

616.327.2-006.327

*Vallés Varela, H.; S. Bretos Rodrigo; J. Abenia Ingalaturre; J. Sevil Navarro; J. Fleta Zaragoza y G. Olivan Gonzalvo; Anales O.R.L. Iber.-Amer. XVI, 5: 543-552 (1989)*

CATEDRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA. FACULTAD DE MEDICINA DE  
ZARAGOZA

## **PAPEL DIAGNOSTICO DE LA BIOPSIA EN EL ANGIOFIBROMA DE CAVUM**

Dres. H. VALLES VARELA\*; S. BRETOS RODRIGO\*\*; J. ABENIA INGALATURRE\*\*\*; J. SEVIL NAVARRO\*\*\*; J. FLETA ZARAGOZANO\*\*\*\*; y G. OLIVAN GONZALVO\*\*\*\*\*.

Denominado fibroma nasal juvenil por CHAVEAU en 1906, fibroma sangrante de la pubertad masculina por SEBILEAU en 1923 y angiofibroma por FRIEDBERG en 1940, es un tumor histológicamente benigno de naturaleza angiofibromatosa con gran tendencia al crecimiento expansivo, a la hemorragia y a las recidivas locales. No da metástasis linfáticas ni hematógenas y se considera estrechamente ligado al sexo, a la edad y con tendencia a involucionar espontáneamente al alcanzar el portador la edad de madurez sexual.

El agiofibroma de cavum, desde el punto de vista clínico,

---

\* Profesor Titular de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de Zaragoza

\*\* Profesor Asociado de Otorrinolaringología

\*\*\* Médico Residente de la Cátedra de Otorrinolaringología

\*\*\*\* Profesor Titular de Pediatría de la Escuela Universitaria de Enfermería

\*\*\*\*\* Médico Residente de la Cátedra de Pediatría

se manifiesta a través de insuficiencia ventilatoria nasal, epistaxis, rinorrea mucopurulenta, deformación facial, manifestaciones óticas secundarias al crecimiento del tumor, tumefacción palatina, exoftalmía y otras menos frecuentes.

No obstante, estas manifestaciones clínicas no son constantes: la insuficiencia ventilatoria nasal aparece en un 92% de los casos (NEEL, H.B. y col, 1973) y las hemorragias pueden faltar en un 20-40% de casos (DEMARD, F. 1980).

La exploración clínica revela la existencia de un tumor ovoide, sesil, lobulado y de firmeza variable con vascularización aumentada en la superficie de la mucosa que lo cubre. El color es variable, oscilando de grisáceo a purpúreo según su grado de vascularización (TOOMEY, J.M., (1982).

Diferentes autores señalan que estos caracteres clínicos no son patognomónicos y pueden aparecer en otras entidades como, por ejemplo, en el pólipo antro-coanal.

Es por ello que la exploración radiográfica se considera fundamental para el diagnóstico: PORTANN M. (1984) y TOOMEY, J.M. (1982) consideran que el diagnóstico se puede hacer siempre por las manifestaciones clínicas y las imágenes radiográficas típicas.

Presentamos un caso de un pólipo antro-coanal en un niño, cuyas características clínicas y los resultados obtenidos en el estudio angiográfico hicieron sospechar que se tratara de un angiofibroma nasofaríngeo y en el que sólo el estudio anatómo-patológico estableció el diagnóstico.

## CASO CLINICO

Varón de 13 años y 11 meses, que acude a nuestra consulta aquejando insuficiencia ventilatoria nasal bilateral, rinorrea mucopurulenta, epistaxis ocasionales y cefalea frontal de varios meses de evolución.

### *Exploración clínica*

Obesidad generalizada con peso, perímetro braquial y suma de los cuatro pliegues cutáneos por encima del percentil 97. Talla en el percentil 90. Criptorquidia derecha.

En la exploración O.R.L. se comprueba la existencia de una facies adenoidea, con paladar ojival y malposición denta-

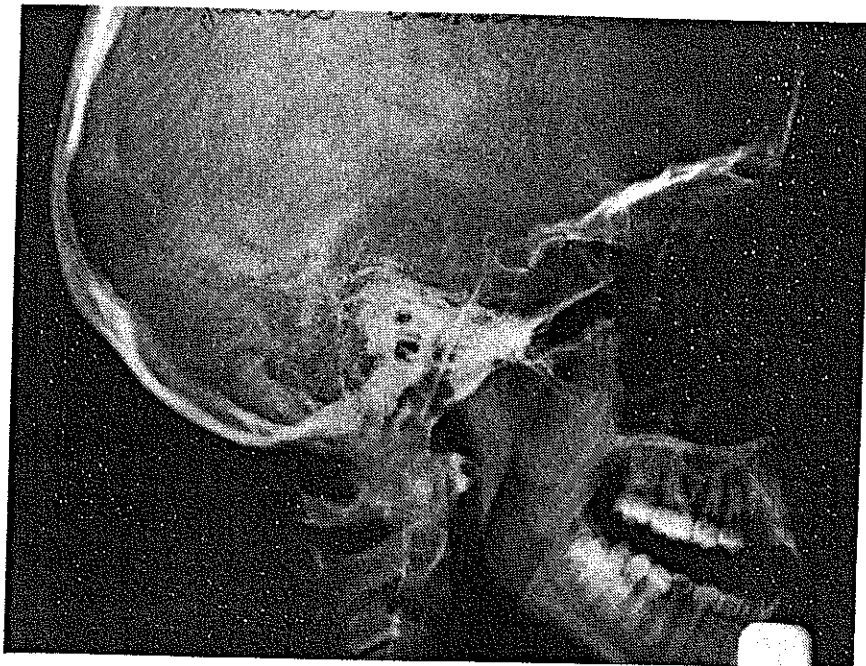


FIG. 1

Estudio radiográfico simple en proyección lateral de cráneo, en donde se pone de manifiesto la existencia de una tumoración a nivel de la rinofaringe.

ria. La rinoscopia anterior ofrece una imagen de mucosa nasal congestionada, tumefacta y recubierta de secreciones mucopurulentas con carácter bilateral. Tanto en la rinoscopia posterior como en la fibroendoscopia se comprueba la existencia de una tumoración que ocupa completamente la rinofaringe, de superficie lisa y fuertemente vascularizada y de color pardo-azulado. El tacto rinofaríngeo pone en evidencia que se trata de una tumoración de cierta consistencia y que sangró discretamente durante la maniobra. El resto de la exploración fue normal.

Se realizan como exámenes complementarios una analítica de sangre y orina que resultaron ser normales, un estudio de coagulación, un estudio lipídico y un estudio endocrinológico, todos ellos normales. El estudio de autoanticuerpos, antígenos oncofetales, tests cutáneos (ácaros, polvo, polen, hongos) fueron negativos. El test del sudor dio como resultado una cifra de 40 meq/ml.

El estudio radiológico en la proyección de Waters señala

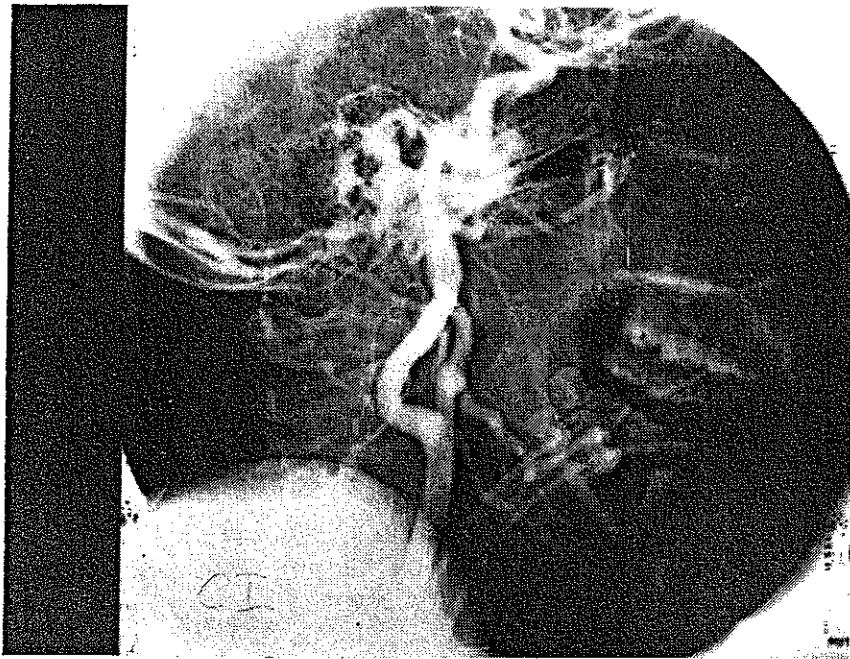


FIG. 2

Estudio arteriográfico en proyección lateral de cráneo en donde se comprueba la vascularización de la tumoración.

la existencia de un discreto edema en la mucosa de ambos senos maxilares. La proyección de Hirtz y la proyección lateral de cávum muestran una masa redondeada que ocupa toda la rinofaringe (Fig. 1). La tomografía de cávum pone de manifiesto una tumoración de contornos lisos y aspecto pediculado que ocupa completamente el cávum.

Ante el diagnóstico de presunción de una tumoración de naturaleza angiofibromatosa, se realiza una arteriografía de ambos troncos carotídeos que pone en evidencia el carácter fuertemente vascularizado de la tumoración y su dependencia de ambos sistemas carotídeos externos a nivel de las arterias maxilares internas (Fig. 2).

La presunta confirmación del diagnóstico aconsejó una intervención quirúrgica bajo anestesia general, en la que se comprueban tanto a la inspección como al tacto los caracteres exploratorios ya mencionados.

Inicialmente se proyecta una vía de acceso transpalatina previo control de ambos troncos carotídeos externos.

Teniendo en cuenta la agresividad del gesto quirúrgico, se decide realizar una biopsia preoperatoria que mostró un estroma reticular de tejido conjuntivo con predominio de la fibrosis, con un rico infiltrado inflamatorio y gran vascularización. El diagnóstico anatomopatológico fue de pólipo inflamatorio.

Se realiza una escisión simple por vía retropalatina que obtiene un tumor de 3 centímetros de diámetro liso, pediculado, pardo-cianótico, fibroso al tacto y muy vascularizado, a pesar de lo que la hemorragia no fue extraordinaria y cedió con simple compresión. Se realizó, no obstante, un taponamiento posterior que fue retirado 48 horas después. El posoperatorio evolucionó normalmente.

## DISCUSION

El angiofibroma naso-faríngeo es una entidad rara. En nuestro medio\* hemos tenido la oportunidad, a lo largo de los últimos 10 años, de estudiar un total de 4 casos.

Habitualmente es una forma tumoral característica en la que las manifestaciones clínicas, la exploración rinoscópica y fibroendoscópica de las fosas nasales y el estudio angiográfico son suficientes para establecer el diagnóstico.

No obstante, existen casos en los que el diagnóstico de certeza sólo puede establecerse mediante el estudio anatomopatológico.

Presentamos un caso en el que la gran vascularización de un pólipo antrocoanal obliga a establecer un diagnóstico de presunción de angiofibroma de cávum que debió confirmarse mediante biopsia.

Esta posibilidad ha sido considerada por autores como DEMARD, F. (1980) y PECH, A., GOUBERT, J.L. y BESSON, J. (1982), quienes establecen que el pólipo antro-coanal puede confundirse con el angiofibroma señalado y que, en ocasiones, el diagnóstico diferencial de ambas entidades puede re-

\*Sección de consultas externas de O.R.L. del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

sultar difícil. LEMARIEY (cit. por DEMARD, F. 1980) considera que el diagnóstico diferencial entre ambas entidades puede convertirse en un problema delicado.

En efecto, la localización, la existencia de un pedículo y el aspecto de su superficie, que puede estar visiblemente vascularizada en ambos casos, pueden hacer que el diagnóstico diferencial entre ambas entidades, en el curso de la rinoscopia y la fibroendoscopia, pueda resultar complicado.

El tacto rinofaríngeo, en opinión de algunos autores, puede diferenciar ambas entidades:

TOOMEY, J.M., (1982) señala, a propósito del diagnóstico diferencial de estas dos formas tumorales, que el pólipo antro-coanal es blando y BECKER, W. NAUMANN, H.H. y PLATZ, C.R. (1973) pone de manifiesto que éste es blando y no sangrante. PORTMANN, M. (1984) afirma que el diagnóstico diferencial entre esta entidad y el pólipo antro-coanal debe realizarse por el tacto, siendo éste último mucho más blando.

No obstante, en ocasiones el pólipo antro-coanal puede tener una gran consistencia, justificada por su tendencia a la fibrosis.

Por todo ello el estudio arteriográfico se ha considerado de una gran importancia diagnóstica: PORTMANN, M. (1984) y TOOMEY, J.M., (1982) afirman que el diagnóstico de angiofibroma puede realizarse en todos los casos mediante arteriografía.

No obstante, POCH VIÑALS, R. (1971) señala la existencia de formas poliposas fibroangiomasas en las que el edema se acompaña de gran neoformación glandular y, a su vez, vascular. En estas formas la arteriografía es una prueba insuficiente y ofrece imágenes análogas para ambas entidades.

Por otra parte, es necesario recordar que entre las neoplasias malignas cérvico-faciales del niño, la localización rinofaríngea es la más frecuente y representa alrededor del 35% de la totalidad de neoplasias O.R.L. diagnosticadas antes de los 15 años (SCHWAAB, G., MICHEAU, C. y MARANDAS, P., 1978).

BRUGERE, J. y col. (1983) señalan que el diagnóstico diferencial de los tumores malignos de rinofaringe, en la infancia, debe realizarse con el angiofibroma. Estas neoplasias malignas pueden estar intensamente vascularizadas, por lo que el

diagnóstico diferencial entre ambas entidades debe ser anato-mo-patológico.

Por ello pensamos que la biopsia debe incluirse en el protocolo de estudio del angiofibroma de cávum. La agresividad de las técnicas quirúrgicas de tratamiento del angiofibroma hace que el diagnóstico de esta forma tumoral deba establecerse con una meticulosa precisión.

En nuestra serie de 4 angiofibromas, en 2 de ellos el tumor se había extendido hacia la fosa nasal comprometiendo la porción superior y la pared externa de la misma e invadiendo en un caso el etmoides, el seno maxilar y la fosa ptérido-palatina y, en el otro, el etmoides exclusivamente, por lo que realizamos una rinotomía paralátero-nasal, ampliando la incisión en uno de los casos al labio superior, que permitió, en ambos casos, la extirpación total del tumor.

En los 2 casos restantes el tumor se había extendido también a lo largo de la fosa nasal. En uno de ellos, diagnosticado precozmente, no había habido compromiso de la estructura ósea de las fosas nasales, mientras que en el otro tumor había afectado al tabique y al paladar, por lo que elegimos una vía de acceso transpalatina que permitió también la exéresis total del tumor.

En todos los casos el tumor fue dependiente del sistema carotídeo externo, por lo que, en cualquiera de las dos técnicas quirúrgicas utilizadas, realizamos, con carácter previo y en el mismo tiempo operatorio, una ligadura de los aferentes tumorales a nivel cervical.

De estos 4 casos recogidos a lo largo de 10 años, en los dos últimos realizamos una biopsia intraoperatoria, motivados por la escasa consistencia del tumor, que nos pareció poco característica.

La toma de biopsia se realizó con toda normalidad, sin que la hemorragia subsiguiente fuera tan importante como para que no cediera con simple compresión y sin representar ningún inconveniente para la realización de la técnica quirúrgica concreta. En estos dos casos nos permitió confirmar el diagnóstico y en el caso de pólipo antro-coanal, que presentamos, nos permitió diferenciarlo del angiofibroma y resecarlo mediante escisión simple sin ligadura previa de troncos aferentes y por vía retropalatina.

El tratamiento quirúrgico del angiofibroma exige en todos los casos una vía de abordaje amplia (PECH, A., CANNONI, M. y GITENET, O., 1977). La agresividad de las técnicas quirúrgicas utilizadas y la posibilidad de la existencia de un pólipo fibroangiomatoso como el que presentamos, pensamos que justifica la realización de una biopsia intraoperatoria.

Clásicamente, ha sido reputada como peligrosa: FAIREN, M. (1976), PORTMANN, M. (1984) y STROME, M., KELLY, J.H. y FRIED, MP. (1987) la contraindican en todos los casos y TOOMEY, J.M. (1982) no la considera necesaria en ningún caso ante lo expresivo de las imágenes angiográficas.

BECKER, W., NAUMANN, H.H. y PLATZ, C.R. (1986) señalan que, para el diagnóstico, la arteriografía es suficiente en la mayor parte de los casos y que, en otros, la biopsia debe realizarse en condiciones de extremada prudencia.

DEMARD, F. (1980) piensa que la biopsia, en el diagnóstico del angiofibroma, debe quedar reservada sólo a algunos casos que no puedan diagnosticarse por la arteriografía.

Sin embargo, autores como BALLANTYNE, J.C. y GROVES, J. (1981) y DEWEESE, D.D. y SAUNDERS, W.H. (1986) la incluyen entre sus protocolos diagnósticos del angiofibroma.

Pensamos que la biopsia, en estos casos, debe realizarse en medio quirúrgico, con el paciente sometido a anestesia general y los medios técnicos necesarios para realizar un abordaje terapéutico en el caso de hemorragia o de confirmación del diagnóstico de angiofibroma.

#### BIBLIOGRAFIA

- BALLANTYNE, J. C. y GROVES, J. – Tumores y quistes de la boca y faringe en: Manual de Otorrinolaringología. Edit. Salvat, S.A. Barcelona, 379-393. 1981.
- BECKER, W., NAUMANN, H. H. y PLATZ, C. R. – Tumores benignos de la nasofaringe. *Otorrinolaringología*, 2. Edit Doyma, S.A., Barcelona, 225-226. 1986.
- BRUGERE, J. y col. – Tumeurs malignes du nasopharynx. *Encycl. Med. Chir., París. Oto-rhino-laringologie*, 20590 A<sup>10</sup>, 11. 1983.
- DEMARD, F. – Fibrome nasopharyngien. *Encycl. Med. Chir. París. Oto-rhino-laryngologie*, 20585 A<sub>10</sub>, 5. 1980.
- DEWEESE, D. D. y SAUNDERS, W. H. – Enfermedades de la nasofaringe. Tratado de Otorrinolaringología. Edit. Interamericana, S.A. México, 80-88. 1986.
- FAIREN, M. – Fibroma nasofaríngeo. *Temas de O.R.L. II, Faringe*. Edit. Pórtico, Zaragoza, 169-182. 1976.
- NEEL, H. B. y col. – Juvenile angiofibroma. Review of 120 cases. *Amer. J. Surg.*, 126, 547-556. 1973.



- PECH, A., CANNONI, M. y GITENET, P. – Le fibrome naso-pharyngien. Traité de technique chirurgicale O.R.L. et cervico-facial. Guerrier, Y. Edit. Masson, Paris. 3. 100-116. 1977.
- PECH, A., GOUBERT, J. L. y BESSON, J. – La polypose du nez et des sinus. Encycl. Med. Chir. Paris. Oto-rhino-laryngologie. 20395 A 10, 12. 1982.
- POCH VIÑALS, R. – Poliposis ansal. Otorrinolaringología, 2, Otorrinolaringología. Edit. Marban, Madrid, 179-189. 1971.
- PORTMANN, M. – Tumores benignos de la faringe. Otorrinolaringología. Edit. Masson, S. A. Barcelona. 305-308. 1984.
- SCHWAAB, G., MICHEAU, C. y MARANDAS, P. – Les tumeurs malignes du nasopharynx chez l'enfant. Les tumeurs malignes cervico-faciales chez l'enfant. Edit. Masson y cia. Paris. 83-97. 1978.
- STRÖME, M., KELLY, J. H. y FRIED, M. P. – Manual de Otorrinolaringología. Edit. Salvat. 150-151. 1987.
- TOOMEY, J. M. – Quistes y tumores de la faringe en Otorrinolaringología. Paparella, M. M. y Shumrick, D. A. Edit. Panamericana Buenos Aires. 2305-2325. 1982.

## RÉSUMÉ

### LE RÔLE DIAGNOSTIC DE LA BIOPSIE DE L'ANGIOFIBROME RU RHINO-PHARYNX.

Les AA. discutent la question chez un enfant de 13 ans, porteur d'un polype antrochoanal de structure fibroangiomateuse, diagnostiqué d'angiofibrome. Bien que dans la plus gran nombre des cas l'arteriographie suffit à établir le diagnostic de présomption, la vérification doit avoir recours toujours à histopathologie.

## SUMMARY

### THE ROLE OF THE BIOPSY IN THE ANGIOFIBROMA OF THE NASOPHARYNX.

The AA. inform about the case of a child, 13, with an antrochoanal Polyp of angiofibromatous structure, diagnosed as Angiofibroma. Though in the greater number of instances the arteriography is enough to support the suspicion, the asseveration through histopathology is compulsory.

## ZUSAMMENFASSUNG

### BEDEUTUNG DER BIOPSIE BEI DER DIAGNOSE VON ANGIOFIBROM IM NASENRACHEN.

Die AA. präsentieren den Fall eines 13-jährigen Jungen mit einem antrocoanal-Polyp mit einer angiofibromatosen Struktur mit

der Diagnose Angiofibrom. Obwohl in den meisten Fällen zur Diagnose eine Arteriographie ausreicht, muss die Bestätigung histopathologisch erfolgen.

Héctor Vallés Varela  
Paseo de Sagasta, 40, 3.º G  
50006 Zaragoza