

11256
2ej.
35



*Universidad Nacional Autónoma
de México*

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

Hospital 20 de Noviembre

I. S. S. S. T. E.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL
ANGIOFIBROMA JUVENIL

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de Especialista en:

OTORRINOLARINGOLOGIA

presenta

DR. ALBERTO TUEME ARELLANO



ISSSTE México

TESIS CON
CUBILLA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCION.....	2
3. MATERIAL Y METODO.....	4
4. RESULTADOS.....	5
5. TABLAS.....	7
6. DISCUSION.....	9
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	11

R E S U M E N

Se presentaron doce casos de angiofibroma juvenil, tratados quirúrgicamente entre los años de 1978 a 1987, en el servicio de otorrinolaringología del H. R. 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E.

La edad promedio de los pacientes fué de 15 años, y el síntoma predominante obstrucción nasal. La evaluación preoperatoria incluyó tomografía axial computada y arteriografía selectiva.

El presente estudio propone el abordaje quirúrgico adecuado al angiofibroma juvenil, dependiendo del estadio del tumor.

INTRODUCCION

El angiofibroma juvenil es el tumor de la nasofaringe más común en los adolescentes del sexo masculino (1,2,3,4,5); es benigno y muy vascularizado (4).

Hipócrates fué el primero en describirlo como una masa de naturaleza polipoide y sangrante (5); en 1940 Friedberg le dio nombre a esta tumoración, como angiofibroma (6).

La sintomatología más frecuentemente referida en la literatura, es la epistaxis y la obstrucción nasal (3,5,6,7,8,9,14). También se presentan con frecuencia: deformidad del paladar, asimetría facial, proptosis, y otitis serosa unilateral (5,10,12). Se presenta entre los siete y veintiun años, con un promedio, entre los catorce y los dieciocho años (1,3,4,5).

Su etiología es desconocida, pero en 1959 Schiff (6), postulo la posibilidad que una raíz de tejido vascular ectópica hamartomatosa, se escondería en el periostio de la nasofaringe, siendo esta la causa más probable (4,5,6). El sitio de implantación tiene una base amplia y esta situada en la pared posterolateral de la cavidad nasal, a nivel de la unión de la apófisis esfenoidal del palatino con la ala de vómer y la apófisis pterigoides, formando el margen superior del agujero esfenopalatino, razón por la cual se invade al esfenoides, a la nasofaringe y a la fosa pterigomaxilar (6,8).

Estudios angiograficos, han demostrado que su principal aporte - sanguíneo lo recibe de la arteria maxilar interna ipsilateral - (5,6), pudiendo recibir irrigación contralateral y del sistema de la carotida interna, sobre todo en los tumores de gran tamaño y en los que existe invasión intracraneal (2).

El angiofibroma juvenil suele ser más extenso de los que se apreciaba en la exploración física, razón por la cual los estudios - diagnósticos, deben incluir tomografía computada de senos paranasales y angiografía carotídea (8,10). Para conocer su extensión total y su patrón de irrigación, para clasificarse y planear la vía quirúrgica adecuada.

MATERIAL Y METODO

Se revisarán doce pacientes con diagnóstico de angiofibroma - juvenil tratados quirúrgicamente de 1978 a 1987, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional 20 de Noviembre - del I.S.S.S.T.E.

Se considerarán los siguientes parámetros: edad, síntomas principales, estudios radiológicos, estadio del tumor, abordaje quirúrgico, ligadura o no de carótida externa, volumen de sangrado, - así como utilización de radioterapia y evolución postoperatoria.

Se utilizarón los criterios de Session (6), para la clasificación del estadio, el cual se basa en los hallazgos clínico radiológicos, para el crecimiento y la extensión; describe al estadio IA cuando el tumor está limitado a la nasofaringe o coanas, estadío IB cuando existe extensión dentro de uno ó más senos paranasales; estadío IIA es la extensión a través del foramen esfenoplatino dentro de la parte medial de la fosa pterigomaxilar (FPM) en el estadio IIB existe completa ocupación de la FPM, con desplazamiento de la pared posterior del seno maxilar hacia adelante con posible extensión superior erosionando los huesos de la - cavidad orbitaria; estadío IIC implica extensión a través de la FPM dentro de la fosa infratemporal y mejilla; el estadío III - tiene extensión intracraneal. (tabla I).

RESULTADOS

La edad de los pacientes fluctuó entre los doce y veintiocho años, con un promedio de 15 años. Todos del sexo masculino.

El sintoma principal, causa directa de consulta fué en cinco pacientes epistaxis, en cinco obstrucción nasal, por cuadros gripales frecuentes en uno y otro por rinorrea persistente. Es importante mencionar que los pacientes además de su sintoma principal tenían otras manifestaciones como voz nasal, exoftalmos y sensación de oído tapado, en algunos casos. (tabla II).

Los estudios radiológicos realizados a los pacientes, fueron en todos los casos: radiografías simples, tomografía lineal de senos paranasales, angiografía carotídea, tomografía computarizada, y en tres de ellos arteriografía por sustracción digital, - además al 50% de la serie se sometió a embolización selectiva tipo Seldinger, 24 a 48 horas previas a la cirugía; uno de los pacientes embolizados presento como complicación, espasmo arterial de la arteria cerebral media, manifestandose como hemiplejía transitoria y sin secuelas.

A todos los pacientes se les hizo tomografía computarizada pre y post-operatoria a los 6 y 12 meses.

En la tabla III se muestra la clasificación según Session de nuestros 12 casos. La vía de abordaje quirúrgica vario, se utilizo la vía transpalatina en cinco casos, rinotomia lateral en cuatro casos, abordaje sublabial ampliado en dos casos, y Caldwell-Luc en 1 caso (tabla IV).

Aunque a todos los pacientes se les refirió la arteria carotida externa solo en cuatro ameritó ligadura de esta. Se realizo traqueostomía en cinco de los pacientes sin estar en relación con la extensión del tumor sino de acuerdo al tipo de abordaje transpalatino.

El sangrado transoperatorio fluctuó entre los 1000 y 2000 ml. y solo en uno de los pacientes en estado IIB, el sangrado fué de 5000 ml., con rinotomia lateral sin embolización preoperatoria ni ligadura de carotida.

La radioterapia fué necesaria en dos pacientes, los cuales tenían una tumoración en estadio IIC Y III de Session; al primero se le administro 2400 rads y el segundo 3000 rads. Actualmente los doce pacientes se encuentran bajo control médico.

Tabla I
Estadios según Session

- IA - Tumor limitado a la nasofaringe
- IB - Tumor con extensión a 1 ó más senos paranasales
- IIA - Extensión a través del foramen esfénopalatino hacia fosa pterigomaxilar
- IIB - Ocupación completa de fosa pterigomaxilar desplazamiento de pared posterior de seno maxilar, erosión de piso orbitario.
- IIC - Extensión hacia fosa infratemporal y mejilla
- III - Extensión intracraneal

Tabla II
Síntomas más frecuentes

1.	Obstrucción nasal	41.6%
2.	Epistaxis	41.6%
3.	Deformidad del paladar	25.0%
4.	Asimetría facial	25.0%
5.	Proptosis	16.6%
6.	Otitis serosa unilateral	8.3%

Tabla III

Estadio	Casos	Porcentaje
IB	2	16.6%
IIA	3	25.0%
IIB	5	41.6%
IIC	1	8.3%
III	1	8.3%

Tabla IV

Tipo de cirugía	Casos	Porcentaje
1. Transpalatina	5	41.6%
2. Rintomia lateral	4	33.3%
3. Sublabial ampliado	2	16.6%
4. Calwell-luc	1	8.3%

DISCUSION

El angiofibroma juvenil es un reto diagnóstico y quirúrgico - para el otorrinolaringólogo. El tamaño del tumor en la nasofaringe no representa la extensión verdadera, y el tamaño del tumor - puede ser solamente "La punta del Iceberg", por lo que nos debemos apoyar en la tomografía computada para conocer el tamaño del tumor, el cual junto con su localización permitirá su clasificación, y es por estó que se escogio la tabla de Session.(5,6,9).

Las arteriografías bilaterales de la carotida externa e interna son esenciales para el diagnostico y manejo del tumor (5,10), - pues si tienen extensión intracraneal, en las fosas cerebrales - anterior y media su irrigación será a expensas de la carotida interna y habrá que realizar un abordaje conjunto con neurocirugía para la extirpación total del mismo(10).

Coincidimos con los diferentes autores en que la cirugía es el - tratamiento de elección para pacientes sanos y sin invasión intracraneal(5,6,7,9,12).

El abordaje transpalatino lo realizamos en el 41.6% de los casos hasta 1982(3), posterior a esta fecha, fueron manejados los ca--
sos con abordajes de rinotomía lateral(14), y en el último año - con abordaje sublabial ampliado(15,16), los cuales al parecer - han demostrado hasta el momento buenos resultados; consideramos de manera importante la estatificación del tumor según hallazgos clínico-radiológicos, para así poder comparar resultados con - otras series, y además planificar la vía de abordaje más adecuada.(5,6,9).

Nosotros consideramos que el abordaje quirúrgico para los esta--
dios IA al IIC pueden ser utilizados, la rinotomía lateral ó - abordaje sublabial ampliado(14,15,16), dependiendo de la expe---

riencia del cirujano, aunque el segundo es mejor, por dar un -
abordaje más amplio y con mejores resultados estéticos; y en el -
estadio III deberá ser abordaje combinado intra y extracraneal -
ya que la invasión intracraneal no contraindica el manejo quirúrgico(5,9,10,17).

La cirugía y la radiación son las únicas formas de tratamiento -
las cuales parecen tener beneficios en el control primario del -
angiofibroma juvenil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez Cuevas H.: Resección del angiofibroma rinofaríngeo por una nueva vía transpalatina. Anales Soc. Mex. ORL 1966;11:237-242.
2. Gill Gus, Rice D.H., Ritter F.N., Kindt G., Russo A.R.: Intracranial and extracranial nasopharyngeal angiofibroma. A surgical approach. Arch Otolaryngol 1976;102:371-373.
3. Gortari E., Soda Merhy A., : Angiofibroma juvenil. Anales Soc. Mex. ORL 1977;23:10-12.
4. Batsakis J.G. Tumors of the head and neck. 296-300. Williams and Wilkins. Baltimore. London. 1979.
5. Dumaine López A., Pardo Martínez R.: Angiofibroma juvenil nasofaríngeo. - Experiencia en el Hospital Central Militar. Tesis recepción. 1987.
6. Gullane P.S., Havas T.E.: Nasopharyngeal angiofibroma. 178-181. Current therapy in otolaryngology-head and neck surgery. B.C. Decker INC. San Antonio, Texas. 1987.
7. Bremer J.W., Neel H.B.: Angiofibroma: treatment trends in 150 patients - during 40 years. Laryngoscope 1986;96:1321-1329.
8. Harrison D.F.: The natural history, pathogenesis, and treatment of juvenile angiofibroma. Arch Otolaryngol head neck surg. 1987;113:936-942.
9. Antonelli A.R., Cappiello J.: Diagnosis, staging, and treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma. Laryngoscope 1987;97:1319-1325.
10. Standfer J., Gates G.A.: Combined intracranial and extracranial excision of nasopharyngeal angiofibroma. Laryngoscope 1983;772-778.
11. Fitzpatrick P.J.: The nasopharyngeal angiofibroma. Arch Otolaryngol - 1980;106:234-236.

12. Waldman E.R., Levine H.L.: Surgical experience with nasopharyngeal angio-fibroma. Arch Otolaryngol 1981;107:677-682.
13. Hoover L.A., Hanafee W.N.: Differential diagnosis of nasopharyngeal tumors by computed tomography scanning. Arch Otolaryngol 1983;109:43-47.
14. Mertz J.S., Pearson B.W., Kern E.B.: Lateral rhinotomy. Arch Otolaryngol 1983;109:235-239.
15. Anand V.K. Conley J.J.: Sublabial surgical approach to the nasal cavity - and paranasal sinuses. Laryngoscope 1983;93:1483-1484.
16. Sánchez Marie J.F., Mares Hernández M.L.: Abordaje sublabial ampliado. - Experiencia de dos años. Anales SOC. MEX. ORL 1987;33:125-131.
17. Fisch U.: The infratemporal fossa approach for nasopharyngeal tumors. - Laryngoscope 1983;93:36-44.