

# Hemangioma cavernoso rinofaríngeo - Presentación de un caso y revisión de literatura

## Cavernous hemangioma of the rhinopharynx - Case report and literature review

Allison Báez G.<sup>1</sup>, Fernando Cotroneo O.<sup>2</sup>, Ilson Sepúlveda A.<sup>3</sup>, Thomas Schmidt P.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Otorrinolaringología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

<sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción, Chile.

<sup>3</sup>Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Regional Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile.

Recibido el 08 de noviembre de 2024. Aceptado el 07 de abril de 2025.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Correspondencia: Thomas Schmidt P. Servicio de

Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente San Martín 1436, Concepción Email: schimntp@udec.cl

### Resumen

Los hemangiomas son tumores benignos que se originan en tejidos vasculares. Aunque estos tumores son lesiones comunes de la cabeza y el cuello, rara vez ocurren en las fosas nasales y los senos paranasales. Los hemangiomas cavernosos de la pared lateral de la nasofaringe son muy poco frecuentes, se han descrito a nuestro saber menos de 40 casos. Presentamos un caso de una mujer de 47 años que acudió a nuestra institución con antecedentes de obstrucción nasal de 8 meses de evolución e hipoa-cusia, junto a su estudio endoscópico e imagenológico. Se discutió el caso en nuestro Comité de Base de Cráneo, decidiendo su resección quirúrgica sin embolización previa, realizando mediante vía transnasal endoscópica la escisión completa. El análisis histopatológico confirmó un hemangioma cavernoso. A la fecha no se ha observado una recurrencia.

**Palabras clave:** Hemangioma cavernoso, epistaxis, rinofaringe, resección endoscópica transnasal.

### Abstract

*Hemangiomas are benign tumors that originate in vascular tissues. Although these tumors are common lesions of the head and neck, they rarely occur in the nasal passages and paranasal sinuses. Cavernous hemangiomas of the lateral wall of the nasopharynx are very rare; to our knowledge, less than 40 cases have been described. We present the case of a 47-year-old woman who came to our institution with an 8-month history of nasal obstruction and hearing loss, along with endoscopic and imaging studies. The case was discussed in our Skull Base Committee, and a decision was made to perform surgical resection without prior embolization, performing complete excision by endoscopic transnasal route. Histopathological analysis confirmed a cavernous hemangioma. To date, no recurrence has been observed.*

**Keywords:** Cavernous hemangioma, epistaxis, rhinopharynx, transnasal endoscopic resection.

### Introducción

Los hemangiomas corresponden a tumores fibrovasculares benignos que ocurren comúnmente en edades tempranas de vida. Más del 75% están presentes al nacimiento, pero la mayoría involuciona espontáneamente antes de la adultez. Histológicamente pueden clasificarse en capilares, cavernosos o mixtos<sup>1</sup>.

Los hemangiomas cavernosos (HC) se ubican en estructuras como la base del cráneo lateral, glándula parótida, lengua, laringe o superficies cutáneas, y normalmente no afectan las fosas nasales ni los senos paranasales, siendo estos considerados extremadamente raros, reportándose en la literatura menos de 40 casos a nivel mundial hasta la fecha, por lo cual la evidencia disponible es limitada<sup>2</sup>.

Dado lo anterior, presentamos un caso de un HC de la rinofaringe, describiendo su clínica, hallazgos imagenológicos y endoscópicos, su resolución quirúrgica junto a la confirmación histopatológica, y su seguimiento posterior.

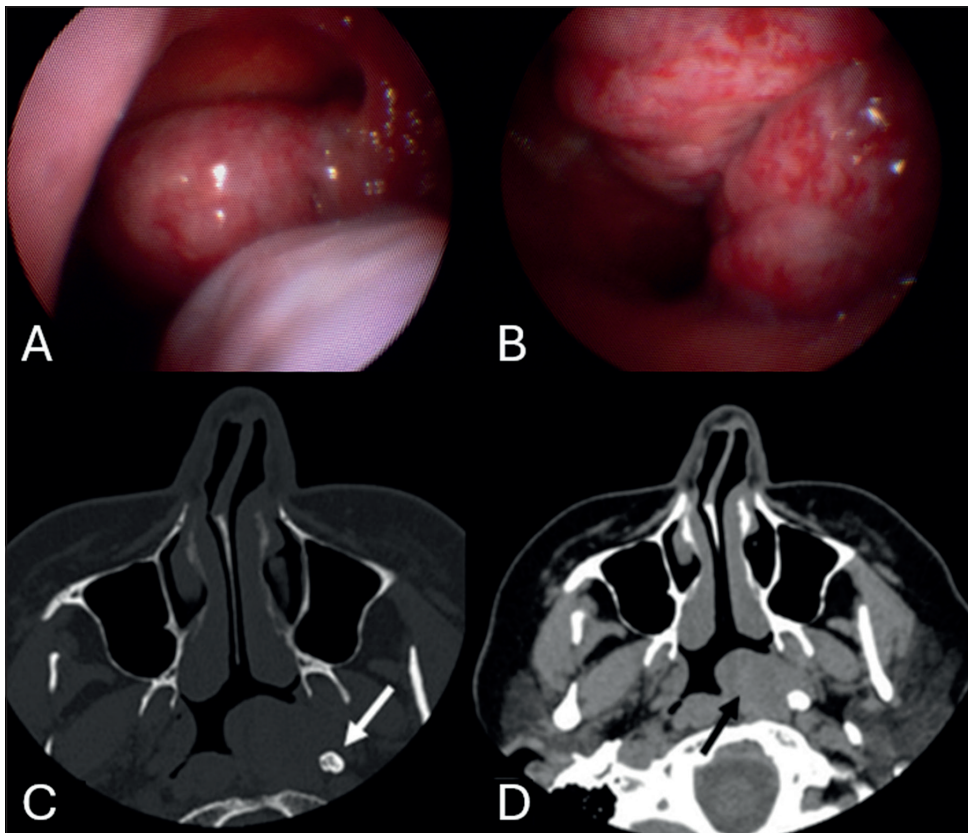
### Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 47 años. Cuenta con antecedentes médicos de Síndrome de Rokitansky Kuster Meyer, en seguimiento por ginecología y endocrinología, además de hipotiroidismo en tratamiento.

Fue derivada a nuestro centro por cuadro de 8 meses de evolución de obstrucción nasal unilateral izquierda, asociado a plenitud aural

ipsilateral y cefalea intermitente. Sin epistaxis ni otros síntomas. Al examen físico otorrinolaringológico, las fosas nasales están normales. En la otoscopia, sólo destaca opacidad de su membrana timpánica izquierda. En orofaringe se observa abombamiento del paladar blando a izquierda. No se palpan adenopatías ni aumentos de volumen cervicales.

En la nasofaringolaringoscopia se observa una lesión expansiva de aspecto vascular en rinofaringe izquierda. Para caracterizar su extensión, se solicitan imágenes. El Scanner de cavidades paranasales (TAC CPN) destaca una lesión expansiva de partes blandas naso-orofaríngea izquierda con algunas calcificaciones nodulares profundas excéntricas (**Figura 1**). La Resonancia Magnética (RM) de cuello informa una lesión expansiva de la mucosa naso-oro-



**Figura 1.** Correlación entre hallazgos de la Nasofibroscofia y TAC CPN. **NFC:** **A**, en fosa nasal izquierda posterior a cornete medio se observa un tumor liso, de aspecto vascular con sitio de inserción en la pared lateral y ocupación de fosa de Rosenmüller. **B**, extensión tumoral hacia orofaringe. **TAC sin contraste:** **C**, ventana ósea. **D**, ventana tejidos blandos: Proceso expansivo rinofaríngeo a izquierda que ocupa fosa de Rosenmüller, sin signos erosivos, isodenso, homogéneo, bien delimitado (flecha negra), observándose depósito hiperdenso de aspecto cálcico en su aspecto lateral, inmediato al espacio parafaríngeo ipsilateral (flecha blanca).

## CASO CLÍNICO

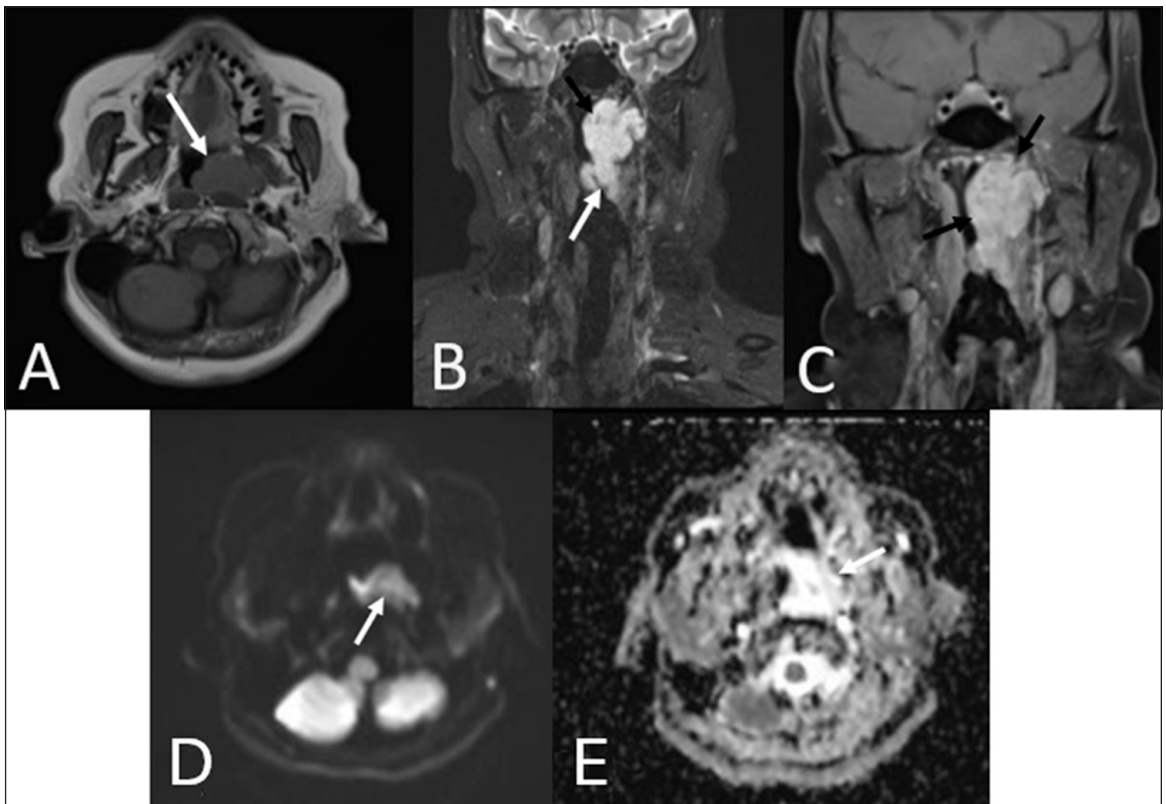
faríngea izquierda, de aspecto imagenológico no agresiva (**Figura 2**).

La paciente fue presentada en el comité de Base de Cráneo de nuestro centro, donde se decide realizar una biopsia endoscópica dado que solo con imágenes no se puede precisar el diagnóstico. En la cirugía se evidencia un tumor rinofaríngeo izquierdo lobulado pediculado con aparente base de implantación próximo a torus tubárico izquierdo. Dado a esta situación anatómica favorable se decide realizar resección completa del tumor. Vía endoscópica transnasal *binostril* a cuatro manos se cauteriza el pedículo del tumor con pinza bipolar, logrando buen control vascular y una notable reducción del tamaño del tumor. Se secciona con tijera de cornetes endoscópica y se envía a biopsia diferida. El pedículo de inserción se vuelve a resear sujetándolo con una pinza blakesley y reseando el resto con

un hook monopolar angulado. Se respeta el torus tubárico reseando solo parte del labio posterior, quedando la trompa de Eustaquio permeable. El sangrado intraoperatorio fue de 350 cc.

El estudio anatomopatológico arrojó un hemangioma cavernoso, sin signos de atipia ni malignidad.

Al primer mes postoperatorio se detecta efusión en el oído izquierdo. Se realiza nasofibroscopía detectando costras y edema en el sitio quirúrgico, por lo que se decide realizar punción y aspiración timpánica con colocación de collera, recuperando audición normal posteriormente. La nasofibroscopía a los 3 meses de control muestra desaparición de las costras y el edema, apreciando el orificio rinofaríngeo de la trompa de Eustaquio permeable, sin signos de recidiva. No recibió tratamiento complementario.



**Figura 2.** **A:** Secuencia T1, proceso expansivo rinofaríngeo izquierdo, sólido, isodenso, sin compromiso infiltrativo en músculos prevertebrales y pterigoideo lateral (flecha blanca). **B:** Secuencia Stir, masa hiperintensa con áreas de vacío de señal (flecha negra) y extensión orofaríngea en su extremo caudal (flecha blanca). **C:** Secuencia T1FSGD, marcado realce, homogéneo, sin evidencia de infiltración a base de cráneo (flechas negras). **D:** secuencia DWI. **E:** mapa ADC: sin signos de restricción de la difusión (flechas blancas).

## Discusión

Los hemangiomas son tumores benignos compuestos por células endoteliales vasculares, los cuales pueden originarse desde la piel, mucosa y estructuras profundas como glándulas, músculos o hueso. Suelen ser confundidos con malformaciones vasculares las cuales crecen sin regresión y no tienen una fase de crecimiento proliferativo rápida<sup>3</sup>. Los hemangiomas involucionan antes de la adultez y dejan signos fibróticos en el proceso.

Se clasifican según los vasos que contengan en capilares, cavernosos o mixtos<sup>4</sup>. Los capilares son más comunes en niños y tienden a involucionar. Por otro lado, los HC se suelen manifestar en la adultez como lesiones más profundas que no suelen involucionar<sup>5,6</sup>. La edad promedio de aparición en esta localización es alrededor de los 40 años y la incidencia por género es similar<sup>1</sup>.

Su origen exacto es controversial, existiendo varias teorías que involucran factores hormonales, oncogenes virales, traumatismos locales, entre otros<sup>4,7</sup>.

El mayor estudio respecto de hemangiomas nasales fue realizado por Osborn D. que durante una década registró 51 casos, de los cuales sólo 2 correspondieron a HC<sup>8</sup>. En los reportes se describe que los hemangiomas capilares suelen provenir desde el tabique nasal, mientras que los HC provienen de la pared lateral nasal<sup>2,9</sup>.

En fosas nasales y senos paranasales los sitios más comúnmente reportados son el septum nasal, el vestíbulo nasal, el cornete nasal inferior y pared nasal lateral<sup>13</sup> y el seno maxilar, además de casos anecdóticos en huesos nasales propios o la fosa pterigopalatina<sup>5,7,9,10</sup>.

Al examen físico es posible observar una masa que protruya por la fosa nasal o que deforme por presión las estructuras circundantes, siendo blanda, compresible y de coloración violácea o rojiza<sup>1,2</sup>.

Existe una amplia gama de diagnósticos diferenciales, que incluye lesiones benignas como el papiloma invertido, pólipo antrocoanal, linfangioma, angiofibroma entre otros<sup>1</sup>; y lesiones malignas como el carcinoma escamoso, angiosarcoma, hemangiopericitoma, por mencionar algunos<sup>11</sup>.

El estudio imagenológico se debe realizar

con TAC CPN contrastada y la RM con gadolinio. La primera muestra una masa bien delimitada, redondeada, con densidad de partes blandas y que realza después de la inyección de contraste. Puede ocasionar remodelación ósea, adelgazamiento y erosión por efecto de masa, principalmente en tumores de > 2 cm.<sup>12</sup> Respecto de la RM, los hemangiomas muestran una señal iso o hipointensa en las imágenes ponderadas en T1 y una señal hiperintensa en las imágenes ponderadas en T2. Usualmente se pueden observar focos de señal hipointensa que pudieran corresponder a flebolitos, no contienen grandes vasos dentro de la masa tumoral y no se asocian a vacíos de flujo. Además, estos tumores muestran un intenso realce por contraste con gadolinio<sup>13</sup>.

Entendiendo la naturaleza vascular de estos tumores se recomienda complementar el estudio con una angiografía permitiendo determinar los vasos nutricios y realizar eventual embolización preoperatoria<sup>2</sup>.

Respecto del manejo terapéutico, la elección dependerá de la localización, la extensión, la experiencia del equipo y los recursos disponibles. No existen guías que recomienden particularmente un tratamiento, pero se plantean manejos médicos y quirúrgicos.

Dentro de los médicos, existen reportes de manejo con crioterapia, corticoterapia, soluciones esclerosantes y radioterapia, sin embargo, estas no están exentas de complicaciones y no tienen tan buenos resultados, en particular la radioterapia que tiene el riesgo de transformación maligna y alterar el crecimiento óseo en pacientes pediátricos<sup>14</sup>.

Por lo anterior, el manejo de elección suele ser quirúrgico, buscando la resección del tumor con margen de tejido sano, realizando ligadura o cauterización de los vasos nutricios. En el pasado, el abordaje utilizado era abierto mediante una resección craneofacial con embolización preoperatoria, no obstante, dado su alto riesgo de morbimortalidad y complicaciones, la cirugía endoscópica es de elección como única modalidad de tratamiento si las condiciones son favorables, como en otros tumores en cavidad nasal y rinofaríngeo<sup>2,12,14,15</sup>. Dentro de sus posibles complicaciones se deben considerar la fistula de líquido cefalorraquídeo, descompensaciones cardiovasculares por hemorragia

## CASO CLÍNICO

intraoperatoria masiva, infecciones locales y lesiones neurovasculares.

Respecto de la embolización, la recomendación es controversial, debido a su riesgo de morbilidad asociada como lesiones neurovasculares o fenómenos trombóticos. Se reserva para lesiones muy anteriores en las que no es posible identificar su sitio de origen o para tratar los de localización nasosinusal profunda, en que se prevé un difícil control vascular<sup>1</sup>. La embolización puede reducir la hemorragia intraoperatoria y disminuir el tamaño del tumor para facilitar la cirugía<sup>2,12,14,15</sup>.

En nuestra paciente, luego del estudio imagenológico y la discusión con un equipo multidisciplinario, elegimos un manejo quirúrgico mediante un abordaje endoscópico transnasal sin embolización preoperatoria, por tratarse de un tumor con un pedículo de inserción bien delimitado y evidente, con buena visualización para su resección, sin contar con una biopsia preoperatoria.

## Conclusión

Los HC nasosinuales son tumores raros que deben ser considerados como diagnóstico diferencial en tumores vasculares. Nuestra experiencia permite concluir que la resección transnasal endoscópica es una vía de abordaje segura incluso sin embolización previa, siempre en contexto de un estudio imagenológico y evaluación clínica completa en su planificación.

## Bibliografía

1. Takaishi S, Asaka D, Nakayama T, et al. Features of sinonasal hemangioma: A retrospective study of 31 cases. *Auris Nasus Larynx*. 2017;44(6):719-23. doi: 10.1016/j.anl.2017.01.012
2. Kovalerchik O, Husain Q, Mirani NM, Liu JK, Eloy JA. Endoscopic Nonembolized Resection of an Extensive Sinonasal Cavernous Hemangioma: A Case Report and Literature Review. *Allergy Rhinol (Providence)*. 2013;4(3):e179-83. doi: 10.2500/ar.2013.4.0068 PMID: 24498525; PMCID: PMC3911809
3. Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and Vascular Malformations in Infants and Children. *Plast Reconstr Surg*. 1982;69(3):412-22. doi:10.1097/00006534-198203000-00002
4. Chércoles L, Sánchez D, Díaz F. Hemangioma cavernoso. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*. 2021;22(1):e206. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-2676-9569>
5. Macías-Fernández B, Giorgana-Frutos L, Guzmán-Romero AK. Hemangioma capilar lobular del cornete inferior. *An Orl Mex*. 2021; 66 (1): 73-79. <https://doi.org/10.24245/aorl>.
6. Archontaki M, Stamou AK, Hajioannou JK, et al. Cavernous haemangioma of the left nasal cavity. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2008;28(6):309-11. PMID: 19205597; PMCID: PMC2689539.
7. Vargas MC, Castillo M. Sinonasal cavernous haemangioma: A case report. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2012;41(4):340-1. doi: 10.1259/dmfr/89601569
8. Osborn DA. HAEMANGIOMAS OF THE NOSE. *J Laryngol Otol*. 1959;73:174-9. doi: 10.1017/s0022215100055134
9. Şahin B, Sönmez S, Yilmazbayhan ED, Orhan KS. Cavernous hemangioma in unusual location: pterygopalatine fossa. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019;85(1):121-4. doi: 10.1016/j.bjorl.2016.02.003
10. Bernardes MND, Siqueira AV, Cascudo NCM, et al. Cavernous Hemangioma in nasal process of maxilla - Case report. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(1):3224-30. doi: 10.34119/bjhrv4n1-254
11. Mocanu H, Mocanu AI, Moldovan C, Soare I, Postolache PA, Nechifor A. Rare and unusual benign tumors of the sinonasal tract and pharynx: Case series and literature review. *Exp Ther Med*. 2022;23(5):334. doi: 10.3892/etm.2022.11263.
12. Umrillaev L. G., Nematov U.S., Lutfullaeva G.U. Diagnosis and Treatment of Benign Vascular Formations of the Nosal Cavity. *Central Asian Journal Of Medical And Natural Sciences*. 2022;3(5):604-7. Disponible en: <http://cajmns.centralasianstudies.org>
13. Kim JH, Park SW, Kim SC, et al. Computed tomography and magnetic resonance imaging findings of nasal cavity hemangiomas according to histological type. *Korean J Radiol*. 2015;16(3):566-74. doi: 10.3348/kjr.2015.16.3.566
14. Ribeiro ILH, Vasconcelos M de L, Panjwani CMBRG, et al. Surgical Treatment of Aggressive Intraosseous Cavernous Hemangioma in Maxilla Through Surgical Resection. *J Craniofac Surg*. 2020;31(5):e445-8. doi: 10.1097/SCS.0000000000006382
15. Ruggeri S, Aragón S, Acosta L, Figueroa E. Endoscopic surgery in hemangiomas of paranasal sinuses and nasal cavity. *Journal of Otolaryngology-ENT Research*. 2019;11(3):153-156. doi: 10.15406/joentr.2019.11.00426