

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE ANGIOFIBROMA JUVENIL EN PACIENTE DE 10 AÑOS

Dr. Luis Alberto Nuñez del Arco Serrano *
Dr. Santiago Ernesto Nuñez del Arco Serrano **

* Residente Asistencial Neurocirugía, Hospital José Carrasco Arteaga, IESS. Cuenca - Ecuador.

** Residente Asistencial Otorrinolaringología, Fundación Otorrinolaringológica FUNOR. Cuenca - Ecuador

LUGAR DONDE SE RECOLECTARON DATOS.

Fundación otorrinolaringológica FUNOR, Centro quirúrgico Metropolitano, Cuenca-Ecuador

RESUMEN:

Se presenta el caso de un angiofibroma juvenil en un paciente de 10 años el cual que fue anteriormente tratado sintomáticamente por más de 22 meses con antihistamínicos y corticoides intranasales, progresó el tumor, el mismo que se extendió hasta la base del cráneo produciendo deformación facial y presionando el quiasma óptico llevando a la ceguera del paciente. Se resolvió el caso con procedimiento quirúrgico. Se concluyó que el diagnóstico fue tardío y que la conducta quirúrgica fue la apropiada

ABSTRACT

For a juvenile angiofibroma occurs in a patient of 10 years which it was previously treated symptomatically for more than 22 months with antihistamines and intranasal corticosteroids he progressed tumor, the same that extended to the base of the skull causing facial deformation and pressing the optic chiasm leading to blindness of the patient. The case was resolved with surgical procedure. It was concluded that the diagnosis was late and that the surgical conduct was appropriate.

INTRODUCCION:

El angiofibroma juvenil es un tumor de la base del cráneo que afecta principalmente a los adolescentes masculinos. Es un tumor de muy baja incidencia presentándose en menos de 0.05% de todos los tumores de cabeza y cuello. Por lo general no produce metástasis sin embargo presenta una alta acción destructora por compresión, destruyendo el hueso e invadiendo generalmente senos etmoidales y maxilares. El progreso y la extensión puede causar expansión intracraneal lo cual se presenta de manera frecuente en un 10% hasta un 36% de los casos, sin embargo es muy raro que este sobrepase la duramadre¹⁻². Se hace el diagnóstico diferencial con otras afecciones como: pólipos solitarios del cavum, tumores malignos, sífilis, tuberculosis y las vegetaciones adenoideas. Su pronóstico es favorable según su reconocimiento y extirpación precoces.³

Debido a que este es muy poco frecuente, suele debutar con una epistaxis o con sintomatología obstructiva nasal llevando a un falso diagnóstico si no la tenemos en cuenta o si no se realiza un examen físico adecuado y minucioso.⁴⁻⁵

El tratamiento recomendado actualmente es la exéresis quirúrgica, acompañada o no de embolizaciones preoperatorias; el empleo de la radioterapia profunda constituye una segunda opción.⁶

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 10 años y 7 meses de edad, masculino, procedente y residente de Santa Rosa (El Oro-Ecuador), no refiere antecedentes patológicos ni antecedentes familiares.

ENFERMEDAD ACTUAL

Familiares refieren que desde hace aproximadamente 2 años paciente presenta aparentes cuadros gripales fortuitos, para los cuales médico general prescribe antihistamínicos y antipiréticos sin prestar mayor importancia. 11 meses previos a su ingreso, el paciente presenta epistaxis intermitentes de moderada intensidad con obstrucción nasal, se prescribe corticoesteroides intranasales y antihistamínicos indicando diagnóstico de rinitis alérgica sin mejoría, consecutivamente a este cuadro se suma dificultad respiratoria que se torna progresiva para lo que es manejado aumentando dosis de fármacos, prolongando la sintomatología, la misma que al cabo de unos meses persiste llegando a la deformidad facial del niño y epistaxis constantes.

Se refiere al paciente al hospital de especialidades oncológicas en donde se realiza biopsia de masa llegando al diagnóstico de angiofibroma siendo indicada la radioterapia y permaneciendo hospitalizado por 15 días debido al sangrado profuso producido por la punción, es dado de alta sin administrar tratamiento alguno enviado a su hogar con mal pronóstico.

Al cabo de unas semanas a su cuadro clínico se suma disminución visual bilateral, posteriormente ceguera por lo que acude a la Fundación Otorrinolaringológica FUNOR y luego de valoración se programa cirugía.

El resto del examen físico sin alteraciones

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

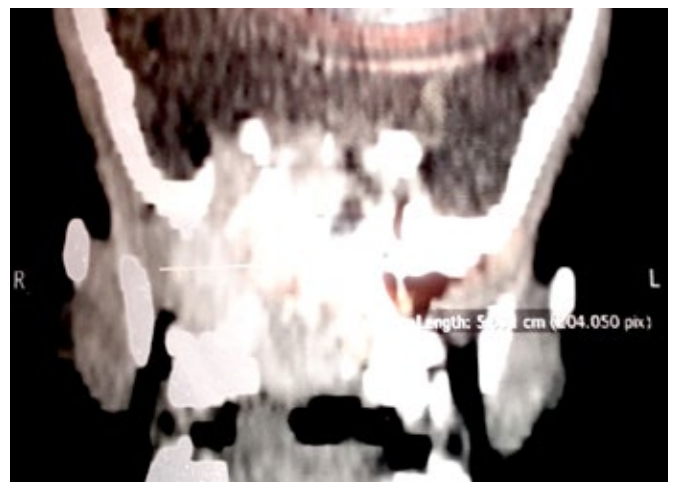
Examen físico

Ojos: pupilas isocóricas normo reactivas, amaurosis bilateral (No percibe luz).

Rinoscopia anterior: Rinoscopia anterior: No es posible realizar debido a que una masa de coloración blanco-rosada protruye por las fosas nasales.

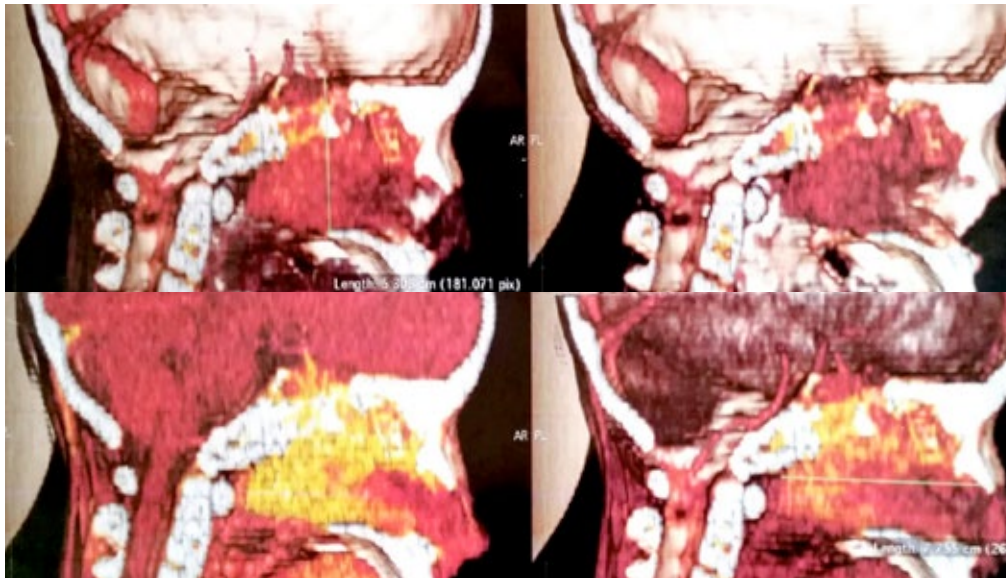
Rinoscopia posterior: Se observa una masa que ocupa toda la rinofaringe y parte superior de la orofaringe.

Otoscopia: De aspecto normal bilateral.



1. TAC de macizo facial:6/noviembre/2014

2. Se aprecia masa tumoral intranasal de 5.8cmx5.6cm con invasión intracraneal



3. 2. Angiografía: 6/noviembre/2014

Dx: Lesionocupativa con realce al contraste endovenoso en senos paranasales con erosion e invasión de estructuras vecinas: Angiofibroma

4. Reporte de Biopsia: Angiofibroma

Procedimiento quirúrgico: 15/Enero/2015

Se realizan dos vías de abordaje, un acceso transpalatino para disecar la parte palatina del tumor y una operación de Lenker para retirar la extensión al seno maxilar y a la fosa pterigo maxilar, las extensiones hacia el seno esfenoidal y hacia la órbita se liberan prácticamente solas al disecar las demás porciones de la masa, se retira masa en su totalidad, se coloca taponamiento anterior y posterior.

Evolución: 23/Enero/2015

Paciente permanece 4 días en hospitalización manteniendo signos vitales estables y es dado de alta con medicación antibiótica y analgesicos. Acude a control luego de 7 días se retira taponamiento anterior y posterior, permanece en observación por 24 horas y es dado de alta en mejores condiciones. Luego del procedimiento paciente empieza a percibir luz y desaparece la deformidad facial, hasta la fecha la evolución es favorable.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que el caso tiene varios meses de evolución, la edad del paciente, la falta de una

respuesta favorable al tratamiento farmacológico y lo observado en el examen físico (en particular la presencia de una tumoración deformante) consideramos que en este caso la falta de experiencia o conocimiento causó que el diagnóstico sea tardío en el paciente llevando a las consecuencias antes mencionadas.

Habiendo conocido que este es un angiofibroma el cual es benigno y poseyó un largo periodo de evolución, no podemos dejar a un lado los sucesos que pudieron resultar de ser una tumoración maligna del tipo linfosarcoma, que también es frecuente en los jóvenes, y cuya evolución no tendría el mismo pronóstico, con un desenlace fatal.

El tratamiento quirúrgico es en varios artículos y libros de otorrinolaringología la principal terapéutica en este tipo de tumoraciones, por lo que consideramos que en este paciente se actuó de la manera más apropiada, teniendo en cuenta como principal complicación la hemorragia por lo que se deberá estar siempre listo con paquetes globulares.

AGRADECIMIENTOS:

Se agradece sobre todo al Dr. Luis Serrano Serrano otorrinolaringólogo de la fundación FUNOR, de la

misma forma se agradece al equipo de enfermeras y médicos del centro quirúrgico Metropolitano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sennes LU, Butugan O, Sanchez TG, Bento RF, Tsuji DH. Juvenil nasopharyngeal angiofibroma: the routes of invasion. *Rhinology*. 2003;41(4):235-40
2. Danesi G, Panizza B, Mazzone A, Calabrese V. Anterior approaches in juvenile nasopharyngeal angiofibromas with intracranial extension. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;122(2):277-83.
3. Medrano-Tinoco M, Torres-Sainz M, Gutiérrez Butande J. Angiofibroma nasofaríngeo juvenil. Experiencia de 10 años en el Instituto Nacional Pediátrico. *Acta Pediatr Mex*. 2007;28(2):81-6.
4. Eloy P, Watelet JB, Hatert AS, de Wispers J, Bertrand B. Endonasal endoscopic resection of juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *Rhinology*. 2007;45(1):24-30.
5. Bogomilski MR, Chistakova UR. Angiofibroma of the base of the skull in children. *Vestn Otorinolaringol*. 1995(5):27-9
6. Deguchi K, Fukuiwa T, Saito BK, Kurono Y. Application of cyberknife for the treatment of juvenile