

CASO CLÍNICO

Fibroangioma extranasofaríngeo de cornete nasal inferior: presentación de un caso

Extranasopharyngeal angiofibroma of the left lower turbinate: A case report

Rodolfo Nazar*, Alfredo Naser, Fabían Rubio y Gonzalo Ortega

Departamento de Otorrinolaringología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

Recibido el 6 de mayo de 2013; aceptado el 13 de junio de 2013
Disponible en Internet el 7 de octubre de 2013

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente varón de 9 años de edad, sin antecedentes mórbidos, es derivado a nuestro servicio por 2 episodios de epistaxis masiva. El primero fue autolimitado y el segundo requirió taponamiento nasal anterior. Al examen se evidenció un tumor en fosa nasal izquierda, de aspecto vascularizado. La aproximación diagnóstica inicial fue un fibroangioma nasofaríngeo, debido al aspecto del tumor y a los episodios de epistaxis masiva.

Se realizó una endoscopia nasal inicial que evidenció contenido hemático abundante asociado a una masa tumoral de aspecto vascularizado proveniente asociado a la pared masal de la fosa nasal izquierda. En este estudio no se logró visualizar la nasofaringe por mala tolerancia al examen. Debido al aspecto vascularizado de la masa la sospecha diagnóstica fue de fibroangioma nasofaríngeo.

Se solicita una tomografía computarizada (fig. 1), que evidenció una lesión ovoidea adherida al tabique nasal en su porción cartilaginosa, con densidad de partes blandas, que no captaba significativamente el medio de contraste. No se comprometía el tejido óseo y la fosa pterigoplatina no presentaba hallazgos patológicos. La hipótesis diagnóstica radiológica fue de un pólipo nasal, dado su comportamiento sería menos probable que correspondiera a un fibroangioma.

Se realiza una segunda exploración endoscópica que evidenció una masa tumoral aparentemente dependiente del tabique nasal, con nasofaringe sin lesiones. Debido a los hallazgos endoscópicos e imagenológicos se planteó la hipótesis diagnóstica de un granuloma piógeno del tabique nasal, por lo cual se programó una resección endoscópica y biopsia diferida.

En la cirugía se observó una lesión de un centímetro de diámetro en relación a la cabeza del cornete nasal inferior izquierdo, que se resecó en su totalidad con pinza cortante y micro debridador. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones.

El estudio histológico diferido evidenció un estroma compuesto por proliferación mesenquimática con vasos sanguíneos revestidos por endotelio normotípico de lúmenes variables rodeados por estroma fibroso con presencia de células fusadas y fibroblastos estrellados sin atipia, necrosis ni mitosis, siendo histológicamente concordante con fibroangioma nasal (fig. 2).

Teniendo en cuenta los hallazgos histológicos se planteó el diagnóstico definitivo de fibroangioma de cornete nasal inferior.

Al control al año, el paciente se encontraba libre de enfermedad.

Discusión

El fibroangioma nasofaríngeo es un tumor vascular benigno ubicado en la nasofaringe que representa el 0,5% de todos los tumores de cabeza y cuello^{1,2}. Afecta principalmente a

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rnazars@gmail.com (R. Nazar).

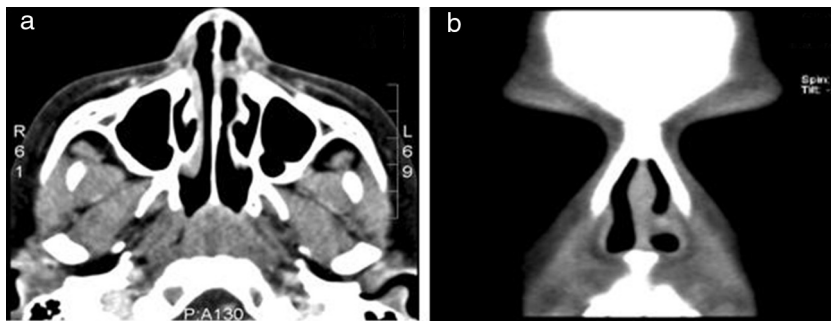


Figura 1 Tomografía computarizada de nariz y cavidades paranasales con contraste, cortes axial (a) y coronal (b), en los cuales se observa una lesión tumoral que contacta tabique nasal y cornete inferior izquierdo con escasa captación de medio de contraste.

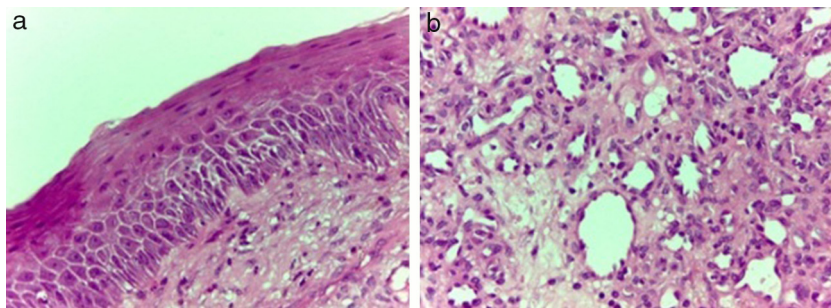


Figura 2 Corte histológico de lesión extraída mediante cirugía endoscópica con tinción de hematoxilina-eosina. a) 2,5 x, lesión polipoidea de crecimiento expansivo compuesta por tejido conectivo y revestimiento epitelial. b) 40x, estroma intensamente vascularizado con presencia de células fusadas algo atípicas y algunas células inflamatorias.

varones adolescentes, y tiene un crecimiento local invasivo capaz de producir destrucción ósea local^{1,2}. En el examen físico nasal se puede encontrar una masa nodular rosada o azulada que protruye hacia la nasofaringe^{3,4}. Las presentaciones clínicas más frecuentes son la obstrucción nasal (90%) y la epistaxis recurrente masiva (60%)². Los fibroangiomas que están ubicados fuera del área nasofaríngea son extremadamente raros y, por lo cual, pueden no ser diagnosticados.

Una revisión del año 2004 contabilizó 65 pacientes diagnosticados con fibroangioma extranasofaríngeo, siendo el 73% de sexo masculino. La localización más frecuente fue seno maxilar (25%), seguido por etmoides, fosa nasal y tabique nasal. La localización en el cornete nasal inferior es aún más excepcional, existiendo 5 casos descritos en la literatura mundial⁵⁻⁷.

Este sería el sexto caso de fibroangioma en cornete nasal inferior descrito en la literatura internacional.

Los fibroangiomas extranasofaríngeos se presentan con síntomas variables dependiendo de su localización, pero debido al espacio restringido, los tumores intranasales manifiestan síntomas de forma más precoz⁴. La presentación clínica habitual de los fibroangiomas localizados en concha nasal inferior es de obstrucción nasal unilateral y epistaxis masiva⁶.

Se debe diferenciar un fibroangioma ubicado en la fosa nasal de un hemangioma lobular capilar, hemangio-citoma de tipo sinonasal, pólipos antrocoanal, pólipos angiomatosos, teratomas, encefalocele, quiste dermoide, papilomas, cordomas y carcinomas^{2,7}.

Como los fibroangiomas extranasofaríngeos son menos vascularizados que los nasofaríngeos, la captación de medio

de contraste en la tomografía computarizada es de leve a moderada intensidad⁸.

El tratamiento de elección es la cirugía¹⁻³. Por su localización extranasal la elección es la cirugía de la fosa nasal, este caso se consideró un buen candidato a una resección mediante una cirugía endoscópica.

Las tasas de recurrencia de los fibroangiomas nasofaríngeos varían desde un 13 a un 50%¹, por lo que en la presentación extranasofaríngea también se debe realizar un control postoperatorio periódico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Walker K, Muñoz D, Gaete C, Celedón C. Fibroangioma nasofaríngeo juvenil. Experiencia de 12 años en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2010;70:17-24.
- Hernández V, Hernández S. Nasoangiofibroma juvenil: una revisión actualizada del diagnóstico, clasificación y tratamiento. *Acta de Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2011;39:147-57.
- Windfuhr JP, Remmert S. Extranosopharyngeal angiofibroma: Etiology incidence and management. *Acta Otolaryngol*. 2004;124:880-9.
- Szymańska A, Szymański M, Morshed K, Czekajka-Chehab E, Szczerbo-Trojanowska M. Extranosopharyngeal angiofibroma: Clinical and radiological presentation. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2013;270:655-60.

5. Szymańska A, Szymański M, Skomra D, Szczerbo-Trojanowska M. Extranasopharyngeal angiofibroma of the infratemporal fossa. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;140:433–4.
6. Nomura K, Shimomura A, Awataguchi T, Murakami K, Kobayashi T. A case of angiofibroma originating from the inferior nasal turbinate. *Auris Nasus Larynx.* 2006;33:191–3.
7. García-Rodríguez L, Rudman K, Cogbill CH, Loehrl T, Poetker DM. Nasal septal angiofibroma, a subclass of extranasopharyngeal angiofibroma. *Am J Otolaryngol.* 2012;33:473–6.
8. Tasca I, Compadretti GC. Extranasopharyngeal angiofibroma of nasal septum. A controversial entity. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2008;28:312–4.