

# Fibroma Naso Faríngeo

Por

Dr. José María Ortiz C. \*

Dr. Rafael A. Núñez H. \*\*

Dr. Daniel González A. \*\*\*

El fibroma nasofaríngeo o angio-fibroma juvenil (según la escuela Norteamericana), es un tumor poco común, benigno histológicamente y sumamente vascularizado por lo cual es causa de frecuentes hemorragias, pudiendo provocar la muerte del paciente.

## INCIDENCIA:

Se presenta sobre todo en niños y adolescentes (de los 12 a los 26 años). Pareciera haber mayor frecuencia en campesinos.-- Son muy raros los casos en el sexo femenino.

Figi y Davis de la Clínica Mayo reportan 114 casos en 39 años, (1910 a 1949) de los cuales apenas siete eran del sexo femenino.

El fibroma es un tumor raro. Martin del Memorial encontró en 2.000 casos de tumores, apenas 29 fibromas, en veinte años. En el Servicio del Profesor Molonguet en París, apenas se observaron cuatro casos en diez años (1950 a 1960).

## ETIOLOGIA:

Lo único que sabemos hoy día es que es un tumor de la pubertad masculina.

## ANATOMIA PATOLOGICA:

a) **Macroscópicamente.**—El fibroma consiste principalmente

\* Jefe de Servicio O. R. L. Hospital Central C. C. S. S.

\*\* Jefe de Servicio de Oncología Hospital Central C. C. S. S.

\*\*\* Asistente de Servicio O. R. L. Hospital Central C. C. S. S.

de tejido conjuntivo, vasos linfáticos, y muchos vasos sanguíneos. Aunque histológicamente sea benigno, se considera maligno, pues puede provocar la muerte por sus manifestaciones, especialmente las hemorragias espontáneas. No invade los órganos vecinos ni da metástasis, sino que crece por extensión, pudiendo propagarse hacia los senos maxilares y base de cráneo.

El tumor procede del periostio y del tejido conjuntivo de la bóveda de la naso-faringe, es decir del estenoides y porción basilar del occipital.

Dicho tumor es de consistencia dura, redondeado y liso, de color encarnado, carece de pedúnculo y es por ello inmóvil.

b) *Microscópicamente*.—Se trata de un tumor constituido por tejido fibroso asociado a una gran vascularización capilar sobre todo.

#### DIAGNOSTICO:

En presencia de los síntomas debe hacerse desde luego:

a) *Rinoscopia anterior*, que no deja ver bien el fibroma en vista de la tumefacción de los cornetes, la secreción nasal, los coágulos de la epistaxis reciente, pero que sí nos permite eliminar una epistaxis banal viendo una mancha vascular normal.

b) *Rinoscopia posterior con anestesia local* que sí nos permite apreciar, una vez levantando el velo, una masa redonda al nivel de la coana y como dijimos antes, generalmente redonda y

de color encarnado.

c) *Radiografías y Tomografías*: este método nos sirve para corroborar y confirmar el diagnóstico.

En uno de los casos que luego presentaremos, tenemos como en las diferentes radiografías y tomografías aparecía un tejido de forma menos redondeada ubicado en la porción postero-superior de la coana derecha.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Esto debe hacerse sobre todo:

1.—Con los tumores malignos cuyo primer síntoma es la adenopatía.

2.—Con los pólipos naso-faríngeos que son de color nacarado, brillante, pediculados, múltiples y no sangran al contacto ni espontáneamente.

## SINTOMATOLOGÍA.

Son dos los síntomas principales del fibroma naso-faríngeo:

1.—Obstrucción nasal unilateral, más o menos acentuada debido al crecimiento de la masa tumoral.

2.—Epistaxis frecuentes y espontáneas.

Otros síntomas secundarios casi no se ven hoy día debido al diagnóstico precoz. Tales como:

a.—Facies de rama, por aplastamiento de los huesos nasales.

b.—Exoftalmos, por extensión hacia la base del cráneo.

c.—Trastornos de la audición, por compresión Trompa de Eustaquio.

En general el paciente presenta facies adenoideo, palidez y voz nasal.

## TRATAMIENTO

1.—Médico: Radioterapia-Hormoterapia.

2.—Quirúrgico.

Vamos a presentar varios casos de pacientes tratados y operados en el Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social y de ahí sacar algunas conclusiones.

## CASO PRIMERO

(De Fibroma Naso-faríngeo.)

El 17 de abril de 1964 ingresa de emergencia al Hospital, el paciente Douglas Elizondo Brenes, joven campesino de 17 años de edad con el diagnóstico de epistaxis rebelde, las cuales se venían repitiendo desde hacía dos años (a los 14 años).

Referido a nuestro Servicio se le trata con Hemostáticos; y transfusiones de sangre y cohibida la hemorragia se le somete a los exámenes corrientes de O. R.L.

Estado general normal, salvo la palidez de su facies. Se le practican rinoscopias anterior y posterior, esta última con anestesia local. Por la anterior eliminamos epistaxis de la mancha vascular y poliposis naso-faríngeo. Con la posterior se pudo localizar una masa redondeada en la fosa nasal derecha al nivel de la concha.

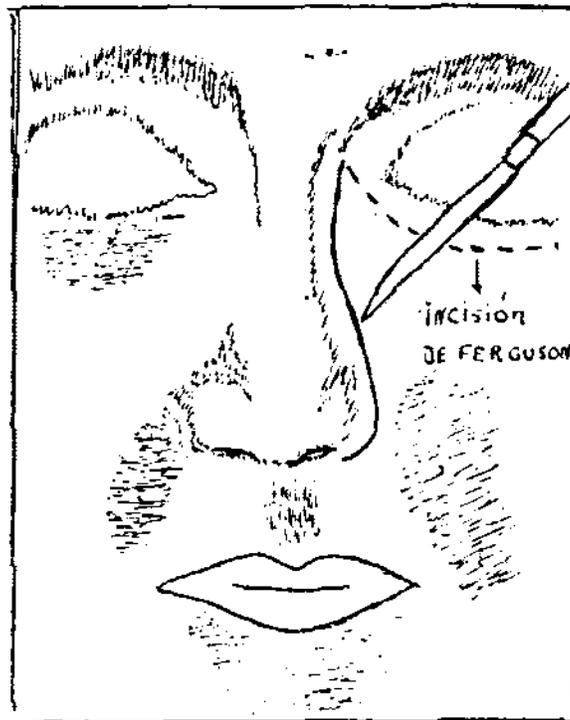
Se ordenaron radiografías y tomografías que reportaron. "Opacidad con densidad de tejido blando, de forma más o menos redondeada situada en la coana derecha, porción postero-superior. (Dr. Carlos De Céspedes".)

En vista de estos reportes y los exámenes practicados, se estableció el diagnóstico de fibroma naso-faríngeo.

Dada la edad del paciente (16 años) instituímos un tratamiento con propionato de testosterona. Tres veces por semana, (una inyección día de por medio) por varias semanas.

Como el paciente no volvió a sangrar y su estado general era satisfactorio, se le dio de alta el 5 de junio del mismo año, esto es mes y medio después de su admisión y se le dio nueva cita para controlar en Consulta Externa de O. R. L. para el mes siguiente.

Diez días después de su salida, el 15 de junio se presentó a nuestra consulta el mismo paciente con otra epistaxis rebéide al tratamiento que el médico de su pueblo le había ordenado.



Incisión - Transmúxilo Nasal de Moure

Lo internamos y en vista de los resultados negativos con los andrógenos y confirmado el diagnóstico de fibroma nasofaríngeo, decidimos intervenirlo junto con el Dr. Rafael Angel Núñez H., Jefe del Departamento de Oncología, procediendo a extirpar el tumor el 17 de junio, bajo anestesia general, según la técnica siguiente:

#### TECNICA

Trans-maxilo-nasal (operación Moure). Intervención que consiste en resecar una parte de la rama ascendente y de la cara anterior del cuerpo del maxilar, para dar un gran espacio sobre el piso medio de la fosa nasal y la región del antro maxilar.

Para ello se hace una incisión que va desde la comisura palpebral interna, siguiendo el sillón naso-geniano hasta el vestíbulo nasal derecho en el caso de nuestro paciente.

Hecho esto y una vez reseca la parte ósea mencionada se encontró ubicado en el área nasofaríngea derecha y ocupando la totalidad del cavum, un tumor que se originaba en la lámina ósea nasal posterior y se extendía lateralmente hacia la derecha, obliterando la región del antro maxilar derecho y hacia abajo ocupando todo el espacio nasofaríngeo. Dicho tumor era de consistencia fibrótica y sangraba abundantemente.

Fue extraído y por su gran tamaño (8 x 6 x 4), fue necesario hacer una incisión tipo Ferguson (infra-orbitaria) y extirpado en fragmentos pero totalmente. Hemostasis con ligaduras de catgut y con electrocoagulación en área donde no se podía ligar. Empaque del antro maxilar y drenaje a través de la fosa nasal derecha con gasa furacinada.

#### INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

Tres fragmentos irregulares el mayor de los cuales mide 5 x 3½ x 2 cm.) firmes de estructura fibrilar de corte.

#### EXAMEN HISTOLOGICO:

Tumor formado por tejido conectivo moderadamente celular con gran cantidad de vasos capilares y superficie en parte ulcerada.

#### DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO:

Fibroma nasofaríngeo.

**SEGUNDO CASO:**

El 9 de diciembre de 1962 es internado el paciente V. S. U., de 26 años de edad, de oficio peón, por epistaxis rebelde.

Al interrogatorio dice que desde hace un año presenta hemorragias frecuentes y que a veces, al escupir, pierle sangre por la boca.

El examen general es negativo. No se palpan ganglios. El examen naso-faríngeo al tacto digital evidencia la presencia de una masa tumoral sangrante, de consistencia dura, de superficie irregular y que obstruye la fosa nasal derecha.

Hecha la Biopsia, con anestesia general, al nivel del cavum, Anatomía Patológica reporta "Fibroma naso-faríngeo". En vista de ello, se prepara al paciente y se le opera el 17 de diciembre con Anestesia General, sin hipotensión controlada.

**TECNICA EMPLEADA:**

Ferguson-Weber que es la misma Trans-Maxilar nasal de Moure modificada.

**LESIONES:**

Se encuentra un tumor gigante ocupando la fosa nasal derecha con extensión hacia el esfenoides por la parte superior y hacia el cavum por el polo inferior.

El examen anatómo-patológico de las 2 piezas de 20 x 18 mm., irregulares y de consistencia firme fue de "Fibroma naso-faríngeo muy vascularizado".

El paciente sale 10 días después en perfectas condiciones.

**S U M A R I O**

Se presentan dos casos de pacientes con diagnóstico de fibroma naso faríngeo que fueron operados y a quienes se les dio salida 15 días después. Su post-operatorio fue bueno.

Pacientes viven después de varios años de operados y el control y revisión post-operatorio no han mostrado recidivas, ni han vuelto a presentar epistaxis.

---

## CONCLUSIONES

- 1.—Diagnosticado el fibroma naso-laríngeo el tratamiento radical debe de ser quirúrgico.
- 2.—La técnica empleada para dar más visión y espacio al cirujano debe ser la trans-maxilo nasal u operación de Moure
- 3.—La anestesia ideal, la general con intubación.
- 4.—En la nomenclatura, esta clase de tumores debieran llamarse: "angio-fibroma juveniles" y no fibromas naso-laríngeos.

## BIBLIOGRAFIA

1. MADURO R., BOUCHE J.. Les Maladies du Pharynx 1961, Pág. N° 595.
2. PORTMANN GEORGE.- Traite de technique operation O. R. L.. Masson y Cie Edits. 14k. N° 538.
3. LEDERER FRANCIS L.- Enfermedades de oído, nariz y garganta - 5 ta. edición Pág. N° 586.
4. IMPERATORI CH. J.. Enfermedades nariz y garganta, Pág. 582.
5. BAZ C.- (Reflections on 4 cases of nasopharyngeal fibroma) *Actv med moyen orient* 21:195-8, Mar. Apr. 64.
6. LEMARIEY A. PAQUELIN F, CORMIER.. (Hazards developing in the course of treatment of a nasopharyngeal fibroma), *Ann otolaryng (Paris)* 81:723-30, Oct. - Nov. 64.
7. MACCOMB WS.- Juvenile nasopharyngeal fibroma. *Amer J Surg* 106:754-63, Nov. 63.
8. SARDANA DS.- Nasopharyngeal fibroma: Extension into cheek. *Arch otolaryng (Chicago)* 81:584-8, Jun. 65.
9. BERETTI J, MONTABONE H, COLONNA D'ISTRIA J.- (Apropos of 2 cases of nasopharyngeal fibroma in a melanesian milieu), *Ann otolaryng (Paris)* 81: 673-6, Oct. - Nov. 64.
10. CANUYT G.- Les Maladies du Pnarynx. Masson y Cie 1936 Pág. 620-644.
11. FREUNDLICH IM, HODES PJ.- A nasopharyngeal fibroma presenting with pituitary and optic nerve symptomatology. *Amer J. Roentgen* 69:41-4. Jan 63.
12. HOLMAN CB, MILLER WE.. Juvenile nasopharyngeal fibroma, roentgenologic characteristics. *Amer J. Roentgen* 94:292-8, Jun. 65.
13. HUNTER K, SMYTH GD, MACAFEE CA.. Nasopharyngeal fibroma. *J. Laring* 77: 128145, Feb. 63.
14. LEROUX-ROBERT J.- (Nasopharyngeal fibroma (Action of radiation and hormone therapy) *Probl actual otorhinolaryng* 21-63, 1964, J. Sugavanam.
15. SUGAVANAM J.- Juvenit nasopharyngeal fibroma International Sugency julio 1966 - Pág. 1.