

Hemangiopericitoma nasal

Luis Humberto Govea Camacho,* Alfonso Jaramillo León,† Felipe Palma Paulo,§
Ramón Pérez Ramírez,|| Claudia Janet Jiménez Sala,¶ Teresita Plascencia Ortiz**

Resumen

El hemangiopericitoma es un tumor poco frecuente con potencial maligno. Alrededor de 1,000 casos se han reportado en la literatura hasta la fecha. La presentación en nariz y senos paranasales es extremadamente baja. Se reporta el caso de un paciente masculino de 55 años de edad, enviado a nuestro Servicio después de cuatro meses de evolución por epistaxis recurrente y obstrucción de la fosa nasal derecha. A la exploración se encontró una tumoración en la fosa nasal derecha dependiente de la cabeza del cornete medio, la cual contactaba con el séptum nasal. En un estudio tomográfico se observó imagen isodensa a tejidos blandos, ocupando parcialmente la fosa nasal derecha, sin erosión ósea ni infiltración a los tejidos blandos. Fue manejado quirúrgicamente por vía transnasal de forma endoscópica, realizando una escisión completa de la tumoración, con sangrado transoperatorio de 750 mL, el cual requirió taponamiento anterior y posterior derecho. Como hallazgo postquirúrgico se encontró una tumoración de 2 por 3 cm, redondeada y blanda; el resultado histopatológico reportó lesión tumoral con un rico entramado vascular, arborescente, con células endoteliales aplanadas; las técnicas de inmunohistoquímica mostraron una inmunoeexpresión de vimentina y actina CD34 limitada sólo al endotelio. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica con seguimiento clínico y tomográfico por varios años, por la alta recidiva y grado de malignidad.

Palabras claves: Hemangiopericitoma, tumor vascular, cavidad nasal.

Abstract

Hemangiopericytoma is a rare tumor with malignant potential. About 1,000 cases have been reported in the literature up to date. The presentation in the nose and paranasal sinuses is extremely rare. We report the case of male patient 55 years old, who has been sent to our Service after 4-month history of recurrent bleeding nose and obstruction of right cavity is presented. On physical exam we found tumor in right cavity dependent of head middle turbinate which contacted the nasal septum. In the radiographic study it is observed soft tissue isodense partially occupying the right cavity without bone erosion or soft tissue infiltration. Was handled via transnasal surgery endoscopically, making complete tumor cleavage with intraoperative bleeding of 750 mL, which required anterior and right posterior packaging. The histopathological study reported loss of 2 by 3 cm, rounded, soft

www.medigraphic.org.mx

* Médico Otorrinolaringólogo y Cirugía de Cabeza y Cuello, Maestro en Ciencias. Universidad de Guadalajara.

† Médico Otorrinolaringólogo y Cirugía de Cabeza y Cuello.

§ Médico en Comunicación, Audiología y Foniatría. Servicio de Audiología, Foniatría.

|| Médico Residente de tercer año. Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

¶ Médico Residente de segundo año. Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

** Médico adscrito de Anatomía Patológica.

with rich vascular network, arbores with flattened endothelial cells, immunohistochemical techniques showed immunoexpression of vimentin and actin, CD34 limited only to the endothelium. The treatment of choice is surgical removal with clinical monitoring and tomography for several years because of the high recurrence and degree of malignancy.

Key words: *hemangiopericytoma, vascular tumor, nasal cavity.*

Introducción

El hemangiopericitoma es un tumor de origen vascular poco común descrito por primera vez por Stout y Murra en 1942.¹ Es un tumor poco frecuente con potencial maligno. Se han reportado, hasta la fecha, alrededor de 1,000 casos.⁴ Pueden surgir en cualquier parte del cuerpo; sólo el 15-30% se encuentra en la región de la cabeza y el cuello. De éstos, apenas el 5% se localiza en las cavidades nasosinuales, caracterizándose en esta zona por su naturaleza más benigna, con baja tendencia a metástasis. Sin embargo, tiene una tasa de recurrencia de aproximadamente el 25% a este nivel.³ La edad más frecuente de aparición es entre los 40-60 años, y no hay diferencia en cuanto al género. Son indoloros en su crecimiento y la clínica más frecuentemente producida es la epistaxis y la obstrucción nasal. Puede confundirse macroscópicamente con poliposis nasosinusal.² El diagnóstico definitivo se obtiene al extirpar y analizar la lesión mediante microscopía óptica. En nuestro caso se observa una lesión encapsulada, con infiltrado celular muy denso formado por pericitos, células de límites mal definidos, núcleos pequeños y ovoideos y citoplasma rosado. Las células están dispuestas en fascículos cortos y estrechos y rodeadas por una gran cantidad de capilares con una llamativa hialinización perivascular, lo que es muy característico de este tumor. Es también muy característico que estos vasos presenten ramificaciones irregulares en «asta de ciervo».⁵

Caso clínico

Hombre de 55 años de edad, hipertenso en control médico. Antecedente quirúrgico de colecistectomía. Es enviado a nuestro Servicio después de cuatro me-

ses de evolución por presentar epistaxis recurrente y obstrucción de la fosa nasal derecha. Después de ser valorado en otro nosocomio, es remitido a nuestro Servicio para corroborar la valoración y aplicar un tratamiento especializado, pues en la exploración se encontró una tumoración en la fosa nasal derecha dependiente de la cabeza del cornete medio, la cual contactaba con el séptum nasal. Se realizó un estudio tomográfico donde se observó imagen isodensa a tejidos blandos ocupando parcialmente la fosa nasal derecha, sin erosión ósea o infiltración a otros tejidos (*Figuras 1 y 2*).

Se decide su intervención quirúrgica, vía transnasal endoscópica, con escisión completa de dicha tumoración y sangrado transoperatorio de



Figura 1. Tomografía de nariz y senos paranasales, corte axial preoperatorio.

750 mL, el cual requirió taponamiento anterior y posterior derecho. El estudio histopatológico reportó una tumoración de 2 por 3 cm encapsulada, redondeada, blanda; en la microscopía electrónica se observó un rico entramado vascular, arborescente, con células endoteliales aplanadas por una gran cantidad de capilares con hialinización

perivascular, así como ramificaciones irregulares en asta de ciervo; las técnicas de inmunohistoquímica mostraron una inmuoexpresión de vimentina y actina, CD34 limitada sólo al endotelio, confirmando el diagnóstico de hemangiopericitoma (*Figura 3*).

Discusión

El hemangiopericitoma nasal representa el 5% de todos los hemangiopericitomas, siendo la localización más frecuente a nivel de cabeza y cuello. Es un tumor vascular originado en los pericitos de los capilares, cuya etiología no está claramente establecida, aunque se han mencionado algunos factores de riesgo como traumatismos, cambios hormonales, tratamiento corticoideo e hipertensión arterial.^{2,3} Clínicamente se puede presentar con epistaxis y obstrucción nasal. El dolor aparece raramente y tiene que ser considerado como signo de infiltración local. Puede confundirse con un pólipo nasal inflamatorio, siendo un error tomar biopsia

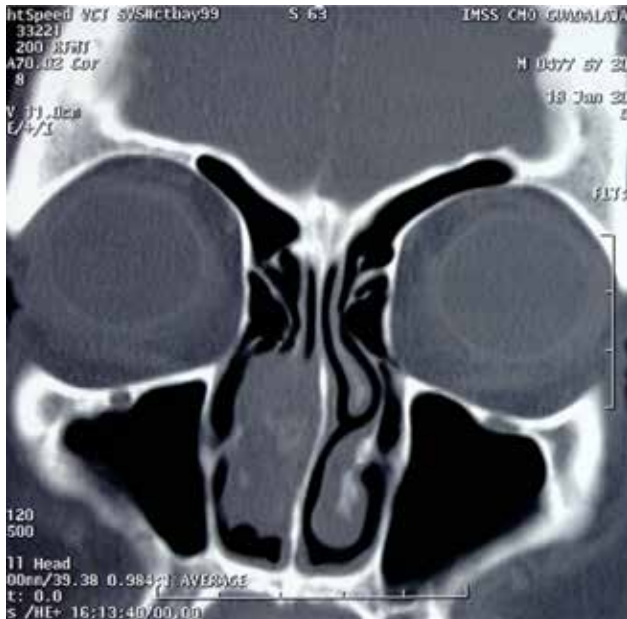


Figura 2. Tomografía de nariz y senos paranasales, corte coronal preoperatorio.



Figura 3. Tumoración nasal macroscópica.

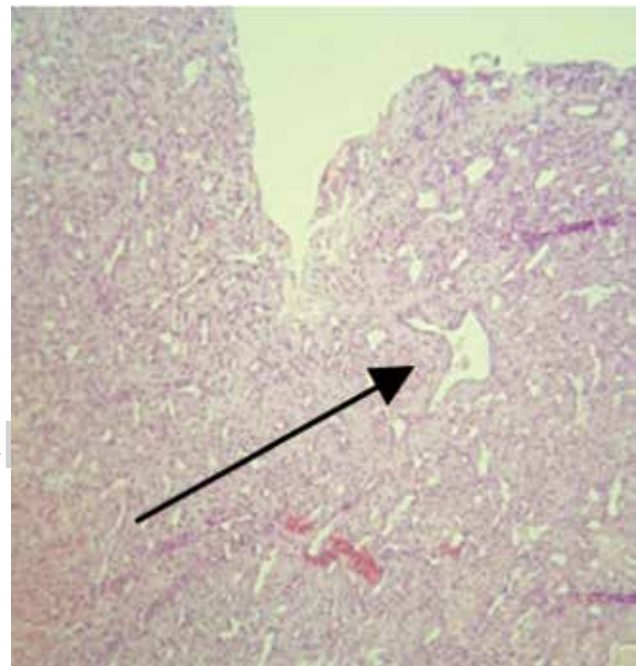


Figura 4. Corte histopatológico en el cual se observa el asta de ciervo (flecha).



Figura 5. Tomografía computarizada de nariz y senos paranasales, a dos años del postquirúrgico.

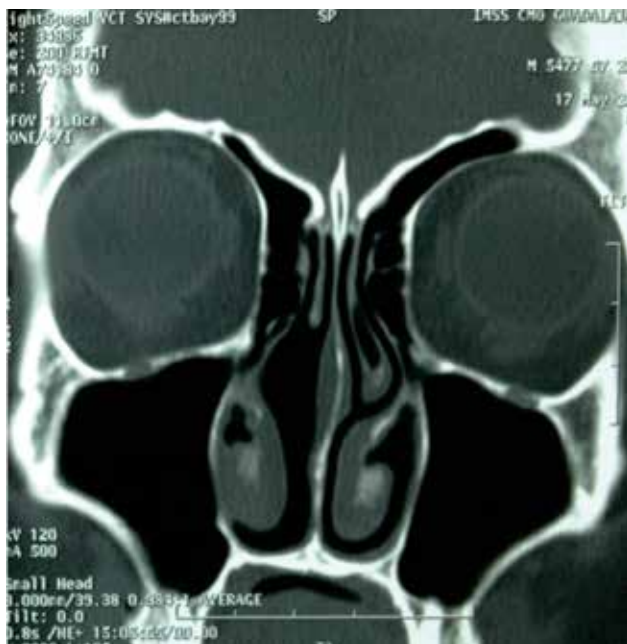


Figura 6. Tomografía computarizada de nariz y senos paranasales, corte coronal, a dos años del postquirúrgico.

con anestesia local por el sangrado importante que se ocasiona.⁶

Debe realizarse un examen radiológico mediante tomografía computarizada (TC) y/o resonancia magnética nuclear (RMN) de nariz y senos paranasales. En nuestro caso se observan, en la primera imagen isodensa, tejidos blandos con realce importante a la administración del medio de contraste, y destrucción ósea, lo cual sugiere malignidad del tumor; sin embargo, dicho estudio no permite una clara diferenciación entre la masa tumoral y el líquido inflamatorio de los senos paranasales obstruidos. Por lo tanto, se recomienda realizar una RMN, en la cual el hemangiopericitoma aparece como una masa sólida, isointensa, con realce importante después de la administración de gadolinio. En estos tumores, al ser muy vascularizados, idealmente se requiere una angiografía para localizar los vasos nutricios y embolizar prequirúrgicamente dicha tumoración.³

El tratamiento de elección es la resección completa de la tumoración, disminuyendo de esta forma la recidiva. Otras modalidades de tratamiento son la radioterapia y la quimioterapia. Todos los datos disponibles se basan en estudios retrospectivos con un número reducido de casos reportados. La quimioterapia muestra una efectividad limitada y se indica como tratamiento paliativo en el caso de los tumores inoperables o metastásicos. El metotrexato, la ciclofosfamida, la vincristina y la adriamicina pueden conducir a una remisión parcial. La radioterapia, como tratamiento primario del hemangiopericitoma de cualquier localización, ha tenido un éxito muy limitado y se asocia con una tasa de recurrencia del 87.6% durante los primeros cinco años, en comparación con una tasa de recurrencia del 47% posterior a la resección como tratamiento primario. Por lo tanto, la radioterapia combinada con la quimioterapia se recomienda para los tumores irresecables y/o recurrentes.³

Conclusiones

En nuestro caso, no se completó el protocolo de estudio (imagen de resonancia magnética y angiografía con embolización preoperatoria), ya que el pacien-

te exigió el manejo quirúrgico, adelantando la fecha operatoria. Además, la TC se solicitó contrastada, con poco realce de la tumoración, esto tal vez debido a que el contraste aplicado fue escaso. No se pensó en la tumoración vascular; por tal motivo, el sangrado transoperatorio fue de 750 mL y requirió taponamiento anterior y posterior. Se le ha dado seguimiento nasoendoscópico y tomográfico de forma semestral, sin mostrar recidiva a los dos años del postoperatorio (*Figuras 4, 5 y 6*).

BIBLIOGRAFÍA

1. Stout AP, Murray MP. Hemangiopericytoma. A vascular tumor featuring Zimmerman's pericytes. *Annals of Surgery*. 1943 116 (1): 26-33.
2. Santos GP, Muñoz HA, Paniagua-Escudero JC, Del Pozo de Dios JC, De la Fuente CR. Hemangiopericitoma nasosinusal. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *ORL Aragón*. 2010; 13 (2): 24-26.
3. Ledderose GJ, Gellrich D, Holtmannspötter M, Leunig A. Endoscopic resection of sinonasal hemangiopericytoma following preoperative embolization: a case report and literature review. *Hindawi Publishing Corporation*. 2013; 7. ID 796713.
4. Li XD, Jiang JT, Wu CP. Combined therapy against recurrent hemangiopericytoma: a case report. *Cancer Biol Med*. 2012; 9: 141-143. doi 10.3969/j.issn.2095-3941.2012.02.012.
5. Moreno BA, Collado JIA, García AU, Sánchez RA, Vallés VH. Hemangiopericitoma nasosinusal. *ORL Aragón*. 2010; 13 (1): 21-23.
6. Weber W, Henkes H, Metz KA, Berg-Dammer E, Kühne D. Haemangiopericytoma of the nasal cavity. *Neuroradiology*. 2001; 43 (2): 183-186.

Correspondencia:

Luis Humberto Govea Camacho

Dirección: Belisario Domínguez 1000;
colonia Independencia, Guadalajara, Jalisco.
E-mail: lhgoveja@yahoo.com