

# Pólipo piloso nasofaríngeo en un recién nacido con obstrucción intermitente de la vía aérea. Presentación de un caso

## *Nasopharyngeal hairy polyp in a newborn with intermittent airway obstruction. Case report*

Dr. Alejandro Fernández Calatayud<sup>a</sup>, Dr. Agustín Molina Merino<sup>b</sup>, Dr. Vicente Escorihuela García<sup>c</sup>, Dr. Ignacio López Carratalá<sup>c</sup> y Dr. Nelson Orta Sibú<sup>d</sup>

### RESUMEN

Los pólipos pilosos nasofaríngeos son tumores benignos poco frecuentes. Se presenta el caso de esta patología en una paciente recién nacida, quien presentó cianosis y dificultad respiratoria por obstrucción de la vía aérea superior, durante las primeras 24 horas de vida. La paciente requirió maniobras de reanimación e intubación endotraqueal. Estudios diagnósticos confirmaron la presencia de una masa en la pared lateral de la faringe. Se realizó la extirpación quirúrgica exitosa con evolución satisfactoria de la paciente.

**Palabras clave:** enfermedades de la nasofaringe, pólipo piloso, obstrucción de la vía aérea, recién nacido.

### ABSTRACT

Nasopharyngeal hairy polyps are rare benign tumors. We present a newborn case with a hairy polyp mass causing cyanosis and respiratory distress due to obstruction of the upper airway during the first 24 hours of life. The patient required resuscitation and endotracheal intubation. Diagnostic studies confirmed the presence of a mass in the lateral pharyngeal wall. Surgical treatment and removal of the mass was performed with satisfactory evolution of the patient.

**Key words:** nasopharyngeal diseases, hairy polyp, airway obstruction, newborn.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.e491>

**Cómo citar:** Fernández Calatayud A, Molina Merrino A, Escorihuela García V, López Carratalá I, Orta Sibú N. Pólipo piloso nasofaríngeo en un recién nacido con obstrucción intermitente de la vía aérea. Presentación de un caso. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(5):e491-e494.

- Servicio de Pediatría, Hospital "Francisco de Borja", Gandía, Valencia, España.
- Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, Hospital Clínico, Valencia, España.
- Departamento de Otorrinolaringología, Hospital Clínico, Valencia, España.
- Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela; Hospital "Francisco de Borja", Gandía, Valencia, España.

Correspondencia:  
Dr. Alejandro Fernández Calatayud: al\_fc10@hotmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 4-2-2020  
Aceptado: 21-4-2020

### INTRODUCCIÓN

Los pólipos pilosos nasofaríngeos son tumores benignos muy poco frecuentes.<sup>1-3</sup> Se observan más comúnmente en pacientes del sexo femenino y, por lo general, no hay evidencia de historia familiar.<sup>1</sup>

La literatura médica muestra que no existe consenso para incluir esta patología tumoral dentro del concepto de teratoma.<sup>3</sup> La secuencia cronológica de las manifestaciones clínicas depende de las dimensiones del tumor y de la localización. Por lo general, la clínica aparece inmediatamente después del nacimiento, con manifestaciones de obstrucción intermitente de vías aéreas, salivación importante, estridor, cianosis y tos recurrente de intensidad variable. Habitualmente, son necesarios estudios complementarios adicionales para clasificar y medir el tumor, así como para realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías y tumores nasofaríngeos, y, además, descartar otras anomalías asociadas a la entidad.<sup>4,5</sup>

El tratamiento consiste, en la escisión quirúrgica del tumor en la base del pedículo.<sup>6</sup> El diagnóstico precoz de pólipo piloso es importante con la finalidad de instaurar el manejo y el tratamiento con un equipo multidisciplinario, para evitar complicaciones y tener una evolución favorable del caso.<sup>1-4,7</sup>

El objetivo del presente trabajo es presentar un caso de pólipo piloso en una paciente recién nacida y mostrar imágenes de la masa que se origina en la pared lateral de la faringe, su resolución y buena evolución.

### CASO CLÍNICO

Paciente recién nacida a término, de sexo femenino, obtenida por parto vaginal eutócico, quien presentó cianosis intensa inmediatamente después del nacimiento, y requirió maniobras de reanimación e intubación endotraqueal. Sin antecedentes prenatales de interés.

A las 24 horas de vida, se practicó la

extubación electiva con un estudio radiológico de tórax normal y poca necesidad de ventilación mecánica; sin embargo, reapareció la cianosis pocos minutos después de la extubación y, aunque mostraba esfuerzo respiratorio, no se detectaba murmullo vesicular audible en la auscultación pulmonar ni flujo aéreo espiratorio en las fosas nasales. Se realizó una laringoscopia directa y se detectó una masa oclusiva en las vías aéreas superiores e, inmediatamente, se practicó una resonancia magnética nuclear (RMN), la cual mostró una masa tumoral nasofaríngea de 22 x 17 x 9 mm, que ocupaba y estenosaba ambas narinas (*Figura 1*).

La paciente se mantuvo con intubación endotraqueal hasta la resolución quirúrgica del caso, lo cual fue realizado exitosamente 24 horas más tarde con la extirpación total desde la base del pedículo (*Figura 2*). Egresó del hospital a las 72 horas posquirugía para el control ambulatorio por consulta externa. No mostró alteraciones clínicas ni nasofibrosópicas en la primera consulta ni después, por lo que fue dada de alta al año de vida.

El estudio anatomopatológico del tumor microscópicamente mostró un epitelio escamoso estratificado, que contenía pelos, glándulas sebáceas y sudoríparas. La mesénquima interna mostró estructuras fibrovasculares, nervios y fibras musculares lisas, lo que confirmó el diagnóstico presuntivo inicial de pólipo piloso.

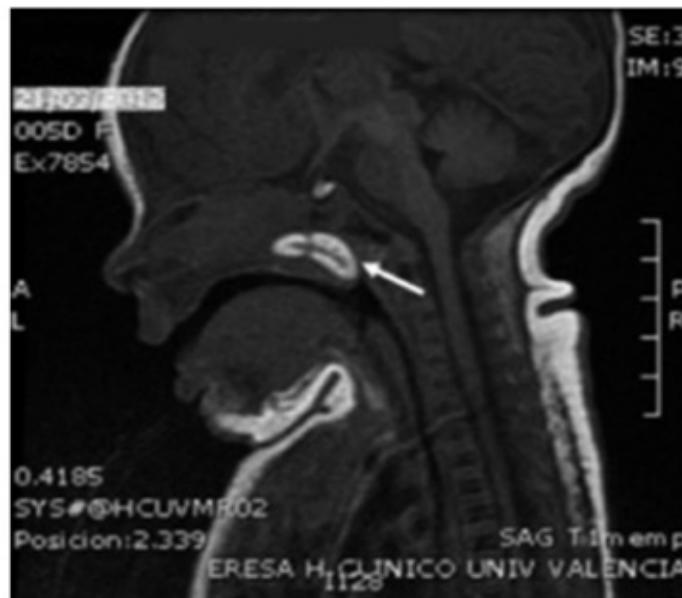
## DISCUSIÓN

Los pólipos pilosos nasofaríngeos son tumores benignos muy poco frecuentes, de acuerdo con lo observado en la literatura.<sup>1-3</sup> La prevalencia es, aproximadamente, 1/40 000 dentro del primer año de vida<sup>1</sup> con menos de 200 casos publicados. Es una anomalía en la embriogénesis precoz, al ser masas que derivan de dos líneas celulares germinales (ectodermo y mesodermo), a diferencia de los teratomas (trigermiales), y no se ha observado riesgo de malignización. Generalmente, no hay historia familiar de otros casos y son más frecuentes en el sexo femenino en una proporción 6 : 1,<sup>8</sup> con respecto al sexo masculino, como es el caso motivo de esta presentación.<sup>1,2</sup>

No se han descrito asociados a ningún síndrome. Derivados del primer y segundo arco branquial<sup>9</sup> pueden asociar otras anomalías de estos<sup>10,11</sup> en, aproximadamente, un 10 %. Se han descrito varias malformaciones, como labio leporino, paladar hendido, hemihipertrofia facial, agenesia de la oreja, microtia, malformaciones en la úvula, agenesia de la carótida izquierda y anquiloglosia.<sup>12</sup>

La localización más frecuente es la parte lateral izquierda de la oro- o nasofaringe, en proporción 6 : 1, hecho influenciado por la alteración genética en el gen Hox y en el gen Sonic Hedgehog.<sup>8</sup> Se han descrito en otras localizaciones, como el septo nasal, las amígdalas, el paladar, la lengua,

FIGURA 1. Resonancia magnética nuclear: corte sagital que muestra una masa polipoide



la trompa de Eustaquio,<sup>10</sup> el esófago,<sup>13</sup> incluso hay casos bilaterales.<sup>2</sup>

Es congénito, por lo que la clínica suele ser al nacer o en el primer año de vida, aunque hay descritos casos aislados en otras etapas de la vida. La clínica dependerá del tamaño y de la localización del tumor, y suele presentarse inmediatamente después del nacimiento asfixia, cianosis y dificultad respiratoria si causa obstrucción total de la vía aérea o síntomas más leves, como dificultad en la alimentación, vómitos, tos o ronquidos si la obstrucción es parcial,<sup>1-5</sup> manifestaciones que presentó esta paciente de manera florida. Se ha descrito, disfunción de la válvula de Eustaquio y otitis media.

El diagnóstico prenatal no tiene una gran rentabilidad diagnóstica, pero pueden presentar polihidramnios debido a una obstrucción fetal al tragar.<sup>12</sup> El diagnóstico precoz de la entidad, con la evaluación completa de las vías aéreas superiores, desde el punto de vista clínico, endoscópico, radiológico y con estudios imagenológicos especializados, como la RMN, es importante para precisar el tamaño del tumor y las características anatómicas.<sup>1-5</sup> El asesoramiento radiológico juega un papel fundamental para la planificación del abordaje quirúrgico, sobre todo, en aquellos

casos de invasión intracraneal o intraespinal. La tomografía axial computarizada (TAC) dará información sobre el compromiso óseo, y la RMN informará con más detalle de la localización con otras estructuras, incluidos los vasos sanguíneos, en especial, la arteria carótida.<sup>14</sup> con la finalidad de realizar el tratamiento multidisciplinario.<sup>1-4,7</sup>

Hay rasgos radiológicos distintivos en la RMN y la TAC. Se presentan como masas de apariencia poliposa bien circunscritas con base pediculada con aumento de señal de densidad grasa y sin comprometer estructuras intracraneales e intraespinales.<sup>14</sup>

El diagnóstico diferencial de la obstrucción faríngea en el recién nacido incluye otras patologías, como glioma intranasal, meningoencefalocele, teratoma epidermoide, hemangioma nasal, quistes provenientes de la bolsa de Rathke, rabdomiosarcoma, craneofaringioma, coristoma, hipófisis faríngea, hamartoma hipotalámico y otras anomalías asociadas, como la atresia de coanas.<sup>2-5</sup> En aquellos que se localizan en el conducto auditivo, también habrá que pensar en colesteatoma.<sup>10</sup>

Histopatológicamente, se halla recubierto por epitelio escamoso estratificado con anejos cutáneos y estroma fibroadiposo (que

FIGURA 2. Masa pediculada de aspecto polipoide con cubierta cutánea y pelos



puede contener cartílago, hueso, glándulas y músculo). El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica del tumor en la base del pedículo.<sup>6</sup> Se han publicado casos de autoamputación<sup>15</sup> y recurrencia.<sup>7</sup> En el posoperatorio inmediato, hay que vigilar las complicaciones, como la hemorragia y el edema. Se recomienda un seguimiento clínico en el primer año, vigilando la disfunción velofaríngea, las recurrencias<sup>3</sup> y las secuelas neurológicas por isquemia a causa de la compresión vascular.

En conclusión, se presenta un caso de pólipo piloso nasofaríngeo en una paciente recién nacida, confirmado histopatológicamente, con diagnóstico y manejo temprano, con tratamiento quirúrgico exitoso y evolución favorable. ■

## REFERENCIAS

1. Teng Y, Xian Z, Han S, Liang Z, et al. Pharyngeal hairy polyps: Case series and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(5):e14305.
2. Yilmazer R, Kersin B, Soylu E, Altin G, et al. Bilateral oropharyngeal hairy polyps: a rare cause of dyspnea in newborns. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017; 83(1):117-8.
3. Melzer JM, Morgan A, Darrow D. Congenital choristoma (hairy polyp) of the eustachian tube: Surgical management of a rare clinical entity. *Ear Nose Throat J*. 2016; 95(1):E43-5.
4. 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(4):277-9.
5. Cone BM, Taweevisit M, Shenoda S, Sobol S, et al. Pharyngeal hairy polyps: five new cases and review of the literature. *Fetal Pediatr Pathol*. 2012; 31(3):184-9.
6. Fawziyah A, Linder T. Oropharyngeal hairy polyps: an uncommon cause of infantile dyspnea and dysphagia. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010; 143(5):706-7.
7. Agrawal N, Kanabar D, Morrison GA. Combined transoral and nasendoscopic resection of an eustachian tube hairy polyp causing neonatal respiratory distress. *Am J Otolaryngol*. 2009; 30(5):343-6.
8. Yu Z, Cao Z, Fu H, Wang H. Focusing on the clinical diagnosis and risk of hairy polyp: A report of 7 cases. *Turk J Pediatr*. 2018; 60(4):460-3.
9. Funken D, Schmidt Mayer U, Durisin M, Jonigk D, et al. Listen Carefully: The Hairy Polyp as an Unusual Cause of Neonatal Stridor. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019; 200(7):924-5.
10. Simmonds JC, Jabbar J, Vaughn JA, Paulson VA, et al. Hairy polyps: a new case presentation and a pathogenetic hypothesis. *Laryngoscope*. 2019; 129(10):2398-402.
11. Vaughan C, Prowse SJ, Knight LC. Hairy polyp of the oropharynx in association with a first branchial arch sinus. *J Laryngol Otol*. 2012; 126(12):1302-4.
12. Cheriathu JJ, Mohamed K, D'souza IE, Shamseldeen M. Autoamputation of congenital hairy polyp in neonate with stridor and respiratory failure. *Webmed Central Paediatrics*. 2012; 3:WMC003379.
13. Richter A, Mysore K, Schady D, Chandy B. Congenital hairy polyp of the oropharynx presenting as an esophageal mass in a neonate, a case report and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016; 80:26-9.
14. Sheng M, Mi Y, Gao F, Liang J, et al. Imaging features of pharyngeal hairy polyps in infants. *Oral Radiol*. 2020;10.1007. [Acceso: 21 de abril de 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11282-020-00430-5>.
15. İnce D, Turan Ö, Gemici HB, Erdoğan Ş, et al. Congenital hairy polyp and autoamputation in an infant with acute otitis media. *Turk J Pediatr*. 2014; 56(3):324-6.