Vishwakarma SK, Arora VK, et al. Dermoid (Hairy Polyp) of the Nasopharynx. *Indian J Pediatr.* 1998; 65(3):473-476. doi:10.1007/BF02761148.
10. Yu Z, Cao Z, Fu H, et al. Focusing on the clinical diagnosis and risk of hairy polyp: A report of 7 cases. *Turk J Pediatr.* 2018; 60 (4):460-463. doi:10.24953/turkped.2018.04.020.
11. Flores-Acosta CC, Villagómez-Martínez GE, Soria-López JA, et al. Epignato: teratoma orofaríngeo. Comunicación de un caso. *Med Univ.* 2009; 11(43):129-133.
12. Teng Y, Xian Z, Han S, et al. Pharyngeal hairy polyps. *Medicine (Baltimore).* 2019; 98(5):e14305. doi:10.1097/md.00000000000014305.
13. Sheng M, Mi Y, Gao F, et al. Imaging features of pharyngeal hairy polyps in infants. *Oral Radiol.* 2021; 37(1):95-100. doi:10.1007/s11282-020-00430-5.
14. Kochanski S, Burton E, Seidel G, et al. Neonatal Nasopharyngeal Hairy Polyp: CT and MR Appearance.

- J Comput Assist Tomogr. 1990; 14(6):1000-1. doi: 10.1097/00004728-199011000-00027.
15. Wagner MW, Haileselassie B, Kannan S, et al. Oropharyngeal dermoid cyst in an infant with intermittent airway obstruction a case report. *Neuroradiol J.* 2014; 27(5):627-31. doi:10.15274/NRJ-2014-10085.

Texto recibido: 23 de mayo de 2023.

Aprobado: 13 de julio de 2023.

Conflicto de interés: ninguno que declarar.

Forma de citar: Huaier F, Santángelo A, Buela E. Presentación de una rara patología: pólipo piloso de rinofaringe. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2023;65 (289):87-92.*