

## Casos Clínicos

# Fibroma blando en fosas nasales: Reporte de un caso clínico

## *Fibroepithelial polyp from the nasal cavity: Report of a clinical case* *Fibroma mole nas fossas nasais: Relato de um caso clínico*

Dra. Mariela Ocaña Verdezoto <sup>(1)</sup>, Dr. Hugo Mendieta <sup>(2)</sup>

### Resumen

El fibroma blando es una tumoración benigna de localización común en la piel, con menos frecuencia en el tracto respiratorio inferior, gastrointestinal y genitourinario. Rara vez en la cavidad nasal. Son tres los casos clínicos documentados a nivel mundial. En este artículo se describe el cuarto caso clínico de fibroma blando en fosas nasales de una paciente femenina, se discuten múltiples factores etiológicos posibles y se analiza la evolución con el uso de inyecciones intralesionales de 5-fluorouracilo.

**Palabras clave:** fibroma blando, fosas nasales, 5-fluorouracilo.

### Abstract

Fibroepithelial polyp is a benign tumor commonly located on the skin, less frequently located in the lower respiratory tract, gastrointestinal and genitourinary. Rarely located in the nasal cavity. There are three clinical cases documented worldwide. In this article it is described the fourth one in the nostrils. Multiple etiological factors are assessed as well as its treatment with 5-fluorouracil.

**Keywords:** Fibroepithelial polyp, nasal cavity, 5-fluorouracil.

### Resumo

O fibroma mole é um tumor benigno comumente localizado na pele, menos frequentemente nas vias respiratórias inferiores, gastrointestinal e geniturinário. Raramente na cavidade nasal. Existem 3 casos clínicos documentados em todo o mundo.

Neste artigo descrevemos o quarto caso clínico de fibroma mole na fossa nasal de um paciente do sexo feminino, discutimos múltiplos fatores de possível etiologia, mostramos também a evolução com o tratamento multidisciplinar prestado no serviço de cirurgia plástica para uso de injeções intralesionais de 5-fluorouracil.

**Palavras-chave:** fibroma mole, narinas, 5-fluorouracil.

### Introducción

El fibroma blando es una tumoración benigna originada en el tejido mesodérmico. Está compuesta por cantidades variables de estroma cubierto de epitelio escamoso.<sup>(1)</sup> Tiene otros nombres como pólipo fibroepitelial y acrocordón. Los lugares de localización comúnmente son la piel de la cabeza, cuello, axila y región intramamaria; pueden encontrarse con menor frecuencia en el tracto respiratorio inferior, gastrointestinal y genitourinario. Es inusual en las vías respiratorias superiores como faringe y laringe. Muy rara vez se pueden encontrar en la cavidad nasal.<sup>(1,2)</sup>

Su patrón de crecimiento es inespecífico, generalmente lento. Se presentan con mayor incidencia en los varones entre 40-70 años; ya se han descrito casos de mujeres y niños.

Son de difícil etiología, aunque hay estudios que proponen una inflamación crónica por irritación o infección, desequilibrios hormonales, defectos del desarrollo, e incluso pueden aparecer después de traumatismos de la mucosa. El correcto diagnóstico se realiza por estudio de anatomía patológica.<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Médica residente de tercer año del servicio de otorrinolaringología.

<sup>(2)</sup> Médico de planta del servicio de otorrinolaringología.

Servicio de otorrinolaringología del Hospital Ramos Mejía. CABA, Argentina.

Mail de contacto: dra.marielaocver@gmail.com

Fecha de envío: 5 de noviembre de 2021 - Fecha de aceptación: 12 de enero de 2022.

En todo el mundo existen solo tres casos reportados y documentados de fibroma blando en cavidad nasal. Serbia reporta dos casos en los años 2009 y 2019, localizados en cornete inferior y septum nasal. El tercer caso pertenece a Corea del Sur en el año 2019, localizado en vestíbulo nasal.<sup>(1,4,5)</sup>

Como conducta terapéutica se indica su extirpación por la posibilidad de metaplasia tisular, a pesar de que su incidencia es baja para la transformación maligna.<sup>(6,7)</sup>

El caso reportado representa el cuarto en el mundo y el primero en América, con localización de la lesión en toda la fosa nasal, ocupando vestíbulo, septum y cornete inferior.

El 5-Fluorouracilo (5-FU) es un medicamento antimetabolito, análogo de la pirimidina. Interfiere en la síntesis del ADN y el ARN bloqueando la metilación del ácido desoxiuridílico al inhibir la timidilato sintetasa, lo que impide la proliferación celular y el crecimiento. Varios estudios avalan beneficios clínicos tras la inyección intralesional de 5-FU. Presenta alta tasa de respuesta y bajo índice de recurrencias, sin provocar la aparición de telangiectasias como ocurre con el uso de corticosteroides.<sup>(8,9)</sup>

### Caso clínico

Paciente femenina de 40 años, de nacionalidad argentina, ocupación taxista. Consultó al servicio de otorrinolaringología (ORL) en noviembre de 2020 refiriendo obstrucción nasal y una masa en fosa nasal derecha de crecimiento progresivo de 1 año de evolución aproximadamente. Negaba dolor y epistaxis (Figura 1).



Figura 1. A) Fibroma blando en fosa nasal derecha. B) Rinoscopia fosa nasal izquierda con perforación septal en comunicación con lesiones tumorales de fosa nasal contralateral.

Como antecedentes personales de relevancia, la paciente presentaba obesidad, hipertensión arterial (HTA) en tratamiento, consumo de cocaína desde los 18 años, consumo de tabaco crónico y de alcohol ocasional. Como antecedente quirúrgico, en el 2018

cirugía nasosinusal en otro nosocomio (anatomía patológica: pólipo inflamatorio).

Al examen físico se constató: rinoscopia: fosa nasal derecha con una masa multilobulada que protruía por el orificio nasal externo, de características similares a la piel, ocluyendo el 100 % de la misma. Fosa nasal izquierda con perforación septal 3 cm x 2 cm, a través de la que se observaban lesiones de mismas características provenientes de la fosa nasal contralateral; área vestibular libre.

Se realizó una tomografía axial computada (TAC) de macizo facial en la que se observó una masa de densidad de partes blandas homogénea que ocupaba ambas fosas nasales, desde anterior a posterior, ocupando también área próxima al cavum. En la fosa nasal izquierda el área del vestíbulo estaba libre de formación. Presencia de tabique óseo. No fue posible definir el tabique cartilaginoso por la ocupación tumoral. Ambos ostium estaban permeables y los senos paranasales ventilados (Figura 2).



Figura 2. A) TAC macizo facial, corte coronal: fosa nasal ocupada por masa de densidad de partes blandas, sin ocluir ostium maxilares. B) TAC macizo facial, corte axial: fosas nasales y área vestibular ocupadas por masa con densidad de partes blandas hasta área límite de cavum.

Se realizó una cirugía nasosinusal con biopsia de la lesión (3,6 cm x 2 cm). Por anatomía patológica se constató un fibroma blando (Figura 3).



Figura 3. A) Tiempo quirúrgico de biopsia de masa en fosa nasal derecha. B) Pieza anatómica de masa en fosa nasal derecha de 3,6 cm x 2 cm. C) Porción inferior de masa en fosa nasal derecha adherida a la parte dérmica de labio superior.

La paciente recibió seguimiento por los servicios de dermatología, cirugía plástica y deshabitación tabáquica. En conjunto con el servicio de cirugía plástica se decidió la inyección intralesional de 5-fluorouracilo cada 28 días, hasta 6 sesiones según la evolución, para disminuir sus dimensiones. Posteriormente sería reintervenida quirúrgicamente con el objetivo de evitar la recidiva. Hasta la actualidad ha realizado 4 sesiones de inyección con 5-fluorouracilo, observándose la reducción de un 50 % del tamaño tumoral (Figura 4).



Figura 4. A) Fibroma blando fosa nasal derecha sin tratamiento. B) Fibroma blando fosa nasal derecha involucionado con tratamiento.

## Discusión

La forma de presentación clínica de los pacientes reportados con diagnóstico de fibroma blando, en el presente artículo y a nivel mundial, es la obstrucción nasal progresiva.<sup>(1,4,5)</sup> Habitualmente la misma se presenta en el lado derecho.<sup>(1,5)</sup> No obstante, dada la baja incidencia de la patología, no puede atribuirse a la misma cierta predilección por esta fosa nasal. Al igual que lo reportado por Peric et al., la hipertensión arterial fue un antecedente patológico presente en el caso descrito.

Es posible que determinados factores hayan contribuido a la aparición y crecimiento del fibroma blando aquí reportado, a saber: el trauma e irritación crónica de la mucosa nasal asociados al antecedente de cirugía endoscópica nasal y al uso de cocaína intranasal (incluyendo aquellas sustancias con las que se combina).

El tratamiento en todos los casos reportados fue la extracción completa de la tumoración por vía endoscópica nasal.<sup>(1,4,5)</sup> A diferencia de lo expuesto en la literatura, en el presente caso la resección fue realizada en dos tiempos quirúrgicos: un primer tiempo de exéresis incompleta de la tumoración por encontrarse comprometida la porción dérmica del

labio superior y constatarse en el intraoperatorio abundante tejido fibroso; un segundo tiempo posterior al resultado de la anatomía patológica, para la resección completa que evite la recidiva. Además, antes y después del segundo tiempo quirúrgico, se aplicó 5-Fluorouracilo. Este último ha demostrado tener buenos resultados en acrocordones y queloides de otras localizaciones, además de evitar futuras recidivas. El abordaje terapéutico para el caso descrito ha demostrado tener resultados funcionales y estéticos aceptables.

## Conclusión

El fibroma blando es un tumor benigno muy poco frecuente en la cavidad nasal, con un patrón de crecimiento lento. Su etiología es multifactorial. Actualmente, la resección quirúrgica continúa siendo el tratamiento indicado, dada la posibilidad de transformación a metaplasia tisular. Las inyecciones con 5-Fluorouracilo como tratamiento complementario, han demostrado mejorar la evolución y disminuir la recidiva de esta patología.

**Los autores no manifiestan conflictos de interés.**

## Bibliografía

1. Perić A, Matković-Jožin S, Vukomanović-Đurđević B. Fibroepithelial polyp arising from the inferior nasal turbinate. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2009; 55 (4S): S288-289.
2. Ghosh SK, Bandyopadhyay D, Chatterjee G, Barra C. Acrocordones gigantes en lugares inusuales. *Journal compilation European Academy of Dermatology and Venereology*. 2009; 23 (2S): S233-233.
3. Eads TJ, Chuang TY, Fabré VC, Farmer ER, Hood AF. The utility of submitting fibroepithelial polyps for histological examination. *Arch Dermatol*. 1996 Dec; 132(12):1459-62
4. Stoiljkov M, Perić A. Fibroepithelial Polyp Originating from the Nasal Septum. *Turk Arch Otorhinolaryngol*. 2019; 57(4S): S206-208.
5. Lee JH. Fibroepithelial Polyp Arising from the Nasal Vestibule. *Ear, Nose & Throat Journal*. 2021; 100(5S) S590-591.
6. Agir H, Sen C, Cek D. Squamous cell carcinoma arising from a fibroepithelial polyp. *Ann Plast Surg*. 2005; 55 (6S): S687-688.
7. Chiritescu E, Maloney ME. Acrocordones como signo de presentación del síndrome de carcinoma nevoide de células basales. *J Am Acad Dermatol*. 2001; 44 (5S): S789-794.
8. Metsavaht d'Orsi L, Rios Garcia CA. Intralesional injections of 5-FU in the treatment of keloids, hypertrophic scars, and contractures. *Surgical & cosmetic dermatology*. 2015; (7S):S17-24.
9. Vistós Vercher JL, Aliaga Morell MT. Cicatrices hipertróficas y queloides. *Dialnet*. 2010; 4(11S):S15-20.