



CASO CLÍNICO

Hemangioma de seno maxilar

Beatriz Rodríguez-Caballero^{a,*}, Fe García-Reija^a, Roberto Megía^b y Ramón C. Saiz-Bustillo^a

^aServicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

^bServicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

Recibido el 19 de septiembre de 2008; aceptado el 28 de noviembre de 2008

Disponible en Internet el 18 de septiembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Tumores
maxilares;
Hemangioma

KEYWORDS

Maxillary tumours;
Haemangioma

Resumen

Paciente de 71 años de edad, sin antecedentes clínicos de interés, valorada por una masa en el hemimaxilar superior izquierdo de 6 meses de evolución. La tomografía computerizada y la resonancia magnética mostraron una lesión de $7,7 \times 6,9 \times 4,7$ cm en el seno maxilar izquierdo. La biopsia escisional confirmó el diagnóstico de hemangioma. © 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Maxillary sinus haemangioma

Abstract

We report the case of 71-year-old woman with no prior history who had a left maxillary mass for 6 months. Axial Tomography and Nuclear Magnetic Resonance revealed a lesion of $7.7 \times 6.9 \times 4.7$ cm in the left maxillary sinus. Excisional biopsy confirmed the diagnosis of haemangioma.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los hemangiomas son tumores vasculares benignos caracterizados por una rápida proliferación vascular. Actualmente las lesiones vasculares se dividen en hemangiomas, malformaciones vasculares o linfáticas¹.

La principal diferencia entre los hemangiomas y las malformaciones vasculares radica en que solamente en los primeros el recambio celular está aumentado.

Además, encontramos diferencias en su comportamiento biológico; las malformaciones vasculares, presentes ya al nacimiento, crecen rápidamente y no involucionan espontáneamente. En cambio, los hemangiomas, presentes en un 80% de los casos al nacimiento, sufren un crecimiento rápido los primeros 12 meses de vida y una regresión lenta a partir de esa edad, y concluyen con mínimas deformidades^{1,2}.

A pesar de la alta incidencia de hemangiomas de cabeza y cuello (el 60% del total), los localizados en la región nasosinusal son poco frecuentes, y concretamente los originados en la mucosa sinusal, como es el caso que presentamos, son extremadamente raros³.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: BeroCa8@yahoo.es (B. Rodríguez-Caballero).

Caso clínico

Mujer de 71 años, valorada en las consultas de cirugía oral y maxilofacial por una tumoración en el maxilar superior derecho, de 6 meses de evolución, según refiere.

La paciente presentaba como único síntoma ligera epífora del ojo derecho.

En la exploración física intraoral se apreció una tumoración depresible, localizada en el maxilar superior derecho, que destruyendo la cortical ósea protruía en la mucosa vestibular. Extraoralmente producía deformidad y asimetría evidentes (fig. 1).

En la fibroscopia se observaba la fosa nasal derecha completamente ocluida por desplazamiento de la pared lateral nasal. La mucosa y los cornetes eran de aspecto normal. En la ortopantomografía (OPG) se apreciaba una lesión uniloculada y radiotransparente que ocupaba todo el seno maxilar derecho. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) (fig. 2) describían una tumoración de 7,7 × 6,9 × 4,7 cm, con signos de expansividad y densidad heterogénea, que ocupaba el seno maxilar derecho y el proceso alveolar del maxilar extendiéndose a la órbita y las celdillas frontales, etmoidales y esfenoidales de ese lado. Según esos resultados, no era posible establecer el carácter de la lesión maxilar, que podría corresponder tanto a una tumoración benigna sobreinfectada como a una tumoración maligna con áreas centrales de necrosis. La RM corporal no objetivaba otras alteraciones. Se realizó biopsia incisional (con anestesia local y en consulta, ya que no había datos previos que indicaran que la lesión fuera de origen vascular), cuyo resultado no fue concluyente según el estudio anatomopatológico.

La paciente fue intervenida con anestesia general mediante un abordaje Caldwell-Luc para la extirpación de la tumoración en su totalidad.

El estudio histológico definitivo confirmó en el tejido proliferación vascular compatible con hemangioma.



Figura 1 Imagen de la paciente con una clara asimetría facial.



Figura 2 Resonancia magnética que muestra la enorme tumoración maxilar derecha.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, pues desapareció la epífora y se recuperó la simetría facial. Dos años tras la intervención, no se observan signos de recidiva.

Discusión

Los hemangiomas son los tumores más frecuentes de la infancia. Aproximadamente el 60% se localiza en cabeza y cuello, ya sea a nivel cutáneo o mucoso o en estructuras más profundas, como músculo o hueso^{4,5}.

Los hemangiomas nasosinuales, a diferencia del resto, aparecen en la edad adulta y no involucionan espontáneamente, por lo que comprimen y destruyen estructuras cercanas³. La edad de presentación más común es la cuarta década de la vida. Son más frecuentes en mujeres (3:1)^{1,6}.

Los síntomas más frecuentes cuando el hemangioma se sitúa en la región nasal son la epistaxis y la obstrucción nasal. En cambio, cuando la localización es el seno maxilar, el cuadro suele ser asintomático. Otros posibles síntomas son el dolor local o las gingivorragias.

Debemos realizar el diagnóstico diferencial con otras tumoraciones típicas de las cavidades sinusales, tanto benignas como malignas (quistes maxilares, papilomas invertidos, mucocelos, malformaciones y otros tumores vasculares)⁷.

En la radiología simple encontraremos una ocupación sinusal por una masa de densidad grasa. La TC y la RM definen la extensión de la tumoración y la posible afección de estructuras cercanas, y ayudan al diagnóstico diferencial con las malformaciones vasculares^{8,9}. Se utiliza la RM para descartar afección visceral¹. La arteriografía está indicada en raras ocasiones; se realiza en los casos en que, bien por un excesivo tamaño de la lesión para el abordaje quirúrgico, bien por repercusiones sistémicas importantes,

valoremos la posibilidad de una embolización como parte del tratamiento¹⁰.

El diagnóstico de certeza se da por la biopsia (incisional cuando la localización sea accesible y excisional en el mismo tiempo quirúrgico que el tratamiento en los de gran tamaño o localizaciones más profundas).

Es indicación de tratamiento cualquier complicación como el sangrado, la infección, la compresión de estructuras cercanas o las deformidades óseas secundarias, así como el estrés psicológico.

Hay gran variedad de tratamientos. Entre los no invasivos, encontramos los corticoides (sistémicos o intralesionales) y el interferón alfa-2, cuyos resultados son aceptables pero no exentos de efectos secundarios¹. En tumores de gran tamaño que afectan a estructuras vitales como la base del cráneo o en los que no haya evidencia de extirpación completa, se ha descrito el tratamiento mediante radioterapia, aunque su utilidad está en discusión¹⁰.

Entre los tratamientos invasivos, el quirúrgico es el de elección. El abordaje se ha de adecuar a la localización y el tamaño tumoral. Se puede optar entre técnicas menos agresivas, como la cirugía endoscópica, y técnicas más cruentas, como el abordaje de Caldwell-Luc o la hemimaxilectomía con reconstrucción en casos con afección maxilar más extensa¹¹. La complicación más importante durante la intervención es el sangrado.

Si hay evidencia (mediante una arteriografía previa) de un vaso nutricio de buen calibre, se puede realizar embolización antes de la cirugía, con el fin de disminuir al máximo el tamaño de la tumoración^{12,13}.

Técnicas como la fotocoagulación o la crioterapia no se han demostrado efectivas en áreas de la profundidad del seno maxilar¹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kendel J. Vascular anomalies and lymphedema. *Selected Readings in Plastic Surgery*. 2000;9.
2. Eniolas O, Mulliken JB. Vascular tumors and vascular malformations (new issues). *Adv Dermatol*. 1997;13:375-423.
3. Engels T, Schorner W, Felix R, Witt H, Jahnke V. Kavernoses hemangiomas des sinus maxillaries. *HNO*. 1990;38:342-4.
4. Raboso E, Rosell A, Plaza G, Martínez-Vidal A. Haemangioma of the maxillary sinus. *J Laryngol Otol*. 1997;111:638-40.
5. Jammal H, Barakat F, Hadi U. Maxillary sinus cavernous hemangioma: a rare entity. *Acta Otolaryngol*. 2004;124:331-333.
6. Batsakis JG, Rice DH. The pathology of head and neck surgery tumors: vasoformative tumors. *Head Neck Surg*. 1981;3:231-9.
7. Silver A, Baredes S, Bello JA, Blitzer A, Hilal SK. The opacified maxillary sinus: CT findings in chronic sinusitis and malignant tumors. *Radiology*. 1987;163:205-10.
8. Som P, Shapiro MD, Biller HF, Sasaki C, Lawson W. Sinonasal tumors and inflammatory tissues: differentiation with MR imaging. *Radiology*. 1988;167:803-8.
9. Afshin H, Sharmin R. Hemangioma involving the maxillary sinus. *Oral Surg*. 1974;38:204-8.
10. Lahoz Zamarro MT, Galve Royo A. Hemangioma cavernoso de seno maxilar. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 1990;41:197-9.
11. Shikhani A, Shehadi S. Surgical treatment of giant hemangiomas of the head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1986;94:113-22.
12. Biller H, Krespy Y, Soom P. Combined therapy for vascular lesions of the head and neck with intra-arterial embolization and surgical excision. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1982;90:37-42.
13. Hyung-Jin Kim, Jung Hee Kim, Jae Hyoung Kim, Eui Gee Hwang. Bone erosion caused by sinonasal cavernous hemangioma: CT findings in two patients. *AJNR*. 1995;16:1176-8.