

PRESENTACION DE CASO

Nasoangiofibroma nasal. Una localización infrecuente en un paciente adulto

Nasopharyngeal angiofibroma (ANJ). A localization infrequent in adult

Ilsa García Estrada^I, Waldo Jiménez González^{II}, Jorge Luis Thompson Lamoth^{III}, Carlos Alfonso Sabatier^{IV}, Juan C Llibre Guerra^V, Yamil Sánchez García^{VI}

I Especialista I Grado Otorrinolaringología. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Especialista I Grado Otorrinolaringología. Asistente. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

III Especialista I Grado Otorrinolaringología. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgicas Joaquín Albarrán. La Habana, Cuba.

IV Especialista I Grado Anatomía Patológica. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

V Especialista I Grado Radiología. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

VI Técnico Medio en Imagenología. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El nasoangiofibroma juvenil (ANJ) es un tumor benigno poco frecuente que se presenta en la adolescencia, entre los 10 a 25 años de edad. Representa el 0,05 % de los tumores de cabeza y cuello, su crecimiento es lento y se comporta de forma invasiva destruyendo las estructuras adyacentes, teniendo

una predilección de la nasofaringe en el sexo masculino. Es un tumor muy vascularizado por lo que el síntoma principal es la epistaxis y la obstrucción nasal, el tratamiento es quirúrgico exclusivamente. Se presenta un paciente adulto de 35 años de edad que acude a la consulta por sangramiento nasal de 3 meses de evolución por fosa nasal izquierda y obstrucción nasal homolateral, al examen físico en la Rinoscopia anterior se observa una tumoración y el informe de Anatomía patológica informa nasofibroangioma. **Palabras clave:** nasofibroangioma, epistaxis, obstrucción nasal.

ABSTRACT

The nasopharyngeal angiofibroma (ANJ) in adolescence it is a not very frequent benign tumor that is presented only in adolescent years, between 10 to 25 years of age. It represents 0.05 % of the head and neck tumors, their growth it is slow and it behaves in a invasive ways destroying the adjacent structures, having a predilection of the nasopharyngeal in the masculine sex. It is a very vascularized tumor for what the main symptom is the nasal bleed and nasal obstruction, the treatment is exclusively surgical. A 35 year-old mature patient is presented that comes to the consultation for nasal bleeding of 3 months of evolution for severe nasal left and nasal homolateral obstruction, to the physical exam in the previous rhinoscopy a tumor is observed and the report of pathological Anatomy informs nasopharyngeal angiofibroma. **Key words:** nasopharyngeal angiofibroma, nasal bleed, nasal obstruction.

INTRODUCCIÓN

Fue Hipócrates el primero en describir el nasofibroangioma juvenil, considerándolo un tumor polipoide, Chaveau en 1906 introdujo el término de fibroma juvenil nasofaríngeo⁽¹⁾ y en 1940 Friedberg le dio el nombre de angiofibroma. Legouest sugirió su predominio en varones y la primera resección quirúrgica satisfactoria se le atribuye a Liston en 1841 en Londres^(2,3).

El nasofibroangioma es un tumor vascular con ausencia de la capa muscular media, por lo que la epistaxis es el síntoma principal y son difíciles de controlar en muchas ocasiones. Representa el 0.5% de los tumores de cabeza y cuello,

es mas frecuente en el sexo masculino en la adolescencia debutando a la edad entre los 10 y 18 años en la mayoría de los casos aunque se han descritos caso en adultos incluso en mujeres⁽⁴⁻⁶⁾.

El diagnóstico se basa esencialmente en las manifestaciones clínicas del tumor, epistaxis, obstrucción nasal son las mas frecuentes y en los estudios de imágenes como la tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM) y la angiografía. A pesar de su naturaleza histológicamente benigna, el ANJ tiene el riesgo potencial de complicaciones que amenazan la vida debido al sangrado y la extensión intracraneal. No se recomienda la biopsia debido al alto riesgo de sangrado.

Están descritas varias clasificaciones como son la de Chandler (1984), Fich (1983) y la de Radkowski D en 1996, la más utilizada en la literatura de los últimos años. Existen además otras clasificaciones como la de Andrews y Sessions. Todas ellas se basan en la extensión e invasión^(7,8).

Clasificación de FICH para angiofibroma nasofaríngeo juvenil (1983)

Estadio descripción

I Tumor limitado a nasofaringe y cavidad nasal; destrucción ósea insignificante o limitada al agujero esfenopalatino.

II Tumor que invade la fosa pterigopalatina, seno etmoidal o esfenoidal con destrucción ósea.

III a Tumor que invade la fosa infratemporal o región orbital sin compromiso intracraneal.

III b Tumor que invade la fosa infratemporal y región orbital con compromiso Intracraneal, extradural y paraselar.

IV a Tumor intracraneal intradural sin infiltración del seno cavernoso, fosa pituitaria, o quiasma óptico.

IV b Tumor intradural intracraneal con infiltración del seno cavernoso, fosa pituitaria o quiasma óptico.

Clasificación de RADKOWSKI (1996).

IA Tumor limitado cavidad nasal y/o nasofaringe.

IB Igual que IA con compromiso de al menos una fosa nasal.

IIA Extensión mínima a través del agujero esfenopalatino y compromiso lateral mínimo hacia la fosa pterigo maxilar.

IIB Ocupación completa de fosa pterigomaxilar, desplazando hacia anterior la pared posterior del antro maxilar. Extensión superior con o sin erosión de los huesos orbitarios.

IIC Extensión hacia la fosa infratemporal o hacia posterior hacia los procesos pterigoideos.

IIIA Erosión de base de cráneo con mínima extensión intracraneana.

IIIB Erosión de base de cráneo. Compromiso intracraneal extenso con o sin extensión al seno cavernoso.

La resección completa de los nasoangiofibromas pueden curarlos completamente, varios abordajes quirúrgicos han sido descritos en la literatura, incluyendo el transfacial a través de la rinotomía lateral o incisiones de degloving facial, transmaxilar y el abordaje infratemporal tipo C o D de Fish. Los recientes avances en las técnicas e instrumentos de cirugía endoscópica han permitido la resección de estas lesiones.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 35 años de edad acude a nuestra consulta con antecedentes trauma facial por accidente y en estudio por posible Esclerosis múltiple, que hace tres meses comienza a presentar sangramiento por fosa nasal izquierda sin traumas previos y obstrucción nasal.

Se realiza el examen físico de la especialidad y en la Rinoscopia anterior se observa imagen tumoral de la fosa nasal izquierda de color rojizo que ocupa la misma en su totalidad, el resto del examen físico es negativo. Se toma muestra para Anatomía Patológica y nos informan Angiofibroma nasal.

Se le indica TAC de Senos Paranasales. Observándose tumoración de la fosa nasal izquierda. Figura 1.



Figura 1. Tumor de fosa nasal izquierda.

Previa a la cirugía se procede a la embolización intratumoral (Figuras 2,3) a través del cateterismo selectivo de la carótida externa con un catéter diagnóstico 5 Fr con una guía 0.035, observándose la arteria maxilar interna discretamente engrosada que provoca una intensa tinción tumoral. Se intercambia el catéter diagnóstico por un catéter guía 5 Fr, a través del cual se introduce un microcater tracker 2.0 Fr apoyado por una guía 0.014, situando el microcatéter adyacente al tumor. Posteriormente se comienza a instilar partículas de alcohol polivinílico siliconizadas (embósferas) de 50-100 micras, con el objetivo de lograr un cierre de la circulación capilar tumoral (Figura 4). A continuación se instilaron partículas de 150-300 y de 300-500 micras para el cierre los vasos tumorales de mayor calibre, lográndose que la lesión quedara totalmente avascular en las angiografías de control realizadas.

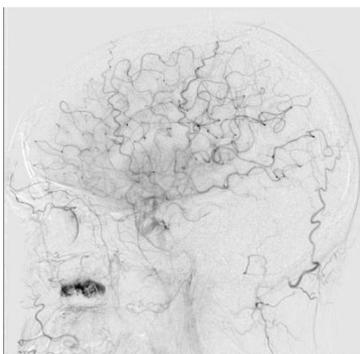


Figura 2. Tumor fosa nasal izquierda.

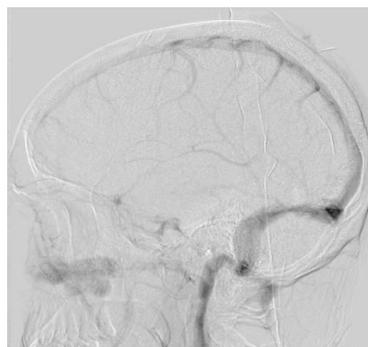


Figura 3. Tumor embolizado.

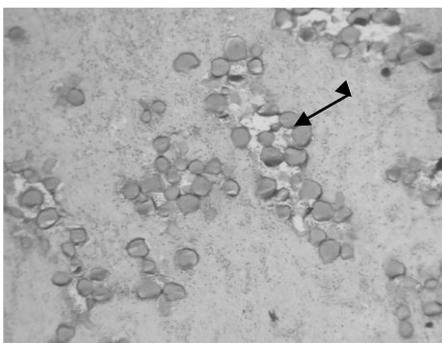


Figura 4. Partículas de alcohol polivinílico (embósferas) de 50-100 micras.

Se realiza la exéresis del tumor por cirugía endoscópica nasal resecándose en su totalidad (Figura 5).



Figura 5. Pieza quirúrgica.

DISCUSIÓN

El angiofibroma nasofaríngeo juvenil, es un tumor vascular primario de características histológicas benignas, se origina frecuentemente en el foramen esfenopalatino. Afecta sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes del sexo masculino en la segunda y tercera década de la vida (entre 12 y 25 años)⁽⁹⁾. Desde 1968 están reportados casos de angiofibroma en pacientes adultos, Rominger CJ, Santore^(10,11) describieron en la literatura médica casos de nasoangiofibroma en pacientes adultos y de sexo femenino. Pradillo⁽¹²⁾ describió el caso de un paciente de sexo masculino de 62 años en 1975. Lukomski M, Danilewicz⁽¹³⁾ han descrito algunos casos de edades de 34, 49 y 68 años, Leonardo Elías Ordóñez reporta en el 2008 un varón de 31 años⁽¹⁴⁾, y Sessions AB reporta un caso en un adulto mayor femenina⁽¹⁵⁾. Es de resaltar que el encontrar esta enfermedad en rangos de edad mayor de 26 años siguen siendo casos inusuales que ameritan alta sospecha clínica previa para un manejo inmediato ya que pueden convertirse en mortales. El paciente que se reporta tiene 35 años.

Las características clínicas son epistaxis y obstrucción nasal unilateral que ocurren en más del 80 % de los pacientes. Otros síntomas asociados proptosis, tumefacción facial, efusión de oído medio unilateral, sinusitis y en estadios más avanzados, síntomas oculares como diplopia⁽⁷⁾.

El diagnóstico se basa esencialmente en las manifestaciones clínicas del tumor y los estudios de imágenes (TAC, RM, angiografía). A pesar de su naturaleza

histológicamente benigna, el ANJ tiene el riesgo potencial de complicaciones que amenazan la vida debido al sangrado y la extensión intracraneal. No se recomienda la biopsia debido al alto riesgo de sangrado, en este caso se le realizó biopsia pues por la localización del tumor descrita anteriormente y sus características al examen físico y la edad del paciente se presentaron dudas diagnósticas, no hubo complicaciones de epistaxis grave. Ante las características clínicas y radiológicas del tumor, la biopsia únicamente se aconseja en casos de duda diagnóstica⁽¹⁶⁾.

La TAC permite establecer claramente la extensión tumoral y realizar la clasificación del paciente, su patrón de diseminación y la planeación del abordaje quirúrgico. A partir de la TAC, se han descrito varias clasificaciones, como son la de Sessions, Fish y Chandler^(7,8), anteriormente descritas por lo que podemos clasificar a nuestro paciente según la clasificación de Fish en estadio I limitado a la fosa nasal y planear el abordaje quirúrgico.

La mayor parte de las veces la vascularidad del tumor proviene de las ramas de la carótida externa, como son la maxilar interna, la esfenopalatina, la faríngea ascendente y las palatinas descendentes, aunque si el tumor es muy grande, puede tener irrigación de la arteria carótida interna, de las arterias meníngeas y de la arteria etmoidal posterior⁽⁹⁾.

La Angiografía por Sustracción Digital (ASD) como método diagnóstico ha demostrado su importancia en el manejo del AJN, cuando ésta se realiza previa a la embolización prequirúrgica. Robertson y cols., en 1972, fueron los primeros en realizar la embolización preoperatoria de los vasos sanguíneos de mayor aporte al tumor como una terapia adyuvante, posiblemente definitiva o paliativa y desde entonces ha sido recomendada por muchos autores, no deja de tener riesgo de complicaciones cuando además se realiza esta embolización. Entre las principales complicaciones descritas en la literatura están la isquemia, el espasmo arterial, edema por preparados que contengan alcohol e incluso migración de partículas de material embólico a otras áreas adyacentes de riego sanguíneo^(16,17). El paciente presentó edema palpebral y áreas de isquemia de la hemicara izquierda que fue recuperándose paulatinamente.

La embolización preoperatoria también puede reducir el tiempo intraoperatorio y el grado de dificultad quirúrgica y por lo tanto disminuye la morbilidad y mortalidad. Aproximadamente el 51 % de las malformaciones vasculares

ocurren en la cabeza y el cuello y la tasa varón a mujer es de 1 a 1,5. Por lo que la mayoría de los autores la recomiendan realizar de 24 a 48 horas antes del proceder quirúrgico⁽¹⁸⁾.

Varias técnicas quirúrgicas han sido descritas en la literatura, la transpalatina, transzigomática, rinotomía lateral⁽¹⁹⁾.

Con el advenimiento de la cirugía endoscópica nasal se ha comprobado la seguridad y efectividad del abordaje endoscópico para tratar el angiofibroma en estadios tempranos I y II, ya que la morbilidad es baja, la tasa de recurrencias es nula, la cantidad de sangrado transoperatorio o posoperatorio es escasa y las complicaciones postquirúrgicas son mínimas, el procedimiento es más seguro, rápido y efectivo si la embolización de la lesión es adecuada, por lo que gran parte del éxito del procedimiento se debe al trabajo que desempeña el radiólogo intervencionista⁽²⁰⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burbano G, Barros K, González C. Reporte de caso clínico: fibroangioma nasal juvenil. Rev Med FCM-UCSG. 2011;17(2):126-31.
2. Chavolla MR, Labra A. Angiofibroma juvenil nasofaríngeo. Meta-análisis de su tratamiento. Rev Med Hosp Gen Mex. 2003;66(23):71-9.
3. Patrick JG, Davidson J. Juvenile angiofibroma: A review of the literature and a case series report. Laryngosc. 1992;102(13):928-33.
4. Kau R, Tanna M, Misra S, Contreras AL. Nasopharyngeal Angiofibroma. Ear Nose Throat J. 2008;87(5):256.
5. Szymańska A, Korobowicz E, Goabek W. A rare case of nasopharyngeal angiofibroma in an elderly female. Eur Arch Otorhinolaryng. 2006;263(7):657-60.
6. García M, Rivero V. Nasal angiofibroma in a 60 year-old female. A clinical case and literature review. Acta Otorrinolaringol Esp. 2004;55(6):195-7.
7. Padilla LF, Torres A, Milanés R, Vélez C, Torres T. Angiofibroma nasofaríngeo juvenil: serie de casos del Hospital Universitario del Caribe. Cartagena, Colombia. Rev Cienc Biomed. 2010;1(2):259-65.

8. Burbano G, Barros K, González C. Reporte de caso clínico: fibroangioma nasal juvenil. *Rev Med FCM-UCSG*. 2011;17(2):126-31.
9. Horcasitas R, Ordoñez LA, Darío L, Acosta JR, Estrada E, Ramos E. La cirugía endoscópica en el tratamiento del angiofibroma nasofaríngeo juvenil: análisis de cinco casos. *An Orl Mex*. 2011;56(4):13.
10. Metha L, Bindra L, Vikumar M. *MAJAFI*. 2001;57(5):59-60.
11. Rominger CJ, Santore FJ. Juvenile nasopharyngeal fibroma in female adult. Report of a case. *Arch Otolaryngol*. 1968;88(2):85-7.
12. Pradillo JA, Rodríguez HA, Arroyo JF. Nasopharyngeal angiofibroma in the elderly: report of a case. *Laryngosc*. 1975;85(6):1063-5.
13. Lukomski M, Danilewicz M. Juvenile angiofibroma in adults. *Otolaryngol Pol*. 2008;62(1):20-6.
14. Ramírez J, Velosa DM. Nasoangiofibroma juvenil en un paciente adulto masculino. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*. 2011;39(2):85-90.
15. Sessions AB, Wills P. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *The Laryngosc*. 1986;80(9):278-89.
16. Navarro RM, Guerrero G, Chavolla R, Rodríguez RA, Flores JF. Complicaciones secundarias a embolización en angiofibroma juvenil nasofaríngeo. Reporte de 66 pacientes. *An Radiolog Méx*. 2006;3(1):231-8.
17. Kim LJ, Albuquerque FC, Aziz-Sultan A. Low morbidity associated with use of N-Butyl Cyanacrylate liquid adhesive for preoperative transarterial embolization of central nervous system tumors. *Neurosurg*. 2006;59(10):98-104.
18. Roche PH, Paris J, Régis J. Management of Invasive Juvenile Nasopharyngeal Angiofibromas: The Role of a Multimodality Approach. *Neurosurg*. 2007;61(13):768-77.
19. Ying Q, Hong H, Yu Y. Comparison of two approaches to the surgical management of juvenile nasopharyngeal angiofibroma stages I and II. *J of Otolaryng*. 2011;40(1):14-8.

20. Horcasitas R, Ordoñez LA, Yee L, Acosta JR, Estrada E, Ramos E, et al. La cirugía endoscópica en el tratamiento del angiofibroma nasofaríngeo juvenil: análisis de cinco casos. An Orl Mex. 2011;56(4):6.

Recibido: 12 de diciembre del 2014

Aceptado: 15 de abril del 2015

Dra. Ilsa García Estrada. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Calle 216 y 11B, Siboney, Playa Apto. 6096, Habana 6. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: vddicimeq@infomed.sld.cu