

nuestra opinión, un nuevo caso que viene a apoyar la eficacia y seguridad del uso de itraconazol en el tratamiento de la *tinea capitis* en niños.

**M.L. Prieto Salcedo<sup>a</sup>, J. Santos-Juanes Jiménez<sup>b</sup>  
y J. Sánchez del Río<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Área de Pediatría. Centro de Salud de Llanes-Ribadedeva. Asturias.

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología III. Hospital Central de Asturias. Oviedo. España.

**Correspondencia:** Dra. M.L. Prieto Salcedo. Camino de los Alerces, 20. La Fresneda. 33429 Asturias. España. Correo electrónico: mariluzp@b2bi.es.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta AK, Hofstader SLR, Adam P, Summerbell RC. *Tinea capitis*: An overview with emphasis on management. *Pediatr Dermatol* 1999;16:171-89.
2. Smith RL, Levy ML. Itraconazole responsive *tinea capitis* in an HIV-Infected child. *Pediatr Dermatol* 1996;13:313-5.
3. Bennett ML, Fleischer AB, Loveless JW, Feldman SR. Oral griseofulvin remains the treatment of choice for *tinea capitis* in children. *Pediatr Dermatol* 2000;17:304-9.
4. Raimer SS. New and emerging therapies in pediatric dermatology. *Dermatol Clin* 2000;18:73-8.
5. Dragos V, Lunder M. Lack of efficacy of 6-week treatment with oral terbinafine for *tinea capitis* due to *Microsporum canis* in children. *Pediatr Dermatol* 1997;14:46-8.
6. Gupta AK, Nolting S, Prost Y, Delicluse J, Degreef H, Therssen U, et al. The use of itraconazole to treat cutaneous fungal infections in children. *Dermatology* 1999;199:248-52.
7. Wheat J, Hafner R, Wulfsohn M, Spencer P, Squires K, Powderly W, et al. Prevention of relapse of histoplasmosis with itraconazole in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1993;118:610-6.
8. Gupta AK, Chang P, Del Rosso JQ, Adam P, Hofstader SLR. Onychomycosis in children: Prevalence and management. *Pediatr Dermatol* 1998;15:464-71.
9. Gupta AK, Alexis ME, Raboobe N, Lynde CW, Adam P, et al. Itraconazole pulse therapy is effective in the treatment of *tinea capitis* in children: An open multicentre study. *Br J Dermatol* 1997;137:251-4.
10. Physician's desk reference. Montvale, NJ. Med Econom, 1999.

## Pólipo antrocoanal gigante

Sr. Editor:

Los pólipos antrocoanales, también denominados pólipos de Killian, son un proceso benigno, unilateral y relativamente frecuente en la infancia. Palfyn, en 1713, publicó el primer caso de pólipo antrocoanal<sup>1</sup>, pero fue Killian<sup>2</sup>, en 1906, quien describió su origen exacto en la mucosa de la pared del seno maxilar. Se originan generalmente a nivel de la pared posterolateral del seno maxilar y se dirigen, sin provocar destrucción ósea, a través del ostium natural de drenaje u, ocasionalmente, a través de un ostium accesorio, hacia el meato medio, creciendo posteriormente hasta alcanzar la coana<sup>3</sup>.

Niña de 6 años que presentaba obstrucción nasal izquierda, ronquidos nocturnos y episodios de apnea durante el sueño.

En la exploración se observaba una ocupación de la región posterior de orofaringe, no adherida, que descendía desde la rinofaringe, sin que pudiera visualizarse el nivel al que finaliza. Presentaba una superficie mucosa lisa y de aspecto atrófico, que indica la larga evolución del proceso y a pesar de contactar íntimamente con el paladar blando, esta masa no provoca molestias orofaríngeas ni desencadena reflejo nauseoso.

El estudio mediante tomografía computarizada (TC) mostró una masa que ocupaba el seno maxilar y la fosa nasal izquierdas, sin destrucción ósea, que descendía a nivel de rinofaringe y orofaringe hasta acercarse al hioides, sin llegar a contactar con epiglotis (fig. 1). Todos estos hallazgos eran compatibles con el diagnóstico de pólipo de Killian gigante izquierdo.

Se decidió la exéresis mediante cirugía endoscópica nasosinusal, durante la que se apreció el origen de la masa en el seno maxilar izquierdo. Debido a las dimensiones del pólipo se procedió a la exéresis de éste a nivel del ostium maxilar, a la limpieza del seno y a su abordaje final por vía orofaríngea (fig. 2).

La presentación clásica del pólipo antrocoanal es una insuficiencia respiratoria nasal unilateral, más acusada durante la espiración debido al efecto de válvula del pólipo con obstrucción de la coana. A medida que el pólipo crece puede ocasionar sintomatología bilateral<sup>4</sup>.

Debe prestarse atención a presentaciones clínicas infrecuentes del pólipo antrocoanal en la infancia, como disfonía y disfagia, epistaxis<sup>5</sup>, apnea obstructiva del sueño<sup>3</sup> y una posible autoamputación del pólipo y su expulsión por boca<sup>6</sup>. Esto último constituye una urgencia pediátrica debido al riesgo de caída hacia la rínge con la consecuente obstrucción respiratoria<sup>7</sup>.

El caso que se presenta tiene dos connotaciones importantes relacionadas con las dimensiones que alcanza la lesión. En la



**Figura 1.** Imagen de TC en la que se observa ocupación de seno maxilar izquierdo por masa que no provoca destrucción ósea, así como la prolongación de dicha masa hasta el área posterior de fosa nasal izquierda a través del ostium maxilar.



**Figura 2.** Masa polipoida que desciende desde rinofaringe hasta orofaringe. Imagen quirúrgica en hiperextensión cervical.

presentación clínica, además de una obstrucción nasal que aparece como manifestación más frecuente de esta proceso, se detectan pausas de apnea nocturnas. Y en segundo lugar, el posible riesgo de autoamputación y obstrucción respiratoria. Es importante tener en cuenta esta enfermedad dentro del diagnóstico diferencial del síndrome de apnea obstructiva del sueño en el niño.

Llama también la atención no observar reflejo nauseoso y la negación por parte de la paciente de odinofagia, que pensamos que se debía a un proceso de habituación secundario al lento crecimiento de la masa.

Etiopatogénicamente, el pólipo antrocoanal está asociado a procesos alérgicos e infecciosos. En la infancia, es importante la atención a la fibrosis quística como uno de los factores de riesgo<sup>8</sup> de cualquier cuadro de poliposis en estas edades. A pesar del desconocimiento de una etiología concreta, se sugiere que el origen puede situarse a nivel de la mucosa junto al orificio del seno maxilar, ocluyéndolo y creciendo por proliferación y edema hasta formar una estructura bilobulada en “reloj de arena” con un componente quístico originado en la pared posterolateral del seno maxilar y que se extiende a la fosa nasal a través del ostium principal o el accesorio, y un componente sólido, que puede llenar el suelo de la fosa nasal, alcanzar la coana e, incluso, descender a orofaringe. El diagnóstico diferencial del pólipo antrocoanal debe establecerse con masas de componente antral y con crecimiento nasal. En la población pediátrica las principales masas antrales que deben considerarse en el diag-

nóstico diferencial son el mucocele y el mucopiocele. También deben entrar dentro del diagnóstico diferencial masas de crecimiento nasal como el angiofibroma y el hemangioma<sup>3</sup>.

Aunque la antrotomía meatal clásica (técnica de Caldwell-Luc) consigue la extirpación de todos los componentes del pólipo y elimina toda la mucosa sinusal, presentando un índice de recurrencias bajo, anula la actividad fisiológica de las células ciliadas de esta mucosa. En la actualidad se considera a la cirugía endoscópica una técnica funcional, efectiva y segura para su tratamiento, en particular en niños, ya que evita complicaciones potenciales como lesión en raíces dentarias, con la interferencia en el desarrollo de la dentición<sup>9,10</sup>.

**O. Escorial Sanz, J.M. Sebastián Cortés,  
E. Sancho Serrano, J.I. Alfonso Collado,  
J. Royo López y H. Vallés Varela**

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

**Correspondencia:** Dra. O. Escorial Sanz.  
Río Esla, 2. 28770 Colmenar Viejo. Madrid.  
Correo electrónico: oescorial@yahoo.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chen JM, Schloss MD. Antro-choanal polyp: A 10-year retrospective study in the pediatric population with a review of the literature. *J Otolaryngol* 1989;18:168-72.
2. Killian G. The origin of choanal polypi. *Lancet* 1906;2:81-2.
3. Pruna X, Ibáñez JM. Antrochoanal polyps in children: CT findings and differential diagnosis. *Eur Radiol* 2000;10:849-51.
4. Salib RJ, Sadek SA. Antrochoanal polyp presenting with obstructive sleep apnoea and cachexia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000;54:163-6.
5. Robson AK, Barker CS. Epistaxis as an unusual presentation of an antrochoanal polyp. *J Laryngol Otol* 1990;104:643-4.
6. Rashid AM, Soosay D. Unusual presentation of a nasal (antrochoanal) polyp. *Br J Clin Pract* 1994;48:108-9.
7. Shankar Sharma H, Ramadan A. Antrochoanal polyp-a rare paediatric emergency. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1997;41:65-70.
8. Sharm VL, Effron MZ. Nasal polyps in children. *Laryngoscope* 1980;90:1488-95.
9. Pinilla M, González F. Abordaje endoscópico de los pólipos antrocoanales. *Acta Otorrinolaring Esp* 1994;45:345-7.
10. Stankiewicz A. Paediatric endoscopic nasal and sinus surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113:201-10.