Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co

Reporte de caso

Hamartoma adenomatoide epitelial respiratorio (REAH) en la hendidura olfatoria derecha: reporte de un caso

Respiratory epithelial adenomatoid hamartoma in the right olfactory cleft: a case report

Anamaria Salamanca Guerrero, Fabio Alejandro Motta Cortés***

* *Residente de Otorrinolaringología. Unisanitas, Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0009-0003-3312-136X.*

** *Otorrinolaringólogo. Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-1037-3959.*

Cómo citar: Salamanca-Guerrero A, Motta-Cortés FA. Hamartoma adenomatoide epitelial respiratorio en la hendidura olfatoria derecha: reporte de un caso. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2026;54(4): 326-330. DOI: https://doi.org/10.37076/acorl.v54i4.790

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido: 24 de septiembre de 2025
Evaluado: 06 de noviembre de 2025
Aceptado: 24 de julio de 2026

Palabras clave (DeCS):
Hamartoma, mucosa respiratoria, cavidad nasal, pólipos nasales.

RESUMEN

El hamartoma adenomatoide epitelial respiratorio es un tumor benigno e infrecuente del tracto nasosinusal, con predilección por la hendidura olfatoria. Puede simular pólipos nasales o lesiones benignas y malignas, con diagnósticos erróneos y cirugías innecesarias. Se presenta una paciente de 78 años con obstrucción nasal derecha, rinorrea hialina y disminución del olfato de 1 año de evolución. La nasosinuscopia mostró una lesión polipoide y cerebriforme en la hendidura olfatoria derecha y el cornete medio. La tomografía evidenció ensanchamiento de la hendidura olfatoria sin erosión ósea. Se realizó cirugía endoscópica funcional tipo Draf IIa, con resección completa. La histopatología confirmó el diagnóstico. La paciente evolucionó favorablemente, sin recidiva a los 9 meses de seguimiento. Este caso destaca la necesidad de reconocer esta entidad como diagnóstico diferencial de masas nasales polipoides. Un diagnóstico oportuno, basado en hallazgos endoscópicos, radiológicos e histológicos, evita manejos médicos y procedimientos quirúrgicos innecesarios y permite un manejo conservador y eficaz.

Correspondencia:
Anamaria Salamanca Guerrero.
Correo electrónico: a.salamancagu@unisanitas.edu.co
Dirección: carrera 66 #23-46, consultorio 316. Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, Colombia.
Teléfono: +57 310 768 8301.

Key words (MeSH):
Hamartoma, respiratory mucosa, nasal cavity, nasal polyps.

ABSTRACT

Respiratory epithelial adenomatoid hamartoma is a rare benign tumor of the sinonasal tract, with a predilection for the olfactory cleft. It may mimic nasal polyps or benign and malignant lesions, leading to misdiagnosis and unnecessary surgeries. We present a 78-year-old female patient with a one-year history of right-sided nasal obstruction, hyaline rhinorrhea, and decreased sense of smell. Nasal endoscopy revealed a polypoid and cerebriform lesion in the right olfactory cleft and middle turbinate. Computed tomography showed widening of the olfactory cleft without bone erosion. Functional endoscopic sinus surgery using a Draf IIa approach was performed, achieving complete resection. Histopathological examination confirmed the diagnosis. The patient had a favorable postoperative course, with no recurrence at 9 months of follow-up. This case highlights the need to recognize this entity as a differential diagnosis of polypoid nasal masses. Timely diagnosis, based on endoscopic, radiological, and histological findings, prevents unnecessary medical treatments and surgical procedures and allows for effective conservative management.

Introducción

El hamartoma adenomatoide epitelial respiratorio (REAH) es un tumor benigno del tracto nasosinusal originado en la porción superior y posterior del tabique nasal, con ubicación precisa en la hendidura olfatoria, donde provoca el ensanchamiento de la lámina lateral. Puede definirse como una malformación o un trastorno congénito del desarrollo tisular, caracterizado por una proliferación de glándulas revestidas por epitelio respiratorio ciliado multicapa, con mucocitos mixtos en contacto directo con el epitelio superficial, que se invagina hacia la submucosa (1).

Se describió por primera vez en 1995 por Wenig y Heffner, quienes acuñaron el término REAH para denominar esta neoplasia benigna de las cavidades nasales y sinusales. Esta patología presenta un alto índice de diagnóstico erróneo, razón por la cual se considera una entidad rara e infradiagnosticada.

El reconocimiento oportuno de este diagnóstico debe realizarse antes del tratamiento quirúrgico, con el fin de evitar cirugías agresivas e innecesarias y sus posibles complicaciones. Para ello, es fundamental la participación de un patólogo experimentado que identifique las características histológicas del REAH y evite su interpretación como una lesión maligna. Asimismo, se recomienda un control sistemático de las hendiduras olfatorias mediante tomografía computarizada y cirugía endoscópica, por parte de radiología y otorrinolaringología, respectivamente (2, 3).

Radiológicamente, el REAH puede manifestarse como una masa homogénea en la tomografía computarizada de senos paranasales, asociada con ensanchamiento de la región de las hendiduras olfatorias, generalmente sin erosión ósea. Se ha descrito un ancho total igual o superior a 10 mm, medida entre los límites laterales derecho e izquierdo de dicha región, constituye un hallazgo sugestivo de REAH (1, 4).

Existen dos formas de presentación: REAH aislado o asociado con poliposis nasal. Según la revisión de Nguyen y colaboradores, el REAH se ha identificado en el 35 % al 48 % de los pacientes sometidos a cirugía endoscópica por poliposis nasal (1). De manera similar, Issa y colaboradores documentaron REAH confirmado histológicamente en el 47,4 % (54 de 114) de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por poliposis nasal (4). La etiología del REAH permanece desconocida; sin embargo, se ha propuesto una teoría hiperplásica relacionada con la inflamación crónica de la mucosa nasal. Esta hipótesis se apoya en su frecuente asociación con poliposis nasal, descrita en el 57 % de los casos de REAH en una revisión de la literatura (1), según la cual la inflamación crónica de la mucosa olfatoria induce proliferación epitelial respiratoria y una respuesta inflamatoria local persistente de tipo hiperplásico. Esto se asocia con poliposis nasal recurrente, mayor duración de la enfermedad, múltiples cirugías sinusales y mayor incidencia de asma. Además, se ha descrito una expresión aumentada de la metaloproteinasa de la matriz 9 (MMP-9) y una menor expresión de la metaloproteinasa de la matriz 2 (MMP-2) en las células epiteliales del REAH (2).

El presente caso documenta una presentación infrecuente de REAH aislado en una paciente de edad avanzada, en quien la correlación endoscópica, radiológica e histopatológica permitió establecer el diagnóstico definitivo. Este informe contribuye a ampliar el conocimiento clínico sobre una entidad poco reconocida y refuerza la necesidad de incluir el REAH en el diagnóstico diferencial de las masas nasosinusales para optimizar el abordaje terapéutico y evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios.

Caso clínico

Se presenta una paciente femenina de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y apnea del sueño, enfermedades metabólicas controladas y cirugía de Mohs en 2024 para la resección de un carcinoma basocelular en el canto interno del ojo izquierdo. Consultó por un cuadro de 1 año de evolución de obstrucción nasal derecha, rinorrea hialina y dolor frontofacial no irradiado, asociado con presión facial e hiposmia. Recibió tratamiento con un corticoide nasal durante 6 meses, sin mejoría de los síntomas, a excep-

ción de la rinorrea hialina. Por el cuadro clínico, se decidió realizar una nasosinuscopia para la visualización endoscópica de la lesión, que mostró una lesión de aspecto polipoide y cerebriforme en la hendidura olfatoria derecha. Se solicitó una tomografía de senos paranasales (**Figura 1**).

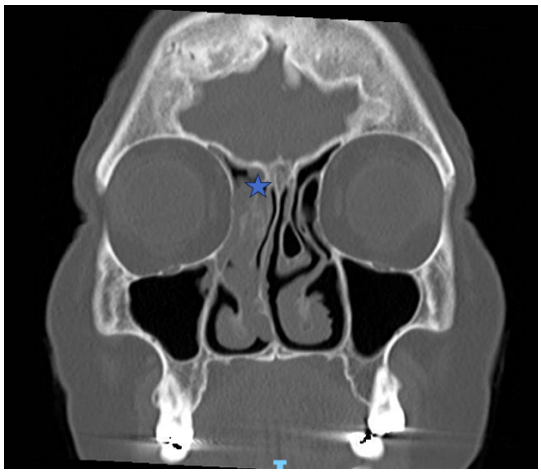


Figura 1. Tomografía computarizada de los senos paranasales, corte coronal, ventana ósea. La estrella azul señala el ensanchamiento de la hendidura olfatoria (mayor de 10 a 12 mm). Imagen es propiedad de los autores

Con estos paraclínicos se sospecharon lesiones de aspecto polipoide que comprometían el cornete medio, el complejo osteomeatal y la hendidura olfatoria derecha.

En el estudio imagenológico, los diagnósticos diferenciales iniciales incluyeron pólipo inflamatorio, papiloma invertido y tumor nasosinusal maligno, entidades que pueden presentar características similares en la tomografía computarizada (1, 5). Sin embargo, el aspecto homogéneo de la lesión, la ausencia de erosión ósea o remodelación expansiva y el ensanchamiento simétrico de la hendidura olfatoria sugirieron una lesión benigna compatible con REAH. La falta de infiltración ósea o destrucción de las paredes sinusales permitió descartar procesos malignos, mientras que la localización estricta en la hendidura olfatoria y el patrón cerebriforme endoscópico orientaron la sospecha diagnóstica, que se confirmó luego mediante el estudio histopatológico (**Figura 2**) (1, 2, 6).

Ante las lesiones descritas en la endoscopia y la tomografía, se decidió realizar una cirugía endoscópica funcional para la resección de las lesiones ocupantes de espacio nasosinusal mediante un abordaje Draf IIa, asociado con antrostomía maxilar y etmoidectomía anterior y posterior derechas. La elección del abordaje Draf IIa se basó en la necesidad de un acceso amplio y controlado a la hendidura olfatoria y al receso frontal, que permitiera la resección completa de la lesión sin comprometer estructuras críticas adyacentes, como la lámina papirácea o la base del cráneo (3, 5). Este abordaje ofrece una visualización superior del techo etmoidal y del complejo osteomeatal, lo que facilita una resección precisa de las lesiones localizadas en el compartimiento olfatorio.

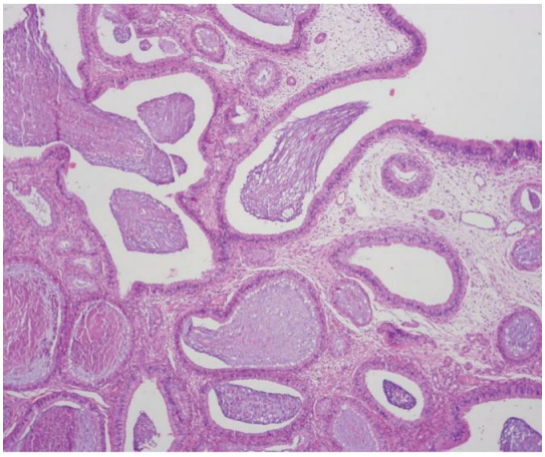


Figura 2. Hamartoma adenomatoide epitelial respiratorio (REAH). Proliferación pseudoglandular con una apariencia de mucocitos (2). Tomada de bibliografía

No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias inmediatas.

Durante el procedimiento quirúrgico Draf IIa, se evidenciaron como hallazgos intraquirúrgicos una lesión de aspecto cerebriforme, violácea, de base ancha y sin signos de sangrado, dependiente del etmoides anterior y posterior derechos, que se extendía al complejo osteomeatal ipsilateral. Se tomó una muestra para estudio histopatológico, cuyo resultado fue un hamartoma adenomatoide nasal.

Se realizaron controles posoperatorios. La nasosinuscopia de control a los 4 meses mostró las cavidades de antrostomía y etmoidectomía derechas amplias y permeables, sin lesiones ni signos de restos tumorales, con evolución satisfactoria (**Figura 3**).

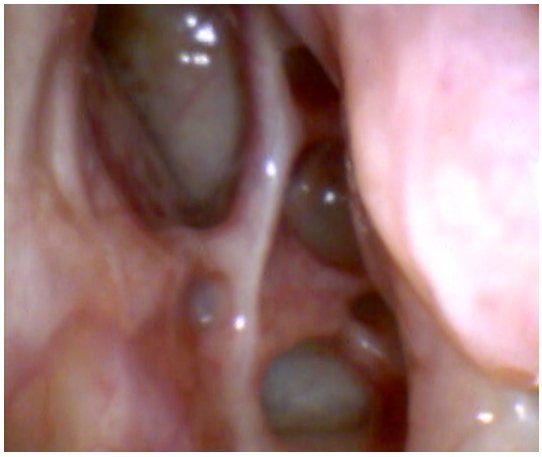


Figura 3. Vista endoscópica de la fosa nasal derecha. Imagen es propiedad de los autores

La nasosinuscopia de control posquirúrgico a los 9 meses mostró el meato medio con cambios de antrostomía maxilar, etmoidectomía anterior y posterior y sinusotomía frontal derechas, permeables y sin lesiones. Los cambios de la cirugía endoscópica derecha fueron satisfactorios, sin recidiva del

hamartoma. Además, la paciente refirió una mejoría significativa de los síntomas descritos al inicio del seguimiento. Desde su perspectiva, la mejoría subjetiva fue importante, con resolución de la obstrucción nasal y recuperación parcial del olfato, lo que dio como resultado una percepción notable de mejor calidad de vida. No se registraron complicaciones tardías ni recidiva tumoral durante el seguimiento.

Discusión

El REAH es una entidad poco frecuente e infradiagnosticada dentro de las enfermedades nasosinusales. Su reconocimiento ha aumentado en los últimos años gracias al uso sistemático de la endoscopia y la tomografía computarizada en la evaluación de la cavidad nasal (1, 5). Sin embargo, todavía se confunde con pólipos inflamatorios, papilomas invertidos o incluso tumores malignos del tracto nasosinusal, lo que puede conducir a procedimientos quirúrgicos innecesarios o a una interpretación errónea del diagnóstico histológico (3).

El caso presentado coincide con lo descrito en la literatura en cuanto a su localización característica en la hendidura olfatoria y su aspecto endoscópico cerebriforme, pero resulta particular por presentarse en una paciente de 78 años, una edad superior al promedio documentado (aproximadamente 54 años), y en forma aislada, sin poliposis nasal asociada. Esta presentación reafirma que el REAH puede ocurrir de manera independiente de los procesos inflamatorios crónicos y apoya la hipótesis de una etiología multifactorial más allá del componente alérgico propuesto (4).

La correlación imagenológica y endoscópica es fundamental para orientar la sospecha diagnóstica. En este caso, el ensanchamiento de la hendidura olfatoria derecha, sin evidencia de erosión ósea, constituyó un hallazgo radiológico sugestivo de REAH. Aunque la confirmación definitiva se basó en el estudio histopatológico, como se recomienda en todas las series publicadas (1, 2).

Desde el punto de vista terapéutico, la cirugía endoscópica funcional permitió una resección completa y segura mediante un abordaje Draf IIa, con resultados favorables y sin complicaciones. El seguimiento clínico y endoscópico a los 9 meses mostró una cicatrización adecuada y ausencia de recurrencia, lo que concuerda con la evolución benigna descrita para esta patología tras una resección completa (1, 5).

Como limitación, este reporte presenta un único caso, lo que impide establecer conclusiones generalizables. No obstante, su descripción contribuye a fortalecer la evidencia clínica sobre el REAH, resalta la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de las masas nasales y enfatiza el valor de una evaluación histopatológica experta para evitar sobretratamientos quirúrgicos (1, 2, 3).

Conclusión

El REAH es una entidad benigna poco reconocida que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las masas nasosinusales, especialmente ante el hallazgo de una lesión cerebriforme en la hendidura olfatoria con ensanchamiento en la tomografía. La confirmación diagnóstica es exclusivamente histopatológica y su identificación adecuada evita tratamientos quirúrgicos innecesarios. La resección endoscópica constituye el tratamiento de elección y ofrece excelentes resultados funcionales, con bajo riesgo de recurrencia.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés relacionados con la elaboración o publicación de este manuscrito.

Financiación

Este trabajo no recibió financiación externa. Los autores realizaron la elaboración y revisión del manuscrito de manera independiente.

Declaración de autoría

Anamaria Salamanca Guerrero participó en la recopilación de la información clínica, revisión de la literatura y redacción del manuscrito. Fabio Alejandro Motta Cortés fue el médico tratante responsable del caso y participó en la supervisión del manejo clínico, selección del caso para su publicación, interpretación de la información y revisión crítica del manuscrito. Ambos autores revisaron y aprobaron la versión final.

Agradecimientos

Se agradece al equipo del servicio de Otorrinolaringología y Patología de la Clínica Universitaria Colombia por su colaboración en el manejo diagnóstico y quirúrgico de la paciente.

Consideraciones éticas

El presente reporte se elaboró siguiendo las recomendaciones de la guía CARE para la presentación de casos clínicos. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación de la información clínica y las imágenes. Se garantizaron la confidencialidad y el anonimato conforme a las recomendaciones de la declaración CARE y a las normas éticas internacionales del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE).

REFERENCIAS

1. Nguyen DT, Gauchotte G, Arous F, Vignaud JM, Jankowski R. Respiratory epithelial adenomatoid hamartoma of the nose: an updated review. Am J Rhinol Allergy. 2014;28(5):187-92. https://doi.org/10.2500/ajra.2014.28.4085
2. Rom D, Lee M, Chandraratnam E, Chin R, Sritharan N. Respiratory epithelial adenomatoid hamartoma: an important

differential of sinonasal masses. Cureus. 2018;10(4):e2495. https://doi.org/10.7759/cureus.2495
3. Kumar D, Handa KK, Handa A, Gautam P. Recurrent respiratory epithelial adenomatoid hamartoma of the nasal cavity. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2022;35(5):668-9. https://doi.org/10.1080/08998280.2022.2086783
4. Issa MJA, de Oliveira VRR, Nunes FB, Vasconcelos LOG, Souza LFB, Cherobin GB, et al. Prevalence of respiratory epithelial adenomatoid hamartomas (REAH) associated with nasal polyposis: an epidemiological study - how to diagnose. Braz J Otorhinolaryngol. 2022;88(Suppl 5):S57-62. https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.09.009
5. Davison WL, Pearlman AN, Donatelli LA, Conley LM. Respiratory epithelial adenomatoid hamartomas: an increasingly common diagnosis in the setting of nasal polyps. Am J Rhinol Allergy. 2016;30(4):139-46. https://doi.org/10.2500/ajra.2016.30.4338
6. Lacroix JS, Landis BN. Fisiología de la mucosa respiratoria rinosinusal y trastornos funcionales. EMC Otorrinolaringología. 2009;38(2):1-11. https://doi.org/10.1016/S1632-3475(09)70290-5