

NASOFIBROMA JUVENIL

Roy Riascos MD. *** Felipe Martínez MD. *** Santiago Martínez MD. *** Leonidas Borrero MD.*

Se informa el caso de un paciente de 20 años quien consulta por obstrucción nasal y sensación de masa de seis meses de evolución, que compromete la fosa nasal derecha. En el último mes presentó seis episodios de epistaxis que cedieron con la aplicación de vasoconstrictores locales.

Al examen físico se aprecia masa polipoide muy vascularizada en la fosa nasal derecha. La tomografía

axial computarizada (TAC) muestra una masa de densidad heterogénea en la fosa pterigomaxilar, con crecimiento expansivo que agranda la fosa y abomba la cara posterior del antro maxilar. Exhibe realce con la aplicación de medio de contraste y se extiende hacia la zona medial, invadiendo la fosa nasal de este lado, y también hacia atrás ocupando el seno esfenoidal (Figuras 1 - 4).

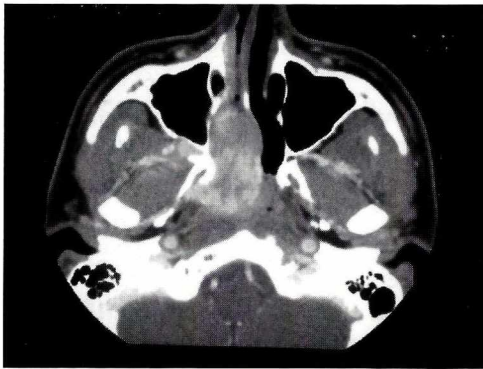


Figura 1. Corte axial.

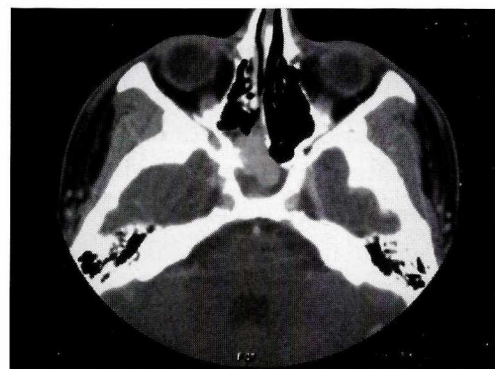


Figura 2. Corte axial.

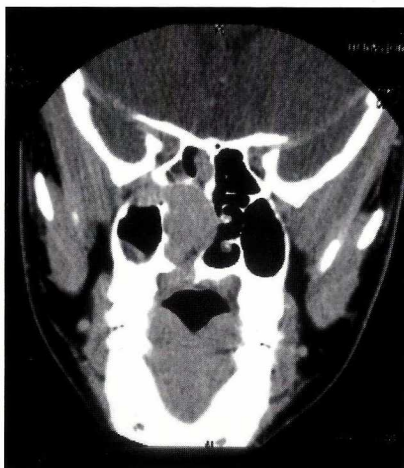


Figura 3. Corte coronal.

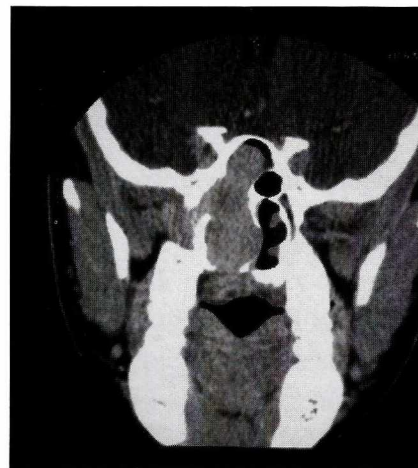


Figura 4. Corte coronal.

Figuras 1-4. Imágenes de tomografía que muestran una masa de densidad heterogénea, que se realza con el medio de contraste, y se encuentra localizada en la fosa pterigomaxilar. Tiene un crecimiento expansivo, que agranda la fosa y abomba la cara posterior del antro maxilar.

* Departamento de Radiología Hospital de San José, Bogotá D.C.

** Departamento de Radiología, Clínica del Country, Bogotá D.C.

Diagnóstico

Nasoangiofibroma juvenil (NAJ)

El NAJ es un tumor raro de origen mesenquimatoso, rico en tejido vascular, localmente agresivo y con características histológicas benignas, que afecta casi en forma exclusiva a hombres adolescentes. Representa el 0,5% de todos los tumores de la cabeza y el cuello. Se origina de la pared postero-medial de la cavidad nasal, cerca al foramen esfenopalatino. Su etiología está aún por esclarecer.

Desde el punto de vista clínico se caracteriza por obstrucción nasal y epistaxis recurrentes. Otros hallazgos son voz nasal, edema facial y proptosis. Cuando hay epistaxis casi siempre es debida a erosiones, estasis local e infecciones del segmento anterior del tumor, el cual se observa como una masa en la cavidad nasal posterior y en la nasofaringe. Por lo regular, invade la fosa pterigopalatina y después la nasofaringe. Histológicamente está caracterizado por la presencia de canales vasculares irregulares en medio de un estroma fibroso.

Imágenes diagnósticas

El diagnóstico de NAJ es clínico y se confirma mediante TAC o resonancia magnética (RM). En la prime-

ra se manifiesta como una masa en la base de la fosa pterigopalatina con expansión ósea detrás del foramen esfenopalatino, en la raíz del ala pterigoidea medial. La TAC permite una evaluación precisa del compromiso óseo, muy importante para la valoración prequirúrgica. La RM demuestra la extensión del tejido blando comprometido. Se aprecia como una masa con áreas de ausencia de señal y gran realce con el medio paramagnético.

La embolización prequirúrgica está indicada en casi todas las resecciones, pues disminuye en forma notoria el sangrado intraoperatorio. Es importante aclarar si existe invasión esfenoidal, pues es el factor pronóstico más importante de recurrencia.

Referencias

1. Hansberger H, Handbook of Head and Neck Imaging, Second Edition, Mosby 1995.
2. Binet E. Radiology Resource and Review, R3, AARS, Medical College of Georgia, 2002
3. Gullane P. Juvenile angiofibroma: A review of the literature and a case series report. Laryngoscope 1992; 102: 928-993.
4. Lee H, Rao K, Zimmerman R, Cranial MRI and CT, Fourth Edition, Mc Graw Hill, 1999.
5. Wetmore R, McGills T. Neoplasm of the midface and the anterior skull base. En: Thieme, ed. Pediatric otolaryngology: Principles and Practice pathways, 2000:515-518.

