

# Caso clínico

## Hemangiopericitoma nasal. Comunicación de un caso

Mónica López Corral\*

### Resumen

*El hemangiopericitoma es un tumor compuesto por redes de vasos capilares rodeados de células llamadas pericitos. Éstas se encuentran en todos los capilares y vénulas del organismo; por lo tanto, el tumor puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. Se comunica el caso de un paciente de 40 años de edad, sus datos clínicos, tomográficos y tratamiento.*

*Palabras clave:*

*hemangiopericitoma, tratamiento.*

### Abstract

*Hemangiopericytoma is a tumor of capillary vessel nets surrounded by cells called pericytes. These are found in all capillaries and venules of the organism; thus, this tumor may appear in any part of the body. The case of a male, 40-year-old patient is presented. His clinical and tomographic data and treatment are described.*

*Key words:*

*hemangiopericytoma, treatment.*

### Introducción

El hemangiopericitoma es un tumor compuesto por redes de vasos capilares rodeados de células llamadas pericitos. Éstas se encuentran en todos los capilares y vénulas del organismo; por lo tanto, el tumor puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, aunque representa una pequeña minoría con respecto a los tumores vasculares (1%).<sup>1</sup>

Aparece con mayor frecuencia en personas adultas, sólo 5 a 10% en niños, sin predilección por el sexo.<sup>2,3</sup> La media de edad es a los 45 años<sup>4,5</sup> y la localización más frecuente es en las extremidades inferiores, la fosa pélvica y la región retroperitoneal.<sup>6</sup> Su presencia en la cabeza y el cuello representa 16 a 25% de los casos diagnosticados, de los cuales 5% aparecen en la fosa nasal, boca y faringe, y 2.5% en la nasofaringe y los senos paranasales.<sup>7,8</sup>

### Caso clínico

Hombre de 40 años de edad, católico, escolaridad secundaria, comerciante, casado, originario y residente del DF, sin antecedentes heredofamiliares de importancia; hábitos higiénico-dietéticos regulares en calidad y cantidad. Tabaquismo desde los 15 años de edad hasta la fecha (cinco cigarrillos al día). Alérgico a la penicilina.

Inició su padecimiento actual tres meses antes de ingresar al servicio médico, con obstrucción nasal de la fosa izquierda, de inicio gradual y progresivo, parcial e intermitente, que se tornó bilateral y constante, sin llegar a ser total, concomitante con respiración oral. Desde la misma fecha refirió cuadros de epistaxis (una vez por semana) que se detenían con la compresión externa. Una semana antes de su ingreso tuvo episodios de epistaxis diariamente, de moderada cantidad, que requirieron taponamiento nasal anterior en dos ocasiones.

\* Médico especialista en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, Hospital General de México.

**Correspondencia:** Dra. Mónica López Corral. Tres Reyes 50, colonia Granjas Navidad, CP 05219, México, DF.

E-mail: monilopezcorral@hotmail.com

Recibido: abril, 2008. Aceptado: mayo, 2008.

Este artículo debe citarse como: López CM. Hemangiopericitoma nasal. Comunicación de un caso. An Orl Mex 2008;53(3):134-6.

En el examen físico se encontraron los siguientes signos vitales: tensión arterial, 120/70 mmHg; frecuencia cardiaca, 80 latidos por minuto; frecuencia respiratoria, 16 respiraciones por minuto, y temperatura, 36.5°C. La edad biológica coincidió con la cronológica. El paciente se encontraba conciente, despierto, con adecuada coloración e hidratación, bien conformado y actitud libremente escogida. En la exploración de oídos: conductos aéreos permeables, membranas timpánicas íntegras, opacas, sin abombamientos ni retracciones, se observó proceso corto y mango del martillo, no móviles a la maniobra de Valsalva. Nariz: pirámide central, dorso regular, con discreto edema, sin cambios en la piel suprayacente y ángulo nasolabial recto. La rinoscopia anterior mostró una tumoración en el área III y 50% del área IV, de superficie lisa, coloración violácea, aspecto polipoide, bien delimitada, friable y fácilmente sangrante. La rinoscopia posterior no mostró alteraciones. Cavity oral sin cambios. El cuello: tráquea central desplazable a la deglución, moore positivo, no se palpó la glándula tiroidea, ni adenomegalias. Área cardiopulmonar y abdominal sin alteraciones.

Al ingresar a servicio médico se realizaron exámenes de laboratorio, cuyos resultados fueron los siguientes: biometría hemática: leucocitos,  $8.0 \times 10^3/uL$ ; eritrocitos,  $4.39 \times 10^3/uL$ ; hemoglobina, 12.3 g/dL; hematócrito, 38.3%; volumen corpuscular medio, 87 fL; hemoglobina corpuscular media, 28.0 pg; plaquetas,  $339 \times 10^3/uL$ ; neutrófilos, 62.1%; linfocitos, 25.1%; monocitos, 8.5%; eosinófilos y 3.7%; basófilos, 0.6%. Química sanguínea: glucosa, 108; urea, 23; creatinina, 0.85; proteínas totales, 7.41; albúmina, 4.38 y calcio de 9.42 mg/dL; TGO, 24.4; TGP, 21.4 y ALP, 113 UI. Tiempo de protrombina, 15.5 seg (68%), testigo 12.5 seg (100%); tiempo de trombosplastina, 33.5 seg, testigo 22 a 33 seg; IRN de 1.29.

La tomografía axial computada de nariz y senos paranasales con medio de contraste mostró, en fosa nasal izquierda (cortes axiales), densidad de tejidos blandos que obstruía el ático, se extendía hacia la región anterior de área IV (figura 1A), misma que se reforzaba con el medio de contraste (figura 1B). En los cortes coronales se observó la obstrucción del meato medio, sin reestructuración ni erosión de las estructuras óseas circundantes (figura 2A) y reforzamiento moderado con el medio de contraste (figura 2B).

Con los hallazgos obtenidos se decidió efectuar la extirpación quirúrgica, con anestesia general, por vía endoscopia nasal. El informe histopatológico coincidió con el diagnóstico de hemangiopericitoma.

## Conclusión

Desde el punto de vista histopatológico, el hamangiopericitoma puede confundirse con otros tumores, como el angiosar-



Figura 1A.



Figura 1B.



Figura 2A.



Figura 2B.

coma, tumor glómico, leiomioma e histiocitoma fibroso. Para diferenciarlos se requieren las técnicas de microscopía electrónica e inmunohistoquímica; sin embargo, no proporcionan información relacionada con el comportamiento biológico de la lesión. El tratamiento de elección consiste en extirpación quirúrgica, cuyo pronóstico es favorable. La mayoría de los pacientes requerirán control del factor vascular con embolización arterial, mínimo dos días antes de intervenir, debido a la gran vascularización y tamaño del tumor. La recurrencia se relaciona con la extirpación quirúrgica incompleta, que puede ocurrir en 8 a 53% de los casos. Las vías de abordaje incluyen la transnasal, paralateronasal o transpalatina.<sup>9</sup>

## Referencias

1. Moriya S, Tei K, Notani K, Shindoh M. Malignant hemangiopericytoma of the head and neck: a report of 3 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59: 340-5.
2. Marianowski R, Wassef M, Herman P, Huy PT. Nasal hemangiopericytoma: report of two cases with literature review. *J Laryngol Otol* 1999;113:199-206.
3. Prakasha B, Jacob R, Dawson A, Joannides T. Hemangiopericytoma diagnosed from a metastasis 11 years after surgery for "atypical meningioma". *Br J Radiol* 2001;74:856-8.
4. Herve S, Abd Alsamad I, Beautru R, Gaston A, et al. Management of sinonasal hemangiopericytomas. *Rhinology* 1999;37:153-8.
5. Sabini P, Josephson GD, Yung RT, Dolitsky JN. Hemangiopericytoma presenting as a congenital midline nasal mass. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;124:202-4.
6. Maniglia AJ, Phillips DA. Midfacial degloving for the management of nasal sinus, and skull-base neoplasms. *Otolaryngol Clin North Am* 1995;28:1127-43.
7. Celedón C, Sepúlveda JC. Hemangiopericytoma etmoidal. *Rev Otorrinolaringol Cir Cuello* 1996; 56: 31-34.
8. De Miguel Garcia F, Bori Aiguabella MA, Horndler Argarate C, Ortiz Garcia A, Mateo Blanco A. Nasal hemangiopericytoma. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1991;42(1):71-74.
9. Al-Khalifa S, Paulose KO, Shenoy P, Sharma R. Hemangiopericytoma of the nasal septum. *J Laryngol Otol* 1998;102(12):1161-3.