

Angiofibromas de la Rino-Faringe*

(La Embolización Arterial y otros procedimientos en el tratamiento quirúrgico de los Angiofibromas de la Rino-Faringe)

Joaquín Berrocal B.

Mario Chartier R.

Carlos L. Estrada F.

INTRODUCCION

De todos es sabido el problema que suele ocasionar el sangrado en los angio-fibromas de la rino-faringe. De hecho este ha sido el motivo de múltiples reflexiones, tendientes a encontrar un procedimiento óptimo que permita yugular el sangrado de estos tumores, sobre todo a la hora de la extirpación quirúrgica. En los últimos años con el advenimiento de procedimientos angiográficos, específicamente la "Carótido-Angiografía", el poder poner un émbolo a nivel de la arteria que nutre el tumor (embolización arterial selectiva), parece ser lo ideal para obtener un campo quirúrgico exangue, al detener la irrigación. Este trabajo quiere mostrar las bondades de este procedimiento, que en manos bien ejercitadas, puede alcanzar un alto porcentaje de éxito. Asimismo llamar la atención sobre los riesgos que le son propios. En fin, hacer una revisión de los casos operados en el Servicio de O.R.L. del Hospital San Juan de Dios de 1963 a 1977, a fin de valorar y comparar resultados.

CAROTIDO-ANGIOGRAFIA Y EMBOLIZACION

Esta técnica consiste en realizar una angiografía selectiva de la carótida externa y maxilar interna. Se utiliza anestesia general, de preferencia "Neurolepto-Analgésia". Se procede a cateterizar mediante la técnica de Seldinger, que introduce un catéter en la arteria femoral del lado a estudiar, usando una guía de alambre móvil, bajo control fluoroscópico con un amplificador de imágenes. La embolización se hace mediante la técnica descrita por Djinjian con fragmentos de Gel-Foam.

MATERIAL Y METODOS

De 1963 a 1977 o sea en un período de 14 años, se operaron en el Servicio de O.R.L. del Hospital San Juan de Dios, doce casos de Angio-Fibroma de la Rino-Faringe. En dos casos se utilizó Hipotensión controlada, en dos casos se utilizó ligadura de carótida externa (en un caso unilateral y en otro bilateral por tratarse de una extensión a órbita y base de cráneo). En un caso radioterapia pre-operatoria (siendo un método que actualmente jamás utilizamos por el peligro de los radio-cáncer). La vía de abordaje utilizada fue así: en nueve casos trans-palatina y en tres casos trans-maxilar (para-latero-nasal). Esto se debió a que en la gran mayoría de los casos la polaridad del tumor se hizo hacia la rinofaringe. Los tres casos en que se utilizó la vía trans-maxilar, fue debido a la extensión hacia antro maxilar y base de cráneo. En ninguno de los casos operados, salvo en dos en los que se utilizó la embolización, los métodos tendientes a disminuir el sangrado fueron efectivos. El éxito obtenido dependió del *volumen sanguíneo repuesto pre-operatoriamente y de la rapidez en la extracción del tumor*. Esta pudo realizarse en los nueve casos en que se utilizó la vía trans-palatina, mediante la "toma del tumor" con una pinza de "SAROT" utilizada en Cirugía Torácica. Dicha pinza tiene la particularidad de estar provista de dientes que hacen imposible que el tumor "derrape". Este detalle de técnica está basado en las pinzas utilizadas por antiguos autores como la pinza de "Escat" o el asa de Sebilleau Gilbert. Es siempre válido en estos tumores el principio según el cual, el sangrado cesa dramáticamente, al hacer extracción del tumor en su totalidad, ayudándose de un desperistador para desprenderlo de su base. De los doce casos tratados, ninguno tuvo recidiva a la fecha. Las complicaciones tenidas hasta 1973, pueden resumirse así: Sangrado post-operatorio masivo al quitar el taponamiento en un caso en que la extensión tumoral se hizo hacia el

* Servicio de Otorrinolaringología, Hospital San Juan de Dios.

esfenoides. En un caso, sangrado un mes después de un primer intento de extracción, que fue incompleto, necesitando ligadura unilateral de carótida externa y vía trans-maxilar a fin de completar la extirpación. En un caso complicaciones debidas a la extensión tumoral a la órbita (compresión y atrofia del nervio óptico izquierdo), caso que requirió ligadura bilateral de carótidas externas y vía amplia trans-maxilar. A partir de 1974 y buscando un método tendiente a evitar los sangrados, se procedió a realizar el primer caso con carótido angiografía y embolización. Este caso fue un éxito total y la extirpación se realizó sin sangrado y sin taponamiento nasal. Fue motivo de una publicación por uno de nosotros, dado el entusiasmo que nos causó la nueva técnica. En 1975 un segundo caso fue sometido a embolización, habiendo salido el paciente del procedimiento en perfectas condiciones. Dos horas después, el paciente presentó cuadro severo de pérdida de la conciencia y hemiparesia derecha (se embolizó el lado izquierdo). Progresivamente se recupera de su hemiparesia. Se supone que parte de los émbolos enviados, regresaron por la carótida interna (efecto de succión) provocando una embolia transitoria. Posteriormente se hizo extracción exangue del tumor y el paciente se recuperó de su hemiparesia, quedando con leves secuelas. (Debemos señalar que este accidente se debió a que en la técnica seguida el Gel-Foam se puso en tiras y esto puede ocasionar un fenómeno de obstrucción por succión. Este accidente puede evitarse poniendo "bolitas" de Gel-Foam pequeñas).

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Del conjunto de casos intervenidos en total doce en un período de catorce años, no hemos tenido mortalidad alguna y la morbilidad ha sido baja. De los procedimientos tendientes a disminuir el sangrado (Hipotensión controlada, ligaduras arteriales, etc.) ninguno ha sido efectivo. Solo la embolización aprobada un 100% de éxito, al obtener un campo exangue en dos casos. De la serie estudiada, las complicaciones pudieron haberse evitado en su mayor parte si se hubiera realizado la embolización previa. Este procedimiento trae sin embargo un riesgo que nosotros vivimos, cual es el accidente

señalado de hemiparesia, pero que en manos bien entrenadas debiera ser mínimo, sobre todo cuando se maneje un mayor número de casos. La aplicación de este método a tumores angiomasos, como por ejemplo en la base de la lengua y otros territorios está destinado a imponerse sobre los otros procedimientos hasta hoy empleados. Si se escoge bien el caso, cuando se trate de angiofibromas de la rino-faringe con proyecciones de peligro por su gran volumen, *no puede haber un método mejor que la embolización arterial selectiva*, que permite además de estudiar la irrigación del tumor, sobre la marcha llegar a producir un campo exangue al cirujano.

RESUMEN

Se estudian doce casos de angiofibroma de la rino-faringe, operados en el Servicio de O.R.L. del Hospital San Juan de Dios, en un período de catorce años. De todos los métodos empleados para disminuir el sangrado (ligaduras arteriales, hipotensión controlada, etc.), ninguno resultó efectivo, salvo la embolización arterial selectiva en dos casos. Se insiste en la excelencia del método para yugular el sangrado, sus inconvenientes o riesgos y sus proyecciones futuras.

SUMMARY

Twelve Naso-Pharynx Angiofibromas operated in the E.N.T. Service of San Juan de Dios Hospital were studied. None of the traditional methods (Carotid ligature, Hipotension Anesthesia, etc.), used to avoid bleeding were effective. Only Carotid-Angiography and selective embolism of the internal Maxillary artery in two cases, produce no bleeding surgical remove. The authors point-out, that this procedure is not excepted of complications, but is reported as very promissory.

BIBLIOGRAFIA

1. Djinjian, R. III Congreso Latinoamericano de Neurorradiología, St. 1973.
2. Seldinger S.I. Cathether replacement of the needle in the percutaneous arteriography A. new technique. Acta Radiol., 39:368-76, 1953.