

Hallazgos radiológicos por TCMD y RM de papiloma invertido mediante presentación de dos casos: un tumor sinonasal inusual

Radiological findings by MDCT and MRI of inverted papilloma through the presentation of two cases: an unusual sinonasal tumor

Daniel Uribe*, Carolina Lazcano, Nebil Larrañaga, Lina Robledo, Germán Espil, Shigeru Kozima

Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Estimados Editores:

El papiloma invertido es un tumor sinonasal inusual (0,4-4%)¹ de naturaleza benigna y de causa incierta. Se caracteriza por ser localmente agresivo y tener una alta probabilidad de recurrencia (13-35%) y potencial de malignización, especialmente en carcinoma de células escamosas (5-15%), por lo que resulta de especial interés su identificación, delineación de la extensión y localización del origen tumoral durante el abordaje preoperatorio². Con este fin, comunicamos dos casos de papiloma invertido, uno de ellos con transformación maligna (caso 2), exponiendo la utilidad de la tomografía computada multidetector (TCMD) y de la resonancia magnética (RM), y sus respectivas características radiológicas.

El primer caso se trata de una mujer de 75 años que consulta por obstrucción nasal y lesión polipoide endonasal izquierda de larga data. Se solicitan TCMD y RM de macizo craneofacial (Figs. 1 y 2) y tras los hallazgos se plantea la resección, obteniéndose el resultado histológico de papiloma invertido.

El segundo caso corresponde a un varón de 59 años que consulta por una lesión verrugosa endonasal derecha, con antecedente de carcinoma epidermoide

resecado hace aproximadamente 10 años. Tras la sospecha de recidiva se realizan TCMD y RM (Figs. 3 y 4), y posterior toma de biopsia, resultando en papiloma invertido.

Los papilomas nasosinuales surgen del epitelio schneideriano, distinguiéndose tres subtipos histológicos, de los cuales el más frecuente es el invertido (62%)¹. El papiloma invertido crece centrífugamente hacia el estroma subyacente; un comportamiento peculiar, que le confiere su nombre^{2,3}. Clásicamente debuta como una masa lobulada unilateral surgiendo de la pared lateral de la cavidad nasal a la altura del meato medio (85%), extendiéndose de manera centrífuga al ostium maxilar y luego a los senos paranasales adyacentes, afectando típicamente al seno maxilar (50%). Los diagnósticos diferenciales son el pólipo antrocoanal e inflamatorio y el carcinoma epidermoide².

La TCMD muestra hallazgos inespecíficos, como remodelación y reabsorción ósea, así como calcificaciones intratumorales; además, la hiperostosis focal en forma de placa o cono podría sugerir su origen anatómico⁴. La RM delimita la extensión tumoral, exhibe signos sugestivos de malignización (necrosis, patrón de realce y extensión extrasinusal), y además evalúa el

*Correspondencia:

Daniel Uribe

E-mail: daniuribe1995@gmail.com

Fecha de recepción: 08-12-2023

Fecha de aceptación: 30-07-2024

DOI: 10.24875/RAR.23000115

Disponible en internet: 06-03-2025

Rev Argent Radiol. 2025;89(1):45-47

www.revistarar.com

1852-9992 / © 2024 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

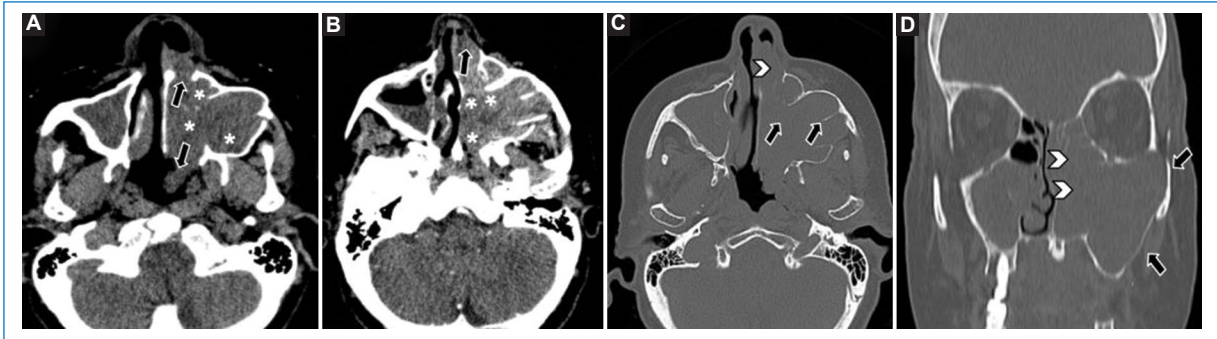


Figura 1. TCMD de macizo craneofacial con ventana de partes blandas en corte axial sin contraste (A), con contraste intravenoso (B), con ventana ósea en axial (C) y coronal (D). Voluminosa imagen con densidad de partes blandas (asteriscos en A) con realce intenso heterogéneo (asteriscos en B), ocupando predominantemente el seno maxilar izquierdo, expandiendo y erosionando sus paredes (flechas en C y D), extendiéndose al orificio nasal, la nasofaringe (flechas en A y B), las celdillas etmoidales y los cornetes nasales, erosionando estos últimos (puntas de flecha en C y D).

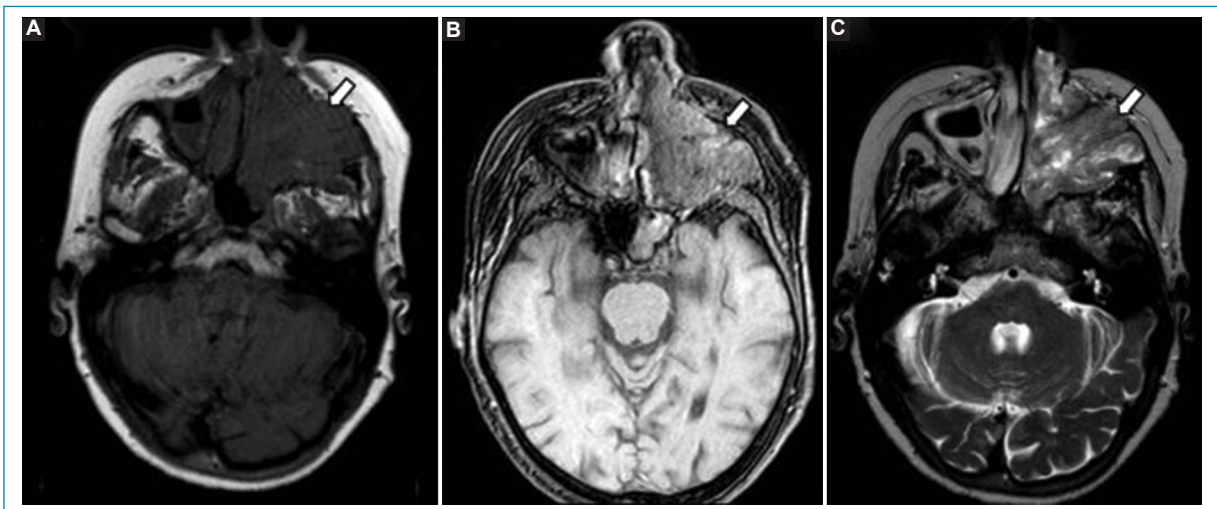


Figura 2. RM de macizo craneofacial en corte axial ponderada en T1 (A), T1 con contraste (B) y T2 (C). Voluminosa imagen con señal de partes blandas (flechas en A y B) con realce de aspecto cerebriforme (flecha en B).

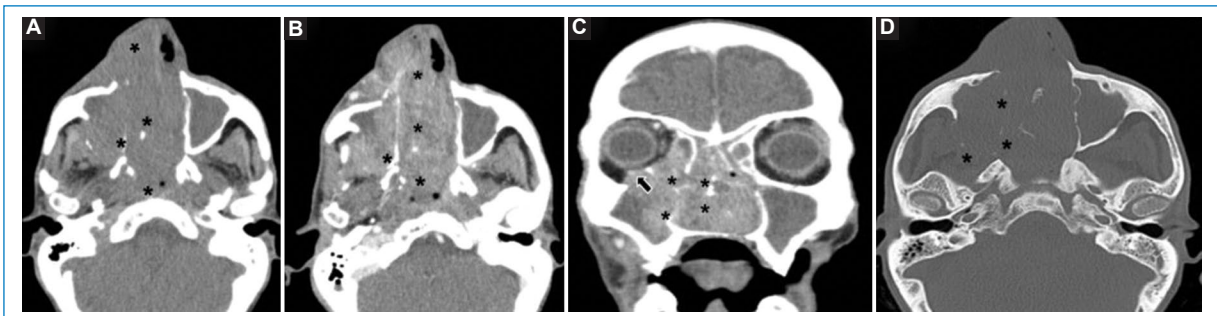


Figura 3. TCMD de macizo craneofacial con ventana de partes blandas en corte axial sin contraste (A), con contraste (B), con ventana ósea en corte axial (C) y coronal (D). Voluminosa imagen con densidad de partes blandas y realce intenso heterogéneo (B), ocupando el hemimacizo facial derecho (asteriscos en A, B y C), comprometiendo los orificios nasales, la nasofaringe, los cornetes nasales, las celdillas etmoidales y el seno maxilar derecho, con sectores de erosión y remodelamiento óseo (asteriscos en D), condicionando exoftalmos (flecha en C).



Figura 4. RM de macizo craneofacial sin contraste en corte coronal en T1 (A) y axial en T2 (B). Formación heterogénea predominantemente hiperintensa (flechas en A y B) ocupando el hemimacizo facial derecho.

tumor residual o la recidiva. Se comportan hiperintensos en secuencias ponderadas en T2, iso- a hiperintensos en T1, y patrón de realce cerebriforme característico como bandas hiper- e hipointensas intercaladas (80%)^{2,5}.

El papiloma invertido puede presentar patrones típicos radiológicos sugestivos; sin embargo, la histopatología es el método de referencia para su diagnóstico, quedando la TCMD y la RM para la planificación prequirúrgica.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. Yu S, Grose E, Lee DJ, Wu V, Pellarin M, Lee JM. Evaluation of inverted papilloma recurrence rates and factors associated recurrence after endoscopic surgical resection: a retrospective review. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2023;52:34.
2. Chawla A, Shenoy J, Chokkappan K, Chung R. Imaging features of sinonasal inverted papilloma: a pictorial review. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2016;45:347-53.
3. Lee DK, Chung SK, Dhong HJ, Kim HY, Kim HJ, Bok KH. Focal hyperostosis on CT of sinonasal inverted papilloma as a predictor of tumor origin. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28:618-21.
4. Russo C, Elefante A, Romano A, Cama A, Erra M, Ugga L, et al. A multimodal diagnostic approach to inverted papilloma: proposal of a novel diagnostic flow-chart. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2021;50:499-504.
5. Al Momen A, Alenzi HL, Al Eid M. Bilateral simultaneous sino-nasal inverted papilloma: a report of two cases and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2020;67:71-5.