

ESTUDIO ESTADISTICO DEL FIBROANGIOMA JUVENIL HOSPITAL "EUGENIO ESPEJO"

Dr. Miguel Serrano Vega*
Dr. Fausto Coello Serrano**
Dr. Fernando Serrano Almeida***

INTRODUCCION

Este trabajo ha sido inspirado en una lucha ardua y tenaz para tratar de despejar aquellas incógnitas que sobre esta patología tan rebelde y agresiva existen todavía a nivel de todo el mundo médico.

Hemos puesto especial cuidado en la recopilación de datos, codificación de los mismos, con el objeto de elaborar un estudio absolutamente veraz y real de lo que significa esta tumoración en nuestro medio.

Para lograr este fin hemos tomado como guía las referencias bibliográficas y las experiencias personales de autores de otras latitudes, de tal manera que este estudio se constituya a la vez en una revisión bibliográfica del tema y un aporte de nuestro servicio de Otorrinolaringología en lo que se refiere a la investigación de los caracteres más

importantes que el fibroangioma juvenil ha presentado en los pacientes atendidos en el Hospital Eugenio Espejo en los años que van de 1.970 a 1.981.

CONSIDERACIONES BIBLIOGRAFICAS

EL FIBROANGIOMA JUVENIL, Fibroma Naso-Faríngeo o Tumor Sangrante de la Juventud constituye una entidad patológica bien definida y conocida desde hace por lo menos cien años, aunque aún en el momento actual no existan datos exactos acerca de su naturaleza y origen.

A pesar de que los caracteres histológicos son benignos, su marcada agresividad invasiva, la tendencia a las frecuentes recidivas y su predisposición hemorrágica, hacen de éste un tumor con comportamiento clínico maligno.

Afecta principalmente a personas jóvenes del

sexo masculino, y en su mayor parte de condiciones socio-económicas deficientes; la única manera adecuada de tratarlo sigue siendo la quirúrgica.

Ubicación Anatómica: Este tumor nace a expensas del periostio que cubre a los huesos que provienen de la porción embrional occipital, es decir, proceso basilar del occipital, cuerpo del esfenoides, proceso pterigoideo medio y fosa pterigopalatina; y de la parte anterior de la primera y segunda vértebras cervicales (Noreña). Puede invadir todas las estructuras cráneo-faciales produciendo grandes deformaciones en las mismas.

Con frecuencia se lo encuentra ubicado en la Rinofaringe, extendiéndose por medio de varios tentáculos que simulan dedos de guante hacia las fosas nasales, los senos maxilares, las órbitas y la fosa pterigo-maxilar, y en ocasiones, aunque menos frecuentes, invadiendo también celdillas etmoidales anteriores y posteriores, senos esfenoidales e inclusive endocráneo.

En muy raras ocasiones se lo encuentra en una ubicación ectópica, como la mucosa yugal, y seno maxilar.

Patología: Se trata de un tumor césil, redondeado, de color vinoso o rosado blanquecino, de consistencia firme a veces con ulceraciones en sus extremos distales, con una exagerada tendencia al sangrado.

Está recubierto por una mucosa de tipo respiratorio y constituido principalmente por gran cantidad de tejido fibroso atravesado en todos los sentidos por vasos sanguíneos de diferente calibre, de paredes delgadas, que en su mayor parte son elementos de neoformación. No se encuentra en su constitución una cápsula verdadera. Según Sternberg existen con relativa frecuencia incluídas en el estroma unas células estrelladas con núcleo oval.

Sintomatología: La obstrucción nasal progresiva y la epistaxis constituyen los síntomas principales de esta afección.

El primero de éstos síntomas se inicia general-

mente en una sólo fosa nasal, y conforme la tumuración evoluciona y aumenta de tamaño, la obstrucción se hace bilateral. Debido a la presencia de la misma el paciente suele presentar concomitantemente una respiración oral muy notoria y ronquido nocturno.

La epistaxis suele ser frecuente y de intensidad variable que va desde pequeñas hemorragias nasales anteriores unilaterales y prácticamente imposibles de cohibir debido a las frecuentes hemorragias, el paciente puede en un momento dado de la evolución presentar cuadros de anemia, aguda o crónica, leve o grave.

Además de los dos síntomas cardinales que hemos mencionado, se pueden encontrar también otros, tales como: hipoacusia (originada en la obstrucción de la trompa de Eustaquio), Cefalea de tipo gravativo probablemente consecutiva a la invasión del tumor hacia las estructuras cráneo-faciales.

La Rinorrea que se encuentra en la mayor parte de los pacientes se debe a la oclusión total de una o de las dos fosas nasales, lo cual impide la expulsión periódica del moco nasal. La secreción que se encuentra en la mayor parte de los pacientes es de tipo mucoso o mucopurulento. A este síntoma, suele acompañar una cacosmia de tipo objetivo en la mayor parte de ocasiones, pero que en otras es también de tipo subjetivo.

En determinadas ocasiones, cuando el tumor ha alcanzado un tamaño considerable (cosa no infrecuente en nuestro medio) se producen varias deformaciones en la estructura cráneo-facial de los pacientes, produciendo en ellos la llamada "Fascies de Rana". En algunos casos la invasión tumoral no es tan extensa, o está más localizada hacia una de las cavidades faciales produciéndose entonces, en forma aislada exoftalmus, abombamiento del labio nasal o protrusión de la mejilla. A veces el tumor rechaza el paladar blando hacia la cavidad bucal, o aparece por detrás del velo del paladar llenando la Rinofaringe.

En el examen físico se aprecia una masa lisa de color violáceo que sangra fácilmente al tocarla.

Diagnóstico: Es puramente clínico, en la mayor parte de ocasiones y se lo hace por la edad de presentación, el sexo, la apariencia del paciente, y sobretodo por la apariencia del tumor. En muy raras ocasiones estos datos no son tan característicos y pueden dar lugar a confusión.

Debido a la tendencia a producir severas hemorragias no es conveniente realizar una biopsia para el diagnóstico. Cuando existe una duda y se hace imprescindible este tipo de examen, se lo debe realizar durante el acto operatorio, contando con todas las precauciones necesarias para realizar una cirugía mayor.

En forma definitiva, sólo se obtiene un diagnóstico preciso por medio del examen histopatológico en el cual, siempre se encuentran una estructura típica, como lo describimos en el acápite de Patología.

Tratamiento: El único tratamiento eficaz y definitivo es el quirúrgico, el mismo que se lo realiza generalmente a través de una incisión en el paladar. Existen autores que mencionan como posibilidades terapéuticas, a la Radioterapia y a la Quimioterapia; pero luego de varias experiencias clínicas hoy se sabe que este tipo de tratamiento no tiene utilidad, y por el contrario presenta serias complicaciones y riesgos para el paciente.

Es necesario recalcar que el Fibroangioma Juvenil en un alto porcentaje de casos tiende a recidivar, razón por la que se requiere advertir al paciente de esta posibilidad y estar preparados para realizar tantas cirugías como recidivas surgieran.

ASPECTOS METODOLOGICOS

Hemos basado nuestra investigación en el estudio retrospectivo de las historias clínicas del archivo de cirugía del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital Eugenio Espejo de Quito con un total de 22 pacientes en los que se han realizado 38 intervenciones quirúrgicas en el período de tiempo comprendido entre los años 1.970 y 1981.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan a continuación, a través de gráficos y cuadros.

COMENTARIOS Y DISCUSION

Como lo hemos mencionado anteriormente es un trabajo basado en un grupo de 22 pacientes con diagnóstico de Fibroangioma Juvenil, que han sido tratados clínicamente y quirúrgicamente en 38 oportunidades en el Departamento de ORL del Hospital Eugenio Espejo de Quito, en los años comprendidos entre 1.970 y 1981.

Teniendo como base de juicio las descripciones tradicionales y algunos nuevos aportes sobre el tema tratado, en este estudio intentamos establecer varias similitudes y diferencias que han presentado los pacientes de nuestro medio.

1. UBICACION GEOGRAFICA

Hemos corroborado el enunciado de que este tumor tiene preferencia por aquellas personas de deficientes condiciones socioeconómicas y culturales que generalmente provienen de zonas rurales; sin embargo debemos anotar que el tumor referido se encuentra casi exclusivamente en pacientes que habitan en zonas comprendidas dentro del callejón Interandino (86.37 o/o de nuestros pacientes), dejando más bien como una excepción a los pacientes provenientes de las zonas bajas y cálidas de la Costa y del Oriente (apenas 13.63 o/o),

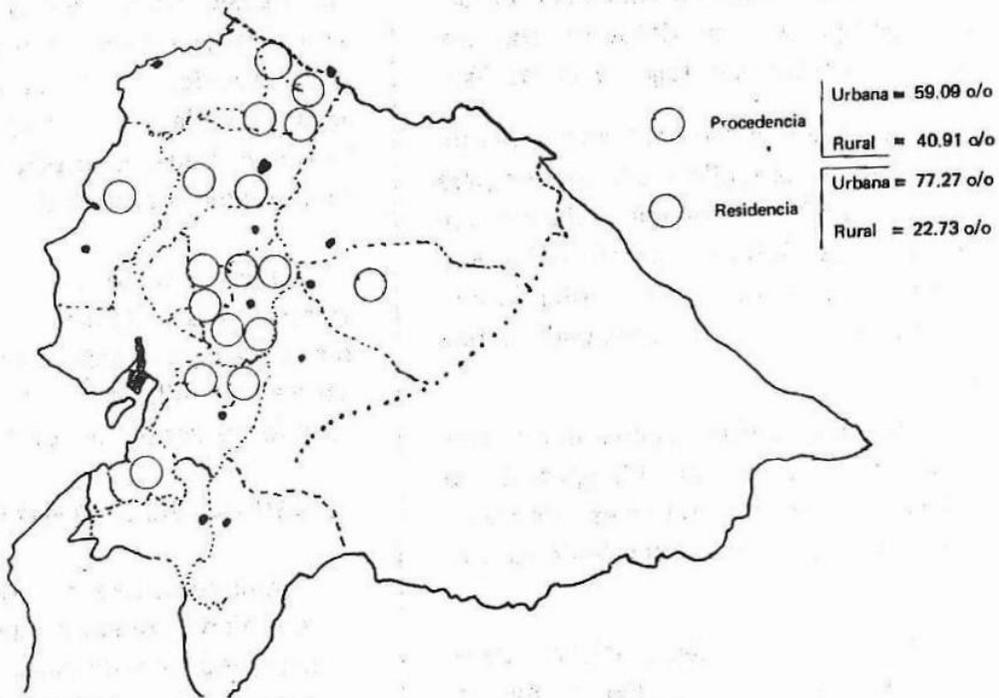
Así mismo es importante destacar el hecho de que a pesar de que los pacientes vienen de una zona rural, cuando ingresan a un Centro Médico, generalmente han cambiado su residencia a zonas urbanas.

2. EDAD DE PRESENTACION

Tradicionalmente el Fibroangioma Juvenil ha sido descrito como un tumor que ataca a personas jóvenes, en edades que se encuentran cercanas a la pubertad; hemos encontrado sin embargo dos pacientes de apenas nueve años de edad (18.18 o/o) y una paciente de 48 años (9.09 o/o)

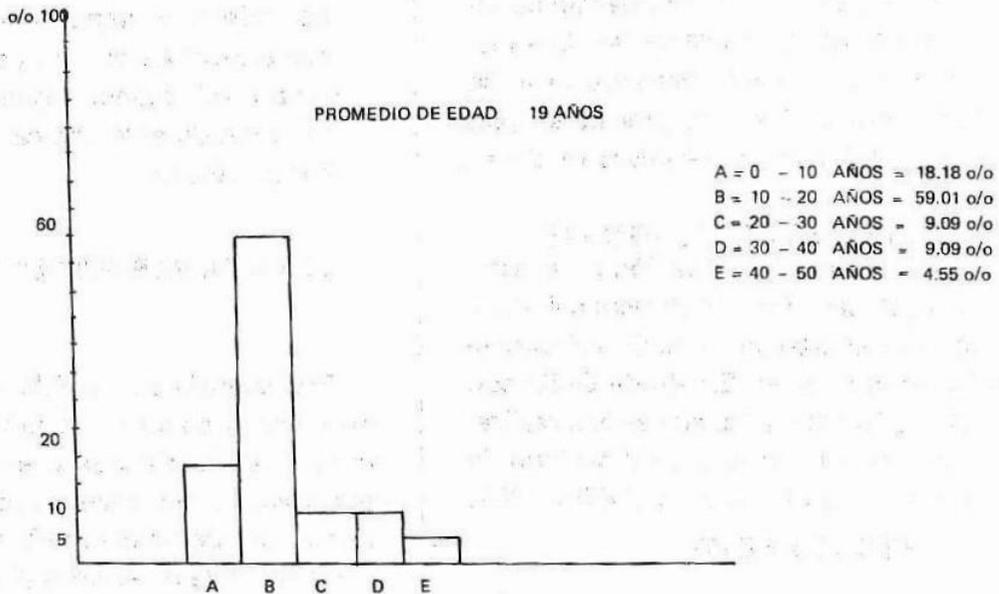
Consideramos que estos datos deben ser toma-

GRAFICO No. 1
DISTRIBUCION GEOGRAFICA

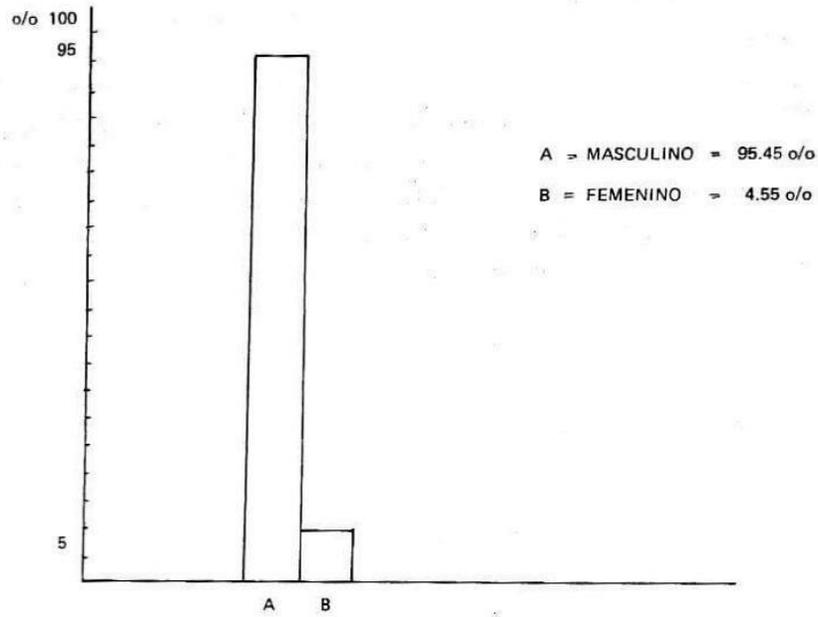


CUADRO No. 2

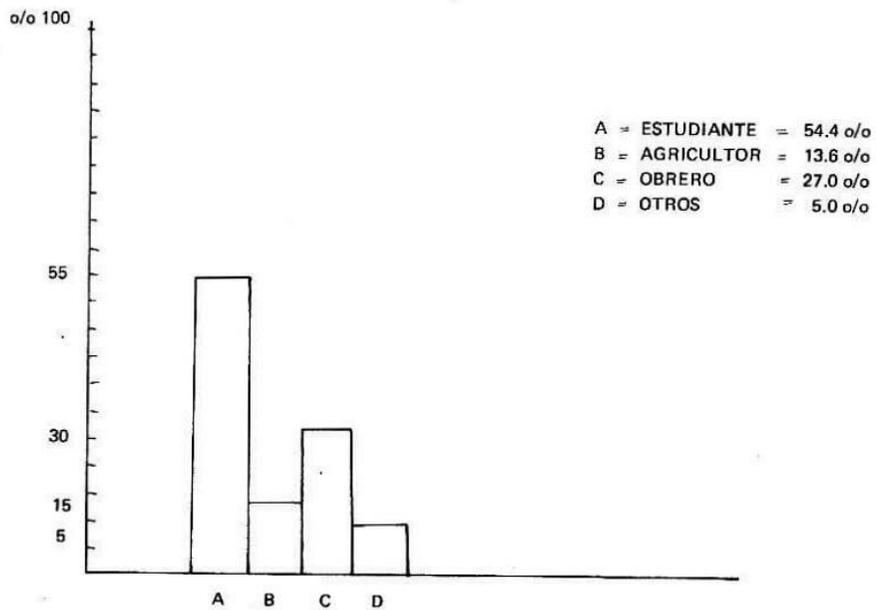
INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDAD



CUADRO No. 3
INCIDENCIA POR SEXO

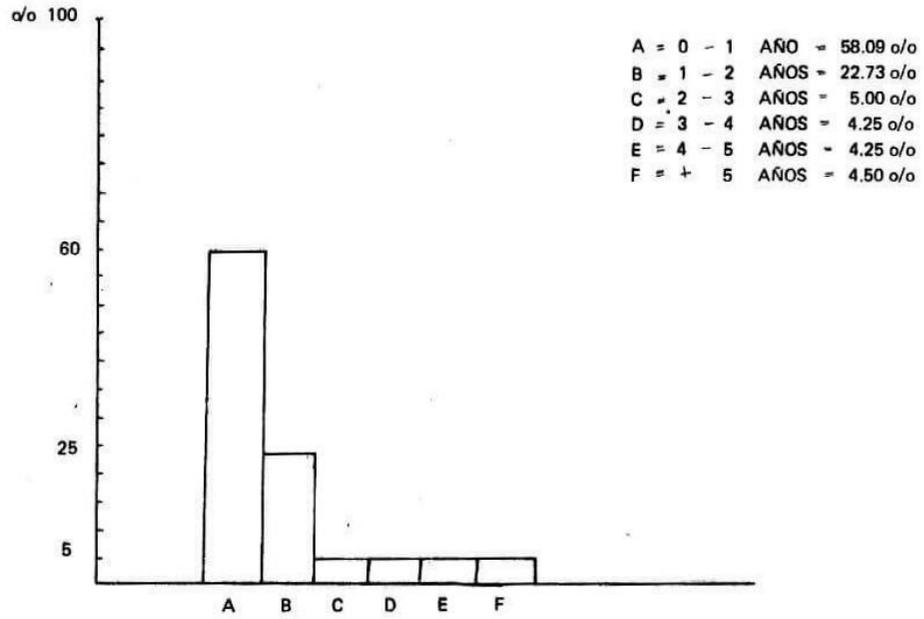


CUADRO No. 4
OCUPACION



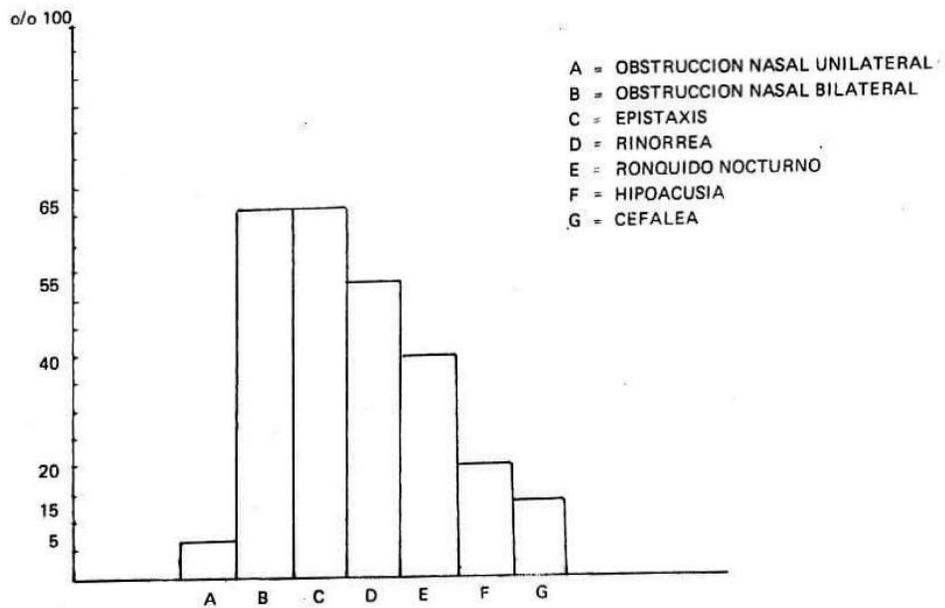
CUADRO No. 5

TIEMPO DE EVOLUCION.



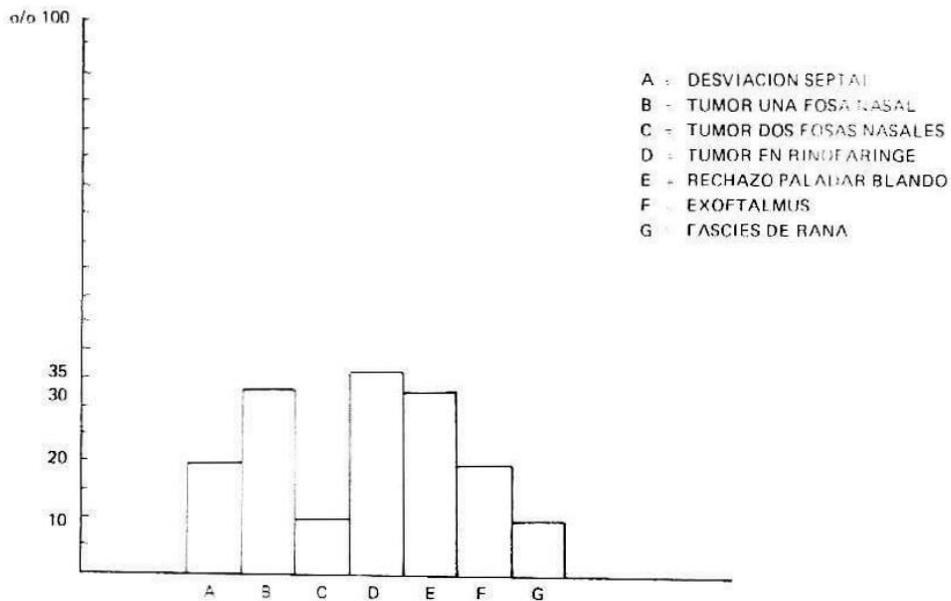
CUADRO No. 6

SINTOMAS PRINCIPALES



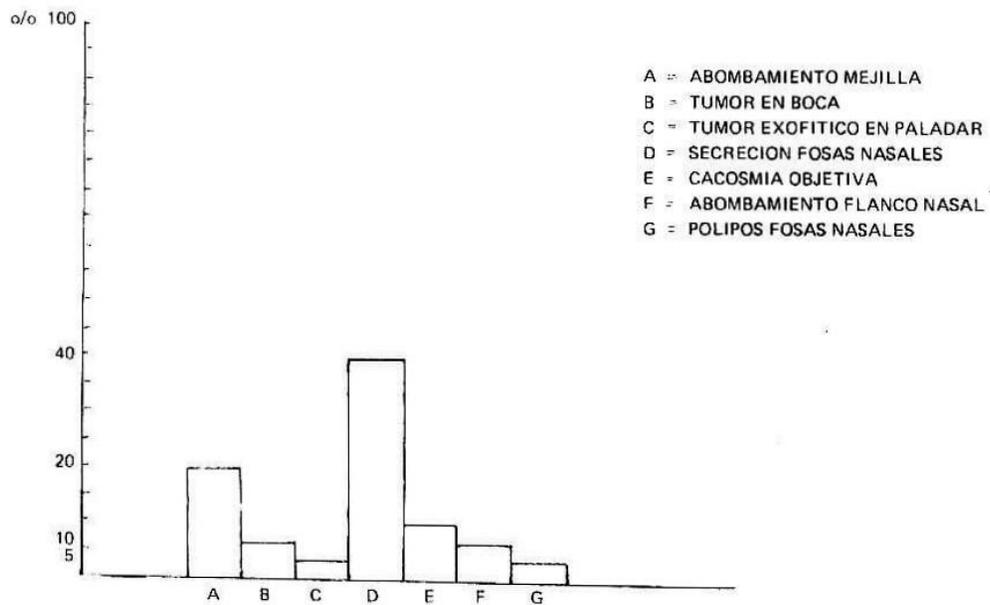
CUADRO No. 7 A

PRINCIPALES HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO

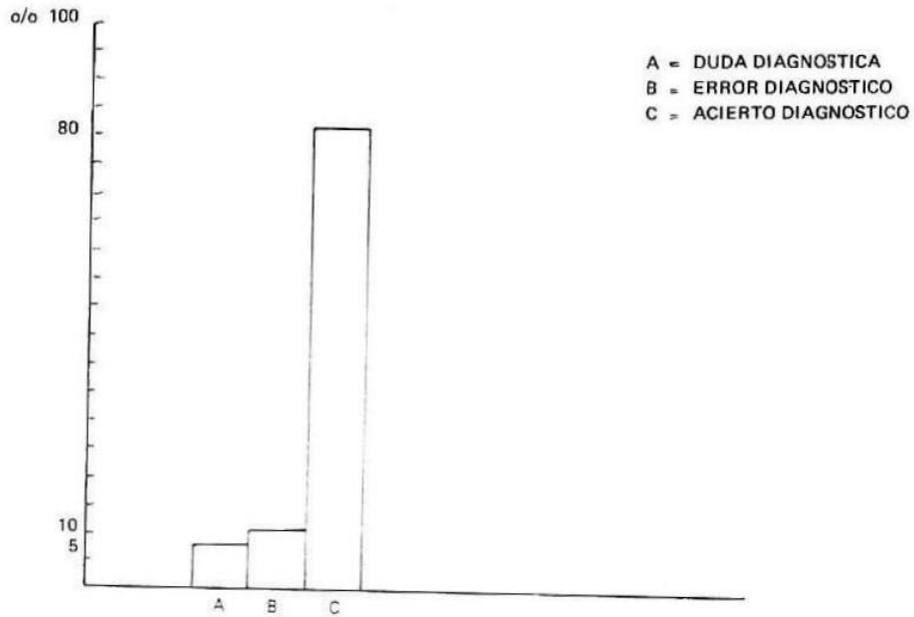


CUADRO No. 7 B

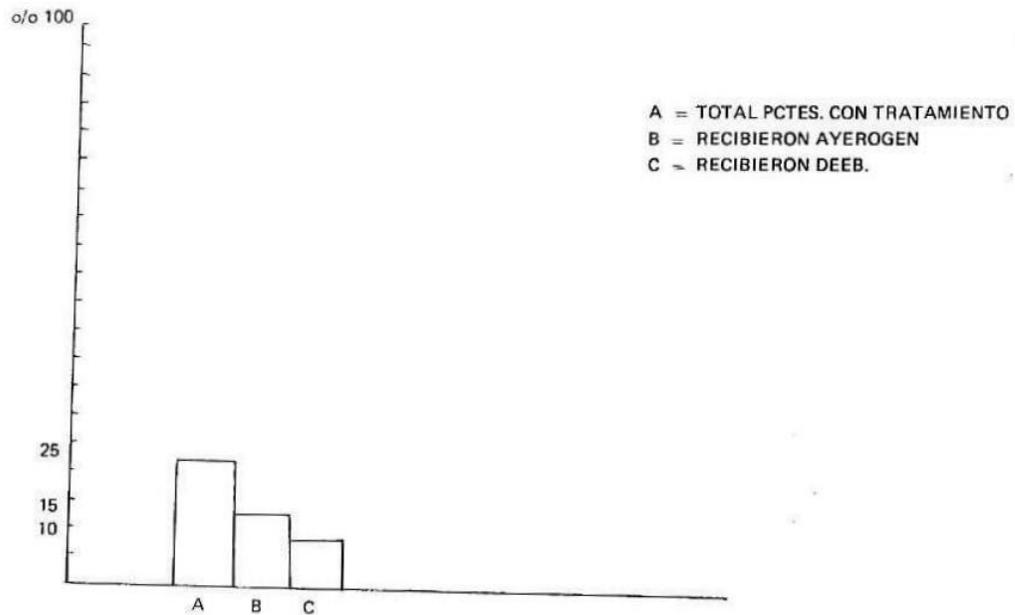
PRINCIPALES HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO



CUADRO No. 10
DIAGNOSTICO CLINICO

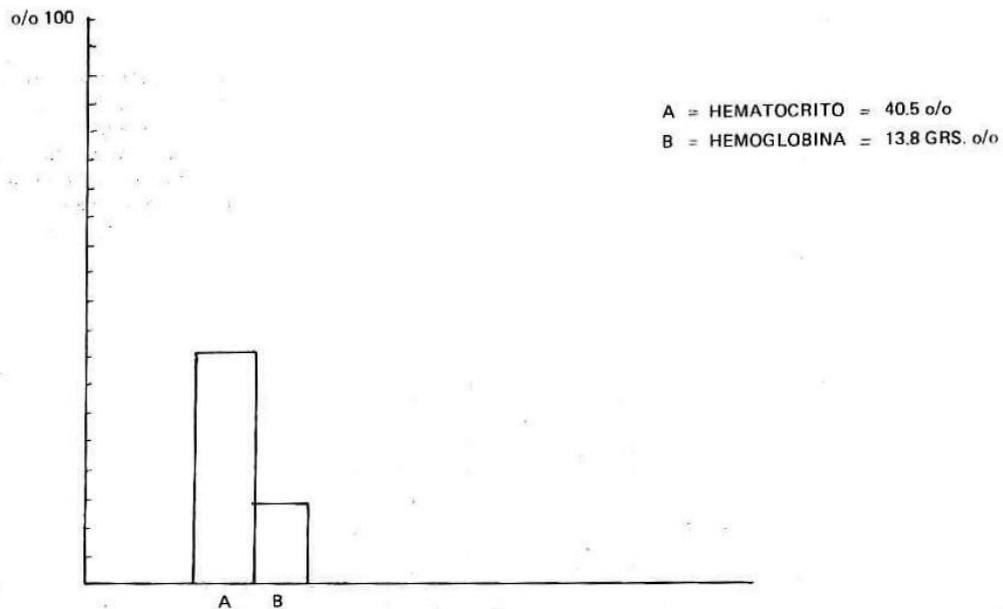


CUADRO No. 11
TRATAMIENTO HORMONAL PREOPERATORIO



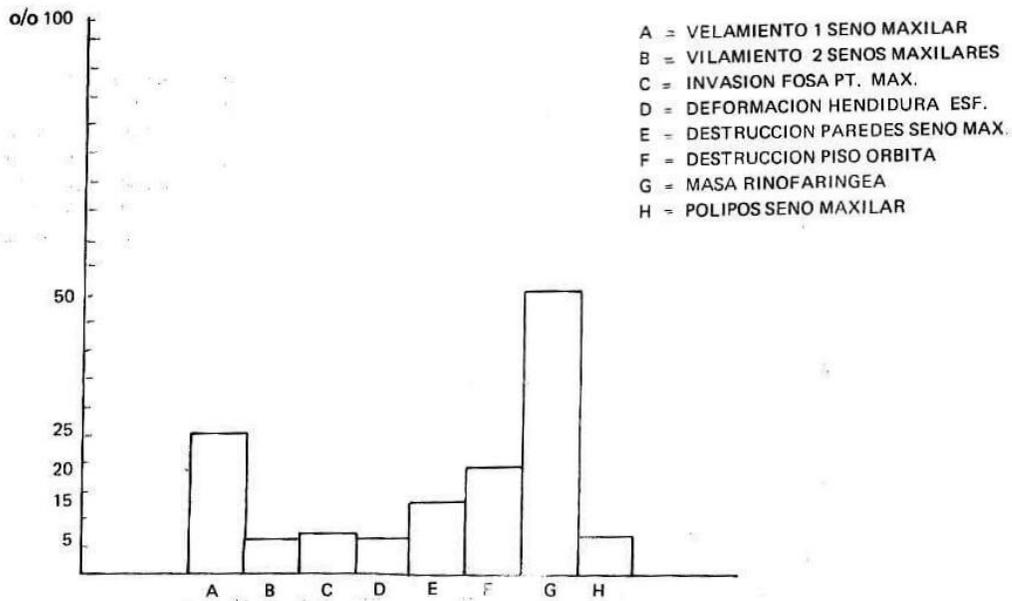
CUADRO No. 8

DATOS HEMATOLOGICOS AL INGRESO
(PROMEDIO)

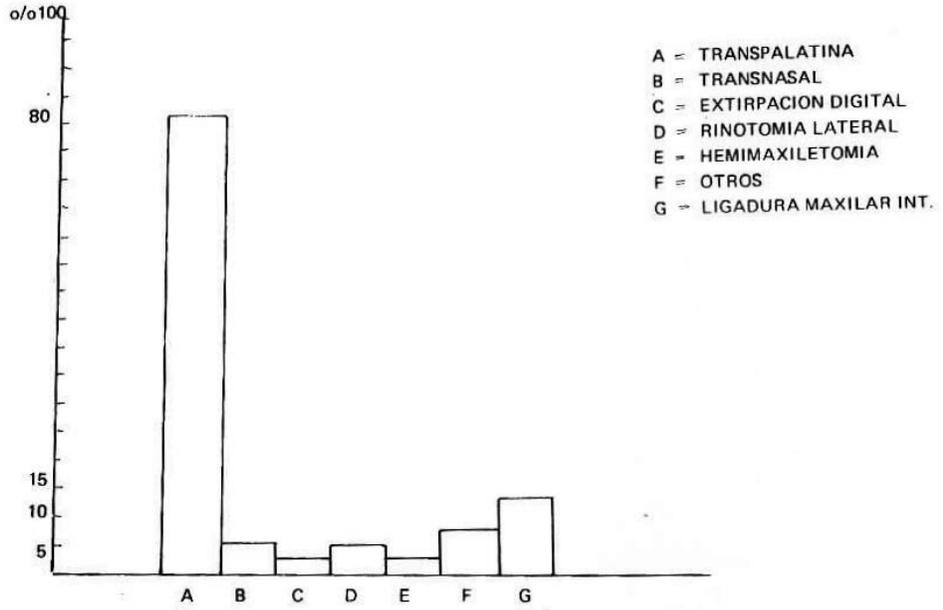


CUADRO No. 9

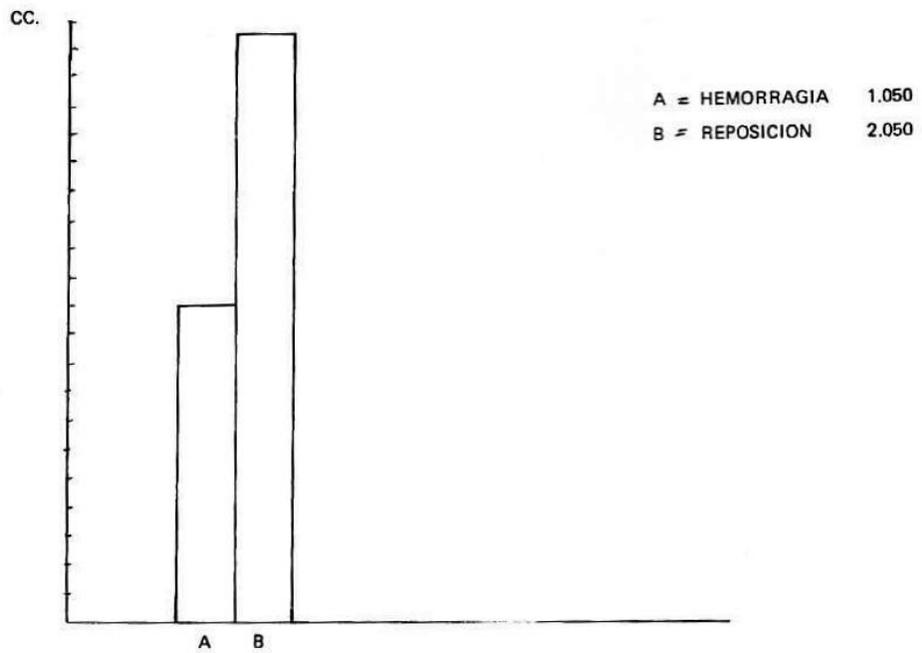
HALLAZGOS RADIOLOGICOS



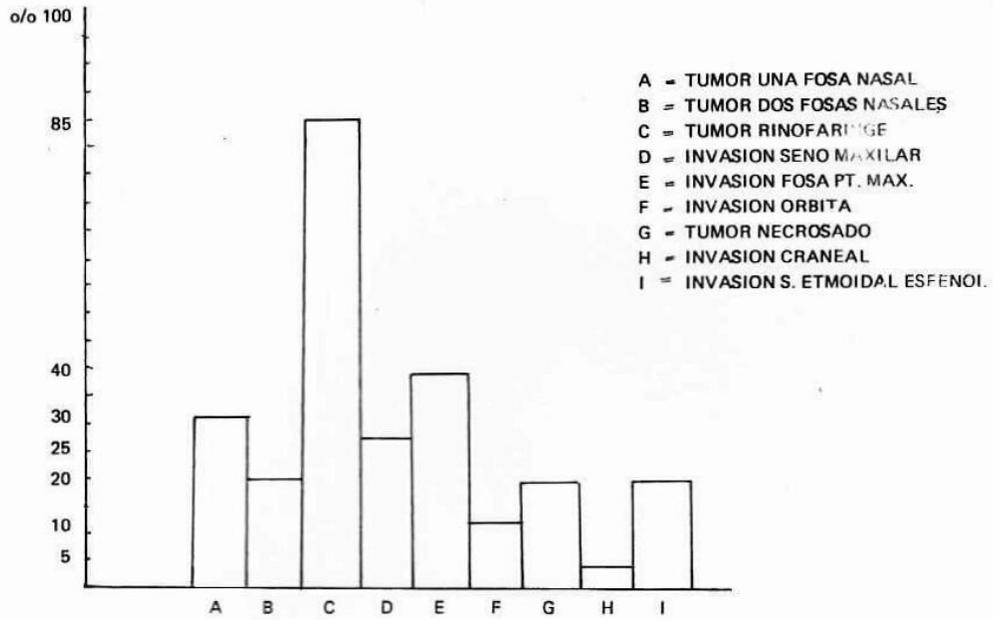
CUADRO No. 12
VIA DE ABORDAJE.



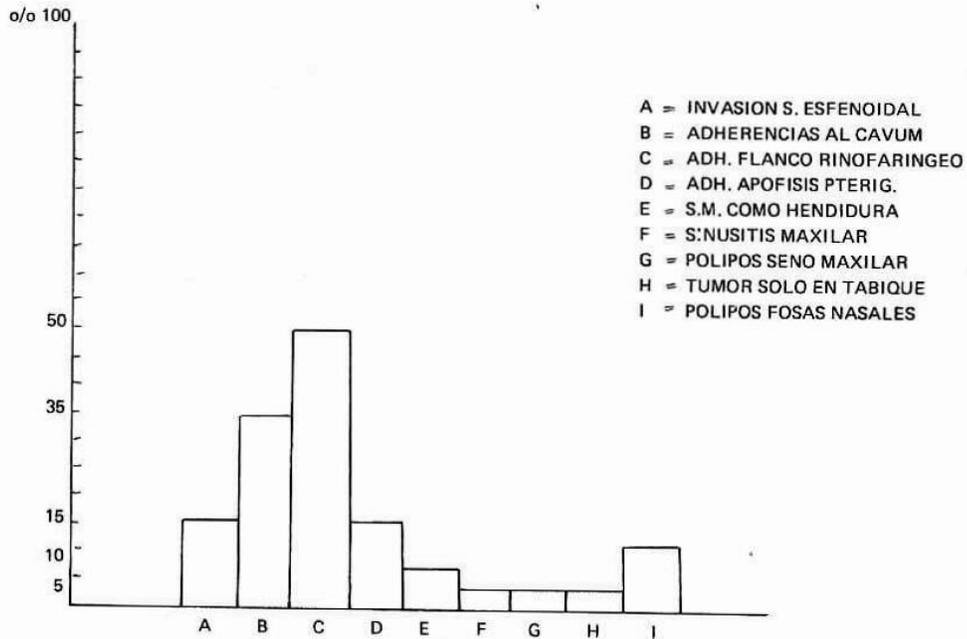
CUADRO No. 13
HEMORRAGIA Y REPOSICION OPERATORIAS



CUADRO No. 14 A
HALLAZGOS QUIRURGICOS.

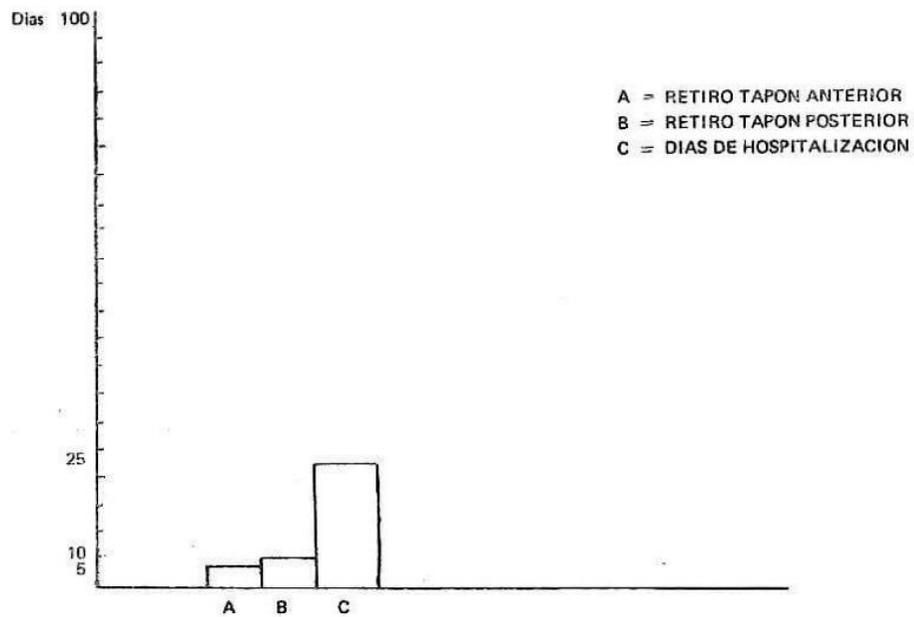


CUADRO No. 14 B
HALLAZGOS QUIRURGICOS



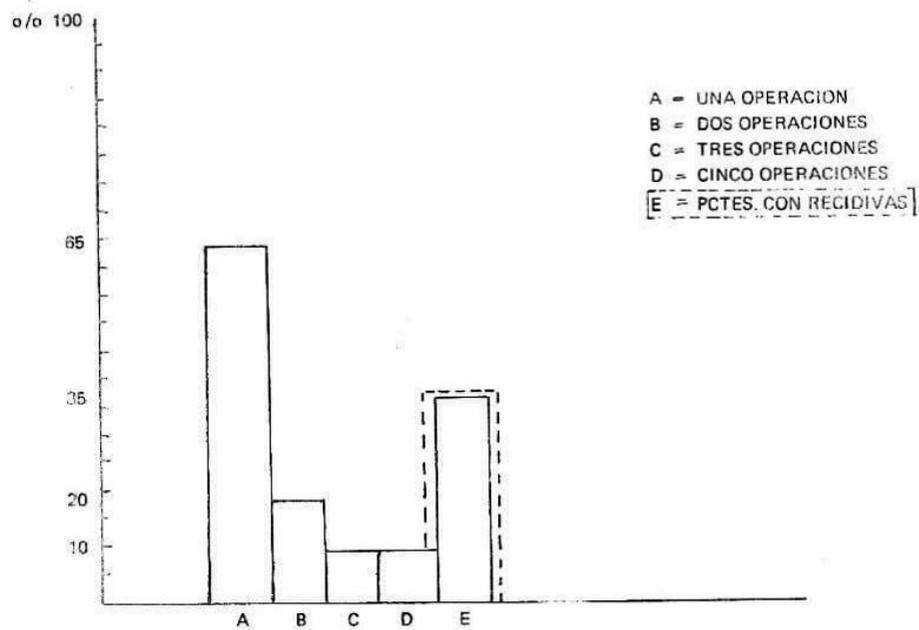
CUADRO No. 15

EVOLUCION POSTOPERATORIA

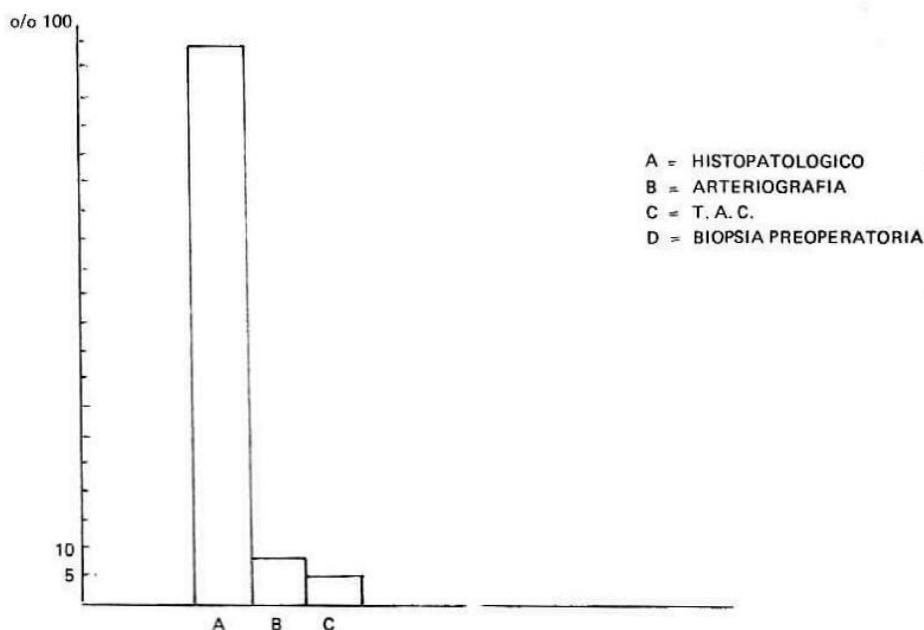


CUADRO N°

RECIDIVAS TUMORALES



CUADRO No. 17
EXAMENES COMPLEMENTARIOS



dos en consideración para incluir a este tumor de las posibilidades de un diagnóstico diferencial. A pesar de estos datos, el promedio de edad en nuestros pacientes es de 19 años.

3. SEXO

Hasta hace pocos años en todos los textos que hacían referencia a este tumor se lo describía como exclusivo del sexo masculino. Hemos encontrado el caso de una paciente de sexo femenino (4.55o/o), lo cual nos ha llevado a hacer una revisión más prolija sobre este tema.

Descubrimos entonces una referencia de dos médicos colombianos quienes hacen la descripción de varias publicaciones que refieren la existencia de 36 casos de fibroangioma juvenil en mujeres en toda la literatura mundial.

Hemos de explicar sin embargo que los casos referidos por los autores antes mencionados fueron en su mayor parte de poca credibilidad por falta de adecuada comprobación histológica. El caso que

nosotros referimos ha sido varias veces estudiado anatomo-patológicamente, y según el informe de competentes especialistas, presenta una imagen histológica, típica e inconfundible.

4. OCUPACION O ACTIVIDAD

Probablemente debido a la edad de presentación de esta patología, la mayor parte de nuestros pacientes eran estudiantes; pero hemos podido comprobar que ninguno de ellos tenía un nivel de educación superior, a pesar de que muchos de ellos sobrepasaban ya en algunos años la etapa en la que debía tener ya dicho nivel de estudios.

5. SINTOMATOLOGIA

La mayor parte de nuestros pacientes acuden a la consulta por presentar obstrucción nasal, la misma que generalmente es bilateral, progresiva; y epistaxis de variados grados de gravedad. Aunque existen como constan en los cuadros respectivos, muchos otros síntomas, los pacientes les dan menor importancia que a los dos antes referidos.

El porcentaje de pacientes que llegan a nuestra consulta con la obstrucción nasal es de casi el 100 o/o, en cambio los que presentan epistaxis en el momento del ingreso son muy pocos. Es importante recalcar que a pesar de que los autores refieren que los pacientes con este tumor casi siempre presentan diferentes grados de anemia; nosotros hemos constatado que al momento del ingreso nuestros pacientes tenían como promedio cifras de hemoglobina y hematocrito absolutamente normales; aclarando sin embargo, que han existido casos de anemias tanto agudas como crónicas y, en ocasiones de grave intensidad; así como pacientes con poliglobulias probablemente compensatorias a los repetidos episodios hemorrágicos.

6. PRINCIPALES HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO

En contraposición a lo que se describe generalmente, en nuestro medio hemos podido encontrar todavía pacientes con la típica "fascies de rana", talvés como consecuencia del nivel sociocultural de nuestra gente, la misma que busca ayuda médica solamente cuando el problema ha alcanzado grandes dimensiones.

Hemos tenido oportunidad de ver también casos en los que la ubicación y extensiones del tumor son totalmente ectópicas, sin comprometer ni fosas nasales ni rinofaringe.

También constatamos, en un sólo caso que el tumor estaba circunscrito exclusivamente en la zona de Kiesselbach y en otros casos existía una invasión tan severa de las estructuras cráneo-faciales que nos llevaron a pensar en un Carcinoma de tipo invasivo.

En la mayor parte de casos se detectó la presencia de una secreción mucopurulenta en ambas fosas nasales y una cacosmia objetiva, que en algunas ocasiones era también de tipo subjetivo.

7. TIEMPO DE EVOLUCION

Como dato curioso se menciona el caso de un paciente que refiere haber presentado la tumora-

ción durante 20 años, durante los cuales esta neoplasia aumentaba y disminuía de tamaño sin producir ninguna sintomatología. El paciente acudió a nuestra consulta debido únicamente a que poco tiempo antes del ingreso la tumoración se ulceró y empezó a sangrar (en este caso la ubicación del tumor se reducía solamente a la mucosa yugal con una pequeña prolongación hacia la fosa peté-rigo-maxilar . En oposición a un tiempo tan prolongado de evolución existe el caso de una paciente que refiere apenas un mes desde el inicio de la sintomatología. Los dos datos antes mencionados nos parecen de poca confiabilidad; y descartándolos hemos obtenido como promedio de evolución un tiempo de 14 meses.

8. EXAMENES COMPLEMENTARIOS PARA EL DIAGNOSTICO

Debido a los escasos recursos económicos con los que cuenta nuestro Hospital nos hemos visto impedidos de realizar todos los estudios que deberían conformar una batería completa de exámenes complementarios. Nos hemos visto obligados por lo tanto, a efectuar exclusivamente los exámenes elementales, con el objetivo de obtener datos relacionados con la extensión de la tumoración.

En contados casos hemos tenido la oportunidad de completar nuestros estudios con todos los exámenes adecuados.

En estos últimos, encontramos algunos datos que caben mencionar. Un ejemplo de esto es la imagen típica del penacho vascular que aparece llenando la rinofaringe en la arteriografía selectiva de la arteria Maxilar interna. Podemos anotar como dato curioso el hecho de que cuando al estudio antes referido lo hemos completado con una arteriografía selectiva de la arteria Carótida Interna, la vascularización del tumor se hallaba complementada por ramas de la arteria Oftálmica; lo cual explicaría el por qué la ligadura de la Carótida Externa no logra disminuir en forma adecuada el sangrado operatorio.

Cuando se ha realizado una TAC además de los datos obtenidos acerca de la invasión del tumor,

hemos visto un rechazo, sin destrucción, de las paredes del Seno Maxilar, lo cual lo convierte en una hendidura, detalle que muchas veces no se puede detectar en un estudio radiológico simple, en el cual parece haber más bien una invasión del tumor de la cavidad de dicho Seno.

En lo que se refiere a la biopsia preoperatoria del tumor creemos que éste constituye un examen muy peligroso y de poca utilidad, debido a las características de esta tumoración. En los casos en los que debido a la atipicidad, ya sea por la edad del paciente o por características clínicas extrañas a las clásicas del tumor, se ha necesitado realizarla, lo hemos hecho siempre en sala de operaciones, como creemos debe hacerse.

9. DIAGNOSTICO CLINICO

La gran mayoría de pacientes obtienen un diagnóstico correcto, tan sólo por las características clínicas del tumor. Existen sin embargo algunos casos en los que hemos tenido errores en el diagnóstico sobre todo en los inicios de este trabajo, debido a que estos pacientes presentaban una sintomatología y datos del examen físico que no eran muy compatibles con el diagnóstico de un Fibroangioma Juvenil. En un sólo, el diagnóstico inicial de fibroangioma juvenil fue cambiado por el estudio histopatológico, con el de un Linfosarcoma rinofaringe. En otros dos casos, el diagnóstico inicial fue de Carcinoma Invasor, y el examen anatómo-patológico demostró que se trataba de un Fibroangioma Juvenil.

10. TRATAMIENTO HORMONAL PREOPERATORIO

En varias publicaciones se afirma que un tratamiento realizado con hormonas antes de la cirugía del Fibroangioma Juvenil, podría disminuir en forma notoria el sangrado durante la intervención. En nuestra casuística hemos realizado tratamientos en algunos pacientes con Ayerogen en unos casos y con Dietil-Estil-Bestrol en otros; hemos comprobado que dicho tratamiento puede, en efecto, disminuir la hemorragia durante la evolución clínica de la enfermedad, pero en el acto operatorio mismo, no hemos encontrado realmen-

te ninguna diferencia en lo que se refiere al sangrado de aquellos pacientes que no lo recibieron. Es pues ésta la razón por la que hemos abandonado dicho tratamiento en todos los casos, dejando la administración de hormonas exclusivamente para aquellos casos en los que el paciente acude a nuestra consulta con epistaxis.

11. VIA DE ABORDAJE QUIRURGICO

Practicamente en todos los casos en que se ha hecho una intervención quirúrgica con la sospecha diagnóstica de un Fibroangioma Juvenil se ha optado por usar la vía transpalatina, que a nuestro criterio ofrece al cirujano un amplio campo operatorio y no deja en el paciente ningún problema de tipo estético postoperatorio. La incisión que inicialmente usábamos era de la Hara, la misma que luego ha sido cambiada por una incisión en Zeta.

Algunos autores sugieren que la mejor vía para la extirpación de un Fibroangioma Juvenil es la que nos ofrece una Rinotomía Lateral, sin embargo pensamos que el defecto estético que deja este tipo de incisión es muy grande, teniendo en cuenta, sobretudo que estos pacientes deben ser intervenidos quirúrgicamente, en muchas ocasiones, por algunas veces, debido a la frecuencia elevada de recidivas tumorales.

Los casos que en los cuadros estadísticos se mencionan fueron intervenidos a través de esta vía tuvieron como diagnóstico inicial preoperatorio el de un Carcinoma.

La intervención quirúrgica por vía exclusivamente transnasal se utilizó en aquel caso que mencionamos anteriormente en el que el tumor estaba localizado tan sólo en el área de Kiesselbach.

La extirpación digital, que en alguna ocasión nos pareció ser una maniobra quirúrgica adecuada para aquellos casos en los que el tumor era relativamente pequeño y no presentaba muchas adherencias, lo hemos tenido que abandonar definitivamente porque hemos tenido fracasos quirúrgicos e inclusive el fallecimiento de uno de nuestros pacientes.

En un caso único, nos hemos visto obligados a realizar una Hemimaxilectomía, ya que el paciente presentaba una invasión tan extensa y una destrucción masiva de las estructuras faciales. Los resultados postoperatorios en este paciente han sido satisfactorios, y en vista de que se trata de una tumoración benigna, pronto realizaremos la cirugía reparadora.

En aquel caso citado, en el que la tumoración se localizaba exclusivamente en la mucosa yugal con una pequeña prolongación que invadía la fosa Péterigo-Maxilar, la cirugía se realizó por vía transoral.

Una técnica que fue preconizada con gran entusiasmo hace algún tiempo, la ligadura de la arteria Maxilar Interna como un acto previo a la extirpación tumoral, intentando con ésto disminuir el sangrado, ha sido realizada también en algunos de nuestros pacientes; sin embargo hemos logrado comprobar que comparativamente, no existe realmente beneficio notable al realizar esta maniobra.

En resumen, creemos que la mejor vía de abordaje para este tipo de tumoración sigue siendo la transpalatina, combinándola en los casos que así lo requieren con intervenciones a través de las fosas nasales, del seno maxilar, o de otras vías en casos excepcionales en los que la invasión tumoral es muy extensa. No hemos tenido oportunidad de sumar al acto quirúrgico una embolización previa de la Artera Maxilar Interna, que se dice es una maniobra útil, debido a la falta de recursos con los que contamos en el Hospital.

12. PROMEDIOS DE HEMORRAGIA Y REPOSICION TRANSOPERATORIAS

Aunque existen autores que citan grandes hemorragias durante la extirpación del tumor, en la generalidad de los casos, hemos podido ver en nuestros pacientes que el promedio de sangrado es de aproximadamente 2.000 cc. Es verdad que en algunos casos la hemorragia fue muy abundante y sobretodo se produce en un período de tiempo muy corto, pero así mismo hemos visto casos en

los que realmente el sangrado fue muy escaso en relación a lo que se hubiera pensado que sería. En general hemos necesitado transfundir aproximadamente dos pintas de sangre para la reposición de la pérdida sanguínea.

13. PRINCIPALES HALLAZGOS QUIRURGICOS

En la mayor parte de los casos tratados se encontró a la tumoración llenando practicamente la Rinofaringe, y en muchos de ellos se pudo constatar que la tumoración nacía de uno de sus flancos, en contraposición a lo que se describe comunmente, que es el nacimiento a partir del techo de la Rinofaringe.

Los principales hallazgos durante la intervención se refieren casi en su totalidad a los sitios en los que se encontró a la tumoración, y son debidamente explicados en los cuadros adjuntos.

14. EVOLUCION POSTOPERATORIA

Luego de la cirugía, el paciente no presenta, en general, ninguna complicación grave; excepción hecha de aquel caso mencionado en el que el paciente falleció por una hemorragia postoperatoria fulminante.

En vista de que en varias ocasiones existían problemas para la cicatrización en el paladar, debido probablemente a la alimentación precoz que se le administraba nos vimos obligados a adoptar como una medida de rutina en el postoperatorio la colocación de una sonda Nasogástrica.

En la mayor parte de casos, así mismo, usamos una sonda de Foley para realizar el taponamiento posterior, excepto en aquellos casos en los que la cavidad operatoria fue muy grande, en los que preferimos dejar un taponamiento con gasa.

El taponamiento nasal anterior fue retirado a los cuatro días aproximadamente, y el posterior lo retiramos al 5to. ó 6to. día, si no existe absolutamente nada de sangrado al retirar el tapón anterior. El paciente es dado de alta aproximadamente ocho días después de la intervención quirúrgica.

El promedio de días de hospitalización que consta en el cuadro respectivo se refiere al tiempo que el paciente permanece en el Hospital desde su ingreso, e incluye un período de tiempo preoperatorio para la realización de los exámenes de laboratorio.

15. RECIDIVAS TUMORALES

Clasicamente se ha descrito este tumor con una muy elevada tendencia a recidivar, sin embargo en nuestro estudio hemos visto que tan sólo el 36 o/o del grupo de pacientes estudiados presentó recidiva de la tumoración.

El número máximo de intervenciones que se han tenido que realizar en un mismo paciente es el de cinco, sin que existan una relación directa entre edad, sexo, tratamiento hormonal o tipo de cirugía con el número de veces en las que volvió a aparecer la tumoración.

16. PRINCIPALES HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS.

De todos los informes anatómo-patológicos recibidos, sin hacer distinción entre aquellos casos en los que el tumor se había presentado por primera vez y en aquellos en los que habían varias recidivas, hemos sacado, lo que podríamos denominar un modelo histológico del Fibroangioma Juvenil. En los cortes realizados existe siempre una proliferación conjuntiva bastante densa, con fibras colágenas abundantes, mucha vascularización y rodeando a la masa tumoral se encuentra un epitelio de tipo respiratorio.

En algunas ocasiones se encuentran en varias zonas de Necrosis y hemorragia; ocasionalmente algunos de los vasos están trombosados. Se encuentra frecuentemente un infiltrado Linfoplasmocitario de diferente magnitud.

Los vasos sanguíneos incluidos en la tumoración son vasos de Neoformación y tienen paredes muy delgadas. No se encuentra en ellos la capa muscular, y cuando ésta existe es muy rudimentaria. Su calibre es muy variable de acuerdo al sitio de la tumoración en el que se encuentra, variando desde pequeños capilares hasta verdaderas

lagunas venosas.

Hemos visto en alguna publicación referencias acerca de una probable malignización del Fibroangioma Juvenil, mas en ninguno de los casos por nosotros estudiados existe algún dato que sugiera dicha malignización. Cabe recalcar que inclusive en los dos casos en los que se ha intervenido al paciente en cinco oportunidades la imagen histológica fue típica de un Fibroangioma Juvenil.

RESUMEN

Luego de la revisión que hemos hecho podemos concluir que el Fibroangioma Juvenil, es una patología más o menos frecuente en nuestro medio (aproximadamente dos casos por año), que se presenta en pacientes por lo general jóvenes (promedio de edad 19 años), pero que se puede encontrar en personas muy jóvenes y de edad-avanzada (9 años a 48 años); ataca casi siempre a individuos de sexo masculino (21 casos) pero puede también presentarse en mujeres (1 caso).

En su evolución natural, deberá considerarse como una patología de largo tiempo de duración, de ataque progresivo, casi nunca fatal y con una elevada tendencia a recurrir. No hemos podido comprobar en ningún caso que la tumoración pueda malignizarse.

Pensamos que el tratamiento ideal y único es el quirúrgico, con el cual se ha logrado erradicar total y definitivamente la tumoración en la mayor parte de casos (64 o/o).

La vía transpalatina resulta ser, a nuestro criterio, la más adecuada para realizar la intervención quirúrgica.

La casi totalidad de los pacientes presentan una evolución rápida, sin ningún tipo de complicaciones graves.

No hemos tenido disminución del sangrado transoperatorio ni con la administración de hormonas preoperatorias, ni con la ligadura de la arteria Maxilar Interna.

Quedan como incógnitas sin resolver tanto la Etiología de este tumor, como los factores que hacen que el mismo recidive en varias oportunidades.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ADAMS.: *Otorrinolaringología de Boies, Quinta Edición Española - Nueva Editorial Interamericana, México - 1981. Págs: 44 - 46 - 382.*
- 2.- CONDE JAHN, CHIOSSONE.: *Otorrinolaringología, Editorial Científico - Médica, Barcelona - 1972. Págs: 610 - 612*
- 3.- DE WESSE, SAUNDERS.- *Tratado de Otorrinolaringología, Tercera Edición Española, Editorial Interamericana, México - 1979. Págs. 83 - 84.*
- 4.- DIAZ, VIALE.- *Otorrinolaringología, Sexta Edición, Segunda reimpresión - Editorial el Ateneo, Buenos Aires - 1978. Págs. 159 - 160.*
- 5.- FARB.- *Otorrinolaringología, Editorial El Manual Moderno S.A., México - 1978. Págs. 159 - 160.*
- 6.- HARRISON.- *Medicina Interna - Cuarta Edición Española - Segunda reimpresión, La Prensa Médica Mexicana, México 1978. Págs. 115.*
- 7.- LEVY, PINTO.- *Otorrinolaringología Pediátrica, Nueva Editorial Interamericana, México - 1979. Págs: 380 y 395.*
- 8.- PRACY, SIEGLER, STELL.- *Oídos, Nariz y Garganta, -Primera Edición en Español- Segunda en Inglés, Compañía Editorial Continental S.A., México - 1978. Págs: 119.*
- 9.- PRADES.- *Microcirugía Endonasal de la Fosa Pterigomaxilar y del Meato Medio - Salvat Editores, barcelona - 1980. Pág: 91.*
- 10.- SABINSTON.- *Patología Quirúrgica de David Christopher, Sexta Edición en Español - Décima Edición en Inglés- Nueva Editorial Interamericana, México - 1974. Págs: 1172 - 1173.*
- 11.- SERRANO.- *Resúmenes Otorrinolaringológicos - Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador - Quito - 1978. Págs: 89 - 90.*
- 12.- NOREÑA.- *Acta Otorrinolaringológica de Colombia, págs. 123 - 127.*
- 13.- HOLGATE.- *The Otolaryngologic Clinics of North America, Volume II - Number 2 - June 1978. Pag: 457 a 475 - 477 a 499.*
- 14.- NAIDICH.- *Clínicas Médicas de Norte América, Volúmen 4 - 1979. Págs: 882 - 883.*
- 15.- AVELLANEDA TRASERRA.- *Acta Otorrinolaringológica Española - Año XXIX - Volúmen IV, Julio - Agosto 1978. Págs: 363 - 372.*
- 16.- TAXY.- *Cáncer, Volúmen 39 - Marzo 1977 Págs: 1044 - 1054.*

* Profesor Principal de la Cátedra de ORL de la Universidad Central del Ecuador y Jefe Departamental del Servicio de ORL del Hospital Eugenio Espejo en Quito- Ecuador.

** Profesor Auxiliar de la Cátedra de ORL de la Universidad Central del Ecuador. Médico Adscrito del Departamento de ORL del Hospital Eugenio Espejo en Quito - Ecuador.

*** Médico Ayudante del Departamento de ORL del Hospital Eugenio Espejo e Instructor ad-honorem de la Cátedra.
