



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reportes de caso

Papiloma exofítico en la nasofaringe en un paciente de 5 años: reporte de caso y revisión de la literatura

Exophytic papilloma of the nasopharynx in a 5-year-old patient: Case report and literature review

José Martes-Fritz*, Daniel Ruiz-Manco**, Javier Andrés Ospina-Díaz***

* Estudiante de Medicina, Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2379-8497>

** Residente de Otorrinolaringología, Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8725-1176>

*** Otorrinolaringólogo, Especialista en Rinología y Base de Cráneo. Unidad funcional de Cirugía de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional de Cancerología; Departamento de Otorrinolaringología, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8476-6278>

Forma de citar: Martes-Fritz J, Ruiz-Manco D, Ospina-Díaz JA. Papiloma exofítico en la nasofaringe en un paciente de 5 años: reporte de caso y revisión de la literatura. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024;52(2): 127-132. DOI.10.37076/acorl.v52i2.756

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 25 de enero de 2024

Evaluado: 10 de mayo 2024

Aceptado: 14 de junio 2024

Palabras clave (DeCS):

Papiloma, enfermedades nasofaríngeas, salud pediátrica, cirugía endoscópica transanal.

RESUMEN

La obstrucción de vía aérea superior (VAS) en pediátricos raramente puede requerir descartar entidades menos frecuentes como masas nasofaríngeas. Reporte de caso: Papiloma exofítico de difícil diagnóstico en paciente de 5 años y se discuten las características clínicas, imagenológicas y terapéuticas mediante revisión de la literatura. Discusión: La obstrucción grave de VAS en pediátricos requiere un estudio endoscópico e imagenológico completo. Los tumores de nasofaringe son causa poco frecuente de obstrucción de VAS en pacientes pediátricos. El papiloma exofítico es un tumor benigno de la cavidad nasal que se origina de la mucosa schneideriana, con alto potencial de recurrencia en resecciones subtotales. A la fecha hay pocos reportes de este tumor en pediátricos y nasofaringe. Conclusión: el papiloma nasosinusal es un tumor de baja incidencia en la edad pediátrica, pero debe ser considerado como causa infrecuente de obstrucción de VAS; brindar un abordaje diagnóstico es necesario para un tratamiento adecuado.

Correspondencia:

Dr. Daniel Ruiz Manco

Email: danielruizmanco@gmail.com

Dirección: Calle 54A # 14 - 53

Teléfono celular: 3178046503

ABSTRACT

Key words (MeSH):

Papilloma, nasopharyngeal diseases, child health, transanal endoscopic surgery.

Upper airway (UA) obstruction in pediatric patients may rarely require ruling out less common entities such as nasopharyngeal masses. Case Report: Exophytic papilloma in a 5-year-old patient with a challenging clinical diagnosis. The clinical, radiographic, and therapeutic characteristics of this lesion are discussed through a review of the current literature. Discussion: Severe UA obstruction in pediatric patients warrants a thorough endoscopic and radiologic study. Nasopharyngeal tumors are an uncommon cause of UA obstruction in children. Exophytic papilloma is a benign tumor of the nasal cavity, originating from the Schneiderian mucosa. It is known for its high recurrence rate following subtotal resection. There have been only a few case reports when originating from the nasopharynx. Conclusion: Sino-nasal papilloma is a low-incidence tumor in children, but it still must be considered a rare cause of UA obstruction. Therefore, patients must be properly approached in order to perform appropriate diagnostic and therapeutic management.

Introducción

La obstrucción o congestión nasal es uno de los síntomas más frecuentes de consulta en la práctica del otorrinolaringólogo. En la población pediátrica este síntoma se asocia frecuentemente con rinitis alérgica, hipertrofia de los cornetes nasales, rinosinusitis o hipertrofia adenoidea; esto, a su vez, puede relacionarse con el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en niños (1). En pacientes pediátricos, la prevalencia de la hipertrofia adenoidea puede ser muy frecuente y ascender hasta el 34% de acuerdo con diferentes estudios, mientras que la del SAOS y la rinosinusitis ascienden hasta el 5%, y la principal población afectada está entre los 3 y 12 años de edad (1-3).

Aun así, existen otras condiciones que pueden generar sintomatología similar y, aunque su frecuencia sea menor, deben ser consideradas en el abordaje del paciente pediátrico con obstrucción nasal, como las lesiones tumorales. Dentro de estas se encuentran los papilomas nasosinuales, los cuales se dividen en papiloma invertido, exofítico y oncocítico, que abarcan el 0,5%-4% de los tumores nasales primarios; el más frecuente es el papiloma invertido, seguido del subtipo exofítico (4-6).

El papiloma exofítico es un tumor benigno de origen ectodérmico que aparece en más del 90% de los casos en la región anterior del tabique nasal, con muy pocos casos reportados en los que se origina del vestíbulo o el cornete medio (7). A diferencia de los papilomas invertido y oncocítico, no se ha demostrado que el papiloma exofítico tenga transformación a malignidad. Aunque se ha reportado una incidencia de 2,3 casos por cada 100.000 personas, la mayoría incluyen población adulta, y su presentación sinusal en pacientes pediátricos es extremadamente infrecuente, con pocos casos reportados en la literatura (6, 8).

La presentación clínica inicial del papiloma exofítico es muy similar en comparación con los otros papilomas y tumores benignos, iniciando con obstrucción nasal, rinorrea y epistaxis; sin embargo, en muchas ocasiones su hallazgo puede ser incidental mediante estudios imagenológicos (9, 10).

El diagnóstico de cualquier subtipo de papiloma se realiza por medio de la historia clínica, el examen endoscópico,

la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) de senos paranasales. El estudio histopatológico mediante una biopsia es la prueba que confirma el diagnóstico (4, 11). Su tratamiento es principalmente quirúrgico mediante diferentes abordajes quirúrgicos, lo que favorece el abordaje endoscópico endonasal en las publicaciones más recientes (4).

Las lesiones o tumoraciones en la nasofaringe son tan poco comunes en los niños que, frecuentemente, se tardan mucho en lograr el diagnóstico correcto. Una adecuada identificación mediante la sospecha clínica, la evaluación endoscópica y las características imagenológicas son clave para realizar un tratamiento adecuado. En este artículo se describe el caso inusual de un papiloma exofítico localizado en la nasofaringe en un niño de 5 años y se revisa el abordaje diagnóstico y las claves en el tratamiento de acuerdo con la revisión de literatura.

Reporte del caso

Paciente masculino de 5 años sin antecedentes relevantes, con un cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en obstrucción nasal, sensación de ahogo al dormir asociado con tos seca y rinorrea verdosa. Fue valorado por otorrinolaringología en otra institución, donde se consideró una alta sospecha clínica de hipertrofia de adenoides, por lo cual se programó un procedimiento quirúrgico. Sin embargo, previo a la cirugía, el cuadro clínico empeoró con mayor obstrucción nasal, fiebre y dificultad respiratoria, lo que llevó al paciente a requerir ventilación de alto flujo en la unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP).

Se sospechó la presencia de un cuadro de SAOS, hipertrofia adenoidea y sospecha de rinosinusitis sobreinfectada. Se realizó una tomografía de senos paranasales, la cual evidenció una lesión polipoidea, lobulada, entre la cavidad nasal y el cavum faríngeo, sugestiva de lesión tumoral (**Figura 1**); por esta razón, el paciente es remitido a esta institución.

En el examen físico, el paciente no presentaba estridor ni uso de músculos accesorios. La rinoscopia anterior no evidenció masas y en la orofaringe no se encontraron hallazgos

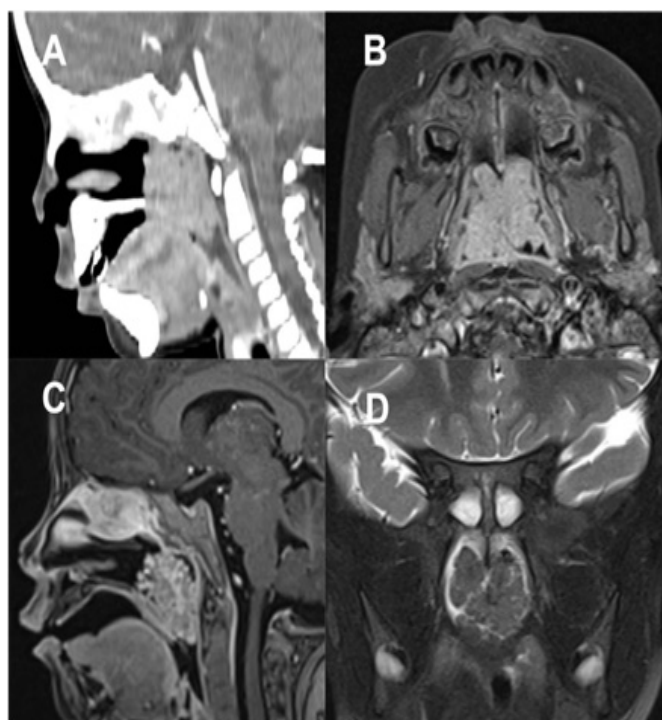


Figura 1. Estudio imagenológico prequirúrgico. A. Tomografía de senos paranasales en corte sagital que evidencia una masa multilobulada con densidad de tejidos blandos de 38 x 29 x 38 mm, con ocupación completa de la nasofaringe. B, C. RMN de senos paranasales en cortes axial y sagital en secuencia T1 contrastada, que evidencia la masa con intensidad de señal intermedia en T1 con bordes mal definidos, realce intenso y homogéneo con el medio de contraste sin infiltración de los tejidos adyacentes. D. Corte coronal en secuencia T2 con intensidad de señal baja en T2 y aspecto cerebriforme. También presentaba una restricción de agua en la difusión y mapa ADC (no mostrado en estas imágenes). Tomada de: historia clínica del paciente.

relevantes, con amígdalas grado II y sin evidencia de otras lesiones. Durante la hospitalización presenta ronquido grave con pausas respiratorias asociadas con tiraje supraesternal y subcostal. Se inicia ventilación a alto flujo y en la UCIP deciden asegurar la vía aérea con intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. Se realiza una RMN de senos paranasales que evidencia la masa en secuencia T1 sin infiltración a tejidos adyacentes (**Figura 1**).

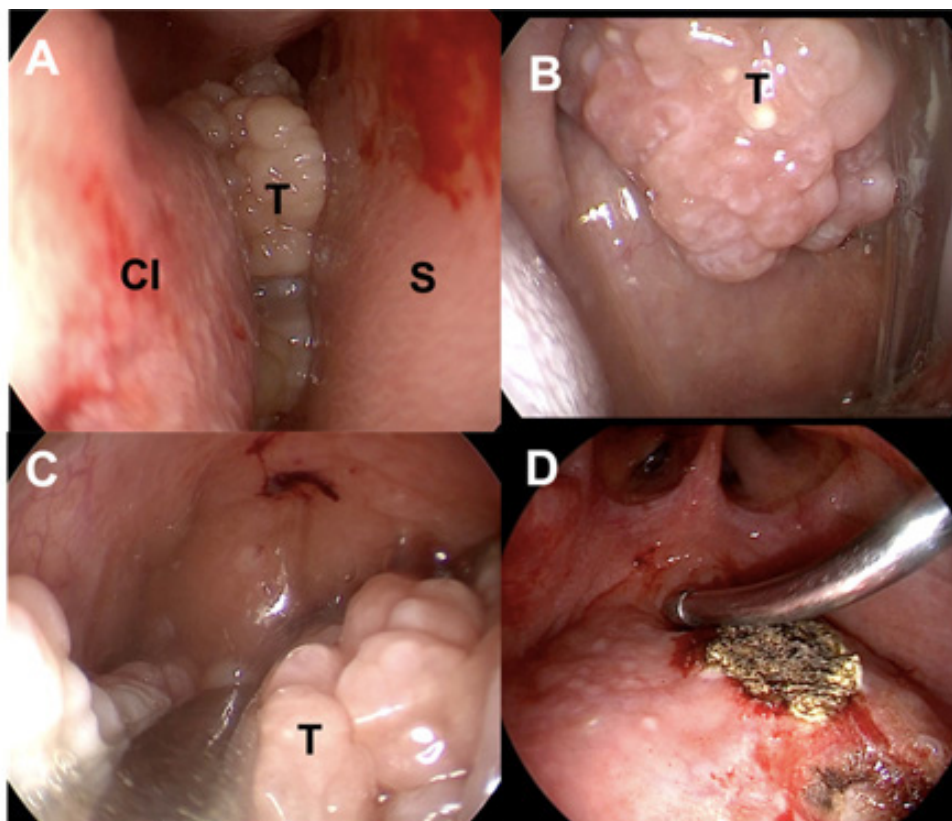
Ante la sospecha de lesión tumoral en la nasofaringe, sugestiva de un linfoma por su localización en la edad pediátrica, se decide llevar a biopsia de lesión por vía endoscópica, la cual se realizó por vía transnasal con lente rígido de 0° y 45° y vía transoral con lente rígido de 70°. Los hallazgos intraoperatorios evidenciaron una lesión de aspecto polipoide, en racimos, de color rosado pálido, de aproximadamente 5 cm de diámetro, que obstruía toda la nasofaringe, no estaba adherida a la pared posterosuperior de la nasofaringe ni al paladar blando y estaba compuesta por un pedículo único en la pared posteroinferior media de la nasofaringe; por esta razón, se decide realizar una resección completa de la lesión por vía endoscópica transnasal y rechazarla hacia la orofaringe para obtener el espécimen completo vía transoral, con posterior resección y cauterización abundante del sitio de inserción de la lesión con el uso de electrosucción; la resección se complementó con shaver de senos paranasales (**Figura 2**). La cirugía se realizó sin complicaciones y al sexto día se dio egreso debido a la mejoría de los síntomas.

El resultado de patología reporta un papiloma schneideriano exofítico sin cambios displásicos con inflamación crónica subepitelial, con base de implantación libre de tumor y negativo para malignidad. El análisis de citometría de flujo demuestra una población linfocitaria T del 61%, con predominio de CD4 y el 38% de población linfocitaria B madura policlonal.

A la fecha, el paciente ha presentado mejoría de la obstrucción grave de la vía aérea superior, sin nuevos episodios de apnea y sin recurrencia temprana; sin embargo, se requiere seguimiento a corto y largo plazo para asegurar su remisión completa.

Discusión

El papiloma exofítico es un tumor benigno de la cavidad nasal que se origina de la mucosa schneideriana, en el cual se reconoce su alto potencial de recurrencia cuando no se logra una resección completa. Es extremadamente baja la incidencia de este tipo de tumor en pacientes pediátricos y solo se han reportado algunos casos en la literatura de su localización en la nasofaringe. A diferencia de los otros subtipos, no se ha reportado transformación a malignidad en este tipo de papilomas (10). La fisiopatología continúa siendo incierta y se han descrito factores etiológicos como rinosinusitis crónica, factores ambientales, tabaquismo y virus del papiloma humano (VPH) de bajo riesgo, incluyendo los subtipos 6 y 11 (4, 8, 9, 11).



Cl: cornete inferior; S: septum nasal; T: tumor.

Figura 2. Imágenes endoscópicas intraoperatorias. A. Imagen tomada de la región más posterior de la fosa nasal derecha con lente de 0 grados, que evidencia una masa polipoide multilobulada que compromete la totalidad de la nasofaringe. B. Visión endoscópica de la orofaringe con lente de 0 grados. C. Visión endoscópica de la nasofaringe al rechazar el tumor hacia inferior con disector de Freer, que comprueba que no hay infiltración tumoral a nivel del tejido epifaringeo. D. Visión endoscópica con lente de 70 grados a través de la orofaringe posterior a la resección del tumor y cauterización de la base de implantación en la pared posterior de la nasofaringe. En la imagen se identifican las coanas y el borde posterior del vómer. Tomada de: historia clínica del paciente.

La complejidad en su diagnóstico radica en que la sintomatología no es específica del papiloma exofítico debido a su similitud con otras condiciones obstructivas y congestivas, como la rinosinusitis crónica, la hipertrofia de adenoides o los cornetes hipertróficos, el SAOS e incluso otros tumores sinusales, como los linfomas, los carcinomas nasofaríngeos (raros en la edad pediátrica) y los otros subtipos de papiloma. Los síntomas característicos en los niños incluyen obstrucción nasal, rinorrea anterior y posterior, cefalea, hiposmia y dolor facial (5, 12, 13).

Uno de los principales diferenciales de las lesiones de aspecto tumoral en la nasofaringe en niños son los linfomas, y el linfoma no Hodgkin es el más común. Estos linfomas pueden presentarse en el cuello, la nasofaringe, las amígdalas y la base de la lengua e, incluso, en la nariz y los senos paranasales (14). La sintomatología es muy similar en comparación con el papiloma exofítico, incluyendo síntomas obstructivos nasales y epistaxis. En casos más avanzados puede presentarse dificultad respiratoria y respiración ruidosa. Adicionalmente, el linfoma puede debutar con los conocidos síntomas B, los cuales incluyen pérdida de peso, sudoración nocturna, disfagia y fiebre sin origen establecido (15).

Otro diferencial importante son los carcinomas nasofaríngeos, los cuales pueden presentarse con sintomatología similar. La principal diferencia radica en que los carcinomas nasofaríngeos son extremadamente raros en niños, y se presentan con frecuencia con aparición de nódulos cervicales, dolor a la apertura oral, disfagia y regurgitación nasal dada por parestesia del paladar blando (16).

El examen endoscópico es la herramienta diagnóstica más importante con la que cuenta el otorrinolaringólogo para determinar las características macroscópicas de la lesión, su extensión y compromiso de estructuras adyacentes, lo que permite enfocar mejor el diagnóstico. Dicha apariencia se ha descrito como un tumor de implantación amplia de color blanquecino, de crecimiento verrucoso y consistencia firme (7, 9, 10). Afecta principalmente la porción anterior del tabique nasal, y muy rara vez afecta la nasofaringe, el vestíbulo nasal y los cornetes medios (7).

La tomografía computarizada (TC) y la RMN son importantes para el análisis de las lesiones obstructivas en la nasofaringe que sugieren una patología tumoral. Estos estudios no son necesarios en la gran mayoría de los niños que presentan obstrucción nasal y SAOS, pero sí deben consi-

derarse ante unos hallazgos endoscópicos sugestivos de una lesión tumoral o en los cuadros clínicos inusuales, como en este caso, en el que el paciente presentaba una rápida progresión de obstrucción nasal de menos de 2 meses de evolución.

Es importante evaluar las imágenes de lesiones en la nasofaringe de forma adecuada para realizar un diagnóstico apropiado. El linfoma no Hodgkin que compromete la nasofaringe es una entidad para tener en cuenta en esta localización, usualmente se presenta como un tumor homogéneo que compromete difusamente las paredes de la nasofaringe y se disemina de forma exofítica, llenando la coana y la vía aérea, sin infiltrar los tejidos blandos profundos; puede extenderse hacia las amígdalas palatinas o hacia la hipofaringe (17). En contraste, el carcinoma nasofaríngeo usualmente es asimétrico, con infiltración profunda hacia el plano muscular, extensión lateral hacia el espacio graso, los forámenes de los nervios y el hueso de la base del cráneo. Puede comprometer también los ganglios cervicales, usualmente bilaterales, que a su vez pueden tener necrosis evidenciada en la RMN (18).

En TC, el papiloma exofítico puede evidenciar áreas de hiperdensidad y no presentar calcificaciones. En la RMN un aspecto cribiforme o cerebriiforme en la secuencia T2 ha mostrado ser altamente sugestivo para papiloma exofítico o invertido (Figura 1D) (9). Otros diagnósticos diferenciales en la edad pediátrica incluyen los pólipos antrocoanales, displasia fibrosa, granuloma de células gigantes y otras neoplasias, especialmente en la nasofaringe debe sospecharse el compromiso por linfomas (11).

El manejo de papilomas en la nariz y la nasofaringe se ha realizado mediante abordajes quirúrgicos que varían desde una cirugía abierta convencional hasta la resección endoscópica endonasal, y esta última es la opción que ha sido favorecida para la mayoría de los casos por los estudios más recientes en papiloma invertido y exofítico (4, 9, 10, 12). La cirugía endoscópica provee varios beneficios con respecto a los abordajes abiertos, permite mejor visualización e identificación de los sitios de inserción tumoral y menor morbilidad, lo que logra resultados a largo plazo similares o superiores en comparación con abordajes externos (19).

En esta búsqueda se encontraron dos casos reportados de papiloma exofítico en la cavidad nasal en la literatura en pacientes pediátricos hasta la actualidad, teniendo en cuenta que la mayoría de este tipo de papilomas en estos pacientes se presentan en la cavidad oral o en el esófago. El primer reporte es de un paciente masculino de 17 años quien presentó un papiloma exofítico asociado a rinolitos (20). El segundo caso es de una niña de 10 años con un papiloma exofítico asociado a VPH-6 y VPH-11 (21). El abordaje, en ambos casos, fue por medio de una resección endoscópica, la cual obtuvo un control adecuado de la enfermedad (22-25).

Conclusiones

El papiloma nasosinusal es un tumor de baja incidencia en la edad pediátrica, pero que debe ser considerado en estos pacientes como una rara causa de obstrucción nasal. El papi-

loma exofítico es un subtipo benigno con alta posibilidad de recurrencia si no se logra una resección completa, pero sin conversión a malignidad, a diferencia de los otros subtipos. La ubicación más común es el septum en su porción anterior, y su aparición en otra zona de la cavidad nasal es infrecuente. Por la inespecificidad de los síntomas, es importante un diagnóstico y un tratamiento oportunos. El manejo definitivo debe ser quirúrgico por medio de un abordaje endoscópico endonasal, siempre que este sea posible, con la finalidad de remover la totalidad de la lesión y su origen o sitios de inserción tumoral.

Agradecimientos

Agradecemos al servicio de Cabeza y Cuello y Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Cancerología, quienes permitieron la realización de este estudio y la mejoría de la calidad de vida y salud del paciente en cuestión.

Financiación

Realizada por los mismos autores.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.

Declaración de autoría

Cada uno de los autores contribuyeron directamente a la generación del contenido intelectual de este artículo, el cual no se ha sometido a ninguna otra revista.

Consideraciones éticas

Se siguieron los lineamientos de la declaración de Helsinki, se diligenció apropiadamente un consentimiento informado por parte de los padres del paciente y se siguieron apropiadamente los protocolos de protección de datos del mismo.

REFERENCIAS

1. Niedzielski A, Chmielik LP, Mielnik-Niedzielska G, Kasprzyk A, Bogusławska J. Adenoid hypertrophy in children: a narrative review of pathogenesis and clinical relevance. *BMJ Paediatr Open*. 2023;7(1):e001710. doi: 10.1136/bmjpo-2022-001710
2. Pereira L, Monyror J, Almeida FT, Almeida FR, Guerra E, Flores-Mir C, et al. Prevalence of adenoid hypertrophy: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2018;38:101-112. doi: 10.1016/j.smrv.2017.06.0013.
3. Al-Shamrani A, Alharbi AS. Diagnosis and management of childhood sleep-disordered breathing. Clinical approach. *Saudi Med J*. 2020;41(9):916-929. doi: 10.15537/smj.2020.9.25262
4. Yi H, Ji T, Song X, Seng D, Zhao J, Ni X. The Clinical Characteristics in Children with Sinonasal Inverted Papilloma: A Case Report and Review of the Literature. *Ear Nose Throat J*. 2023;102(11):696-700. doi: 10.1177/01455613211068567

5. Nasser F, Mubarak A-S. Inverted Papilloma Isolated in the Nasopharynx. *Bahrain Med Bull*. 2013;35(1):1–9.
6. Korbi AE, Jellali S, Kolsi N, Bouatay R, Njim L, Berguaoui E, et al. Pediatric naso-sinusal inverted papilloma: report of a case and literature review. *Pan Afr Med J*. 2020;37:373. doi: 10.11604/pamj.2020.37.373.27186
7. Thompson LD. Schneiderian papilloma of the sinonasal tract. *Ear Nose Throat J*. 2015;94(4-5):146-8.
8. Jayakody N, Ward M, Wijayasingham G, Fowler D, Harries P, Salib R. A rare presentation of a paediatric sinonasal inverted papilloma. *J Surg Case Rep*. 2018;2018(11):rjy321. doi: 10.1093/jscr/rjy321
9. Glâtre R, De Kermadec H, Alsamad IA, Badoual C, Gauthier A, Brugel L, et al. Exophytic sinonasal papillomas and nasal florid papillomatosis: A retrospective study. *Head Neck*. 2018;40(4):740-746. doi: 10.1002/hed.25042
10. Wieneke JA, Koeller KK. Head neck pathol radiology pathology classics. *Head Neck Pathol*. 2007;1(2):99-101. doi: 10.1007/s12105-007-0019-0
11. Salomone R, Matsuyama C, Giannotti Filho O, Alvarenga ML, Martinez Neto EE, Chaves AG. Bilateral inverted papilloma: case report and literature review. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2008;74(2):293-6. doi: 10.1016/s1808-8694(15)31103-4
12. Klimek T, Atai E, Schubert M, Glanz H. Inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses: clinical data, surgical strategy and recurrence rates. *Acta Otolaryngol*. 2000;120(2):267-72. doi: 10.1080/000164800750001071
13. Acevedo-Henao CM, Talagas M, Marianowski R, Pradier O. Recurrent inverted papilloma with intracranial and temporal fossa involvement: A case report and review of the literature. *Cancer Radiother*. 2010;14(3):202-5. doi: 10.1016/j.canrad.2010.01.012
14. Zagolski O, Dwivedi RC, Subramanian S, Kazi R. Non-Hodgkin's lymphoma of the sino-nasal tract in children. *J Cancer Res Ther*. 2010;6(1):5-10. doi: 10.4103/0973-1482.63553
15. Cuadra-Garcia I, Proulx GM, Wu CL, Wang CC, Pilch BZ, Harris NL, Ferry JA, et al. Sinonasal lymphoma: a clinicopathologic analysis of 58 cases from the Massachusetts General Hospital. *Am J Surg Pathol*. 1999;23(11):1356-69. doi: 10.1097/00000478-199911000-0000616
16. Brennan B. Nasopharyngeal carcinoma. *Orphanet J Rare Dis*. 2006;1:23. doi: 10.1186/1750-1172-1-23
17. King AD, Lei KI, Richards PS, Ahuja AT. Non-Hodgkin's lymphoma of the nasopharynx: CT and MR imaging. *Clin Radiol*. 2003;58(8):621-5. doi: 10.1016/s0009-9260(03)00182-x
18. Liu XW, Xie CM, Mo YX, Zhang R, Li H, Huang ZL, et al. Magnetic resonance imaging features of nasopharyngeal carcinoma and nasopharyngeal non-Hodgkin's lymphoma: are there differences? *Eur J Radiol*. 2012;81(6):1146-54. doi: 10.1016/j.ejrad.2011.03.066
19. Ishak M, Lazim N, Abdullah B, Mohd Z. Open and Endoscopic Medial Maxillectomy for Maxillary Tumors – A Review of Surgical Options. *Curr Med Issues*. 2019;17(3):75. doi: 10.4103/cmi.cmi_6_19
20. Berçin S, Ural A, Kutluhan A. Nasal Septal Papilloma Co-Existing With A Rhinolith: Case Report. 2006;5(3):127-9.
21. Ashkanani SM, Aljariri AA, Shaikh A, Ammar AA. HPV related sino-nasal SCC of in pediatric female patient: A case report. *Otolaryngol Case Reports*. 2022;24(December 2021):100463. doi: 10.1016/j.xocr.2022.100463
22. Wadhera R, Kalra V, Gulati SP, Ghai A. A big solitary oropharyngeal papilloma in a child. *Egypt J Ear, Nose, Throat Allied Sci*. 2012;13(3):131-2. doi: 10.1016/j.ejenta.2012.10.002
23. Malhotra N, Lendner N, Gagliardo C, Breglio K, Mor N, Wetzler G. Esophageal Squamous Papilloma in the Pediatric Population. *JPGN Rep*. 2022;3(2):e178. doi: 10.1097/PJG9.0000000000000178
24. Orenuga OO, A O, Oluwakuyide RT, Olawuyi AB. Recurrent oral squamous papilloma in a pediatric patient: Case report and review of the literature. *Niger J Clin Pract*. 2018;21(12):1674-1677. doi: 10.4103/njcp.njcp_407_17
25. Hernández-Almeida P, Váscquez-Muñoz F, Váscquez-Montalvo A, Montalvo-Flores N, Redrobán-Armendariz L, Aymacaña-Albán E. Oesophageal squamous papilloma in paediatric population: a single-centre case series. *BMJ Paediatr Open*. 2023;7(1):e001667. doi: 10.1136/bmjpo-2022-001667