

## Nasoangiofibroma juvenil: relato de caso

### *Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: A case report*

Lídia Mara Martins Corrêa<sup>1</sup>, Renato Silveira Rennó<sup>1</sup>, José Marcos dos Reis<sup>2</sup>

#### RESUMO

O nasoangiofibroma juvenil (NAJ) responde por 0,5% das neoplasias de cabeça e pescoço. Apresenta invasão intracraniana em 20 a 36% dos casos. Não existe consenso quanto à melhor forma de tratamento, sendo que a cirurgia e a radioterapia parecem ser os mais efetivos. Neste relato é descrito um NAJ em paciente de 15 anos, acometendo nasofaringe, fossa nasal, seios da face, com invasão intracraniana e intensa lise óssea. O diagnóstico foi confirmado por tomografia e ressonância magnética. O tratamento foi cirurgia precedida de embolização arterial. Paciente apresentou recidiva com sete meses de pós-operatório, sendo realizada radioterapia com involução total do tumor.

**Palavras-chave:** Neoplasias Nasais; Cavidade Nasal; Angiofibroma; Adolescente.

#### ABSTRACT

*Juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA) is responsible for 0.5% of head and neck neoplasias. It is related to intracranial invasion in 20-36% of cases. There is no consensus on the best treatment, but surgery and radiotherapy seem to be the most effective methods. This report describes the case of JNA compromising nasopharyngeal, nasal cavity, paranasal sinuses with intracranial invasion and intense bone dissolution in a 15-year-old patient. The diagnosis was confirmed with tomography and magnetic resonance. The treatment consisted of surgery preceded by arterial embolization. The patient experienced relapse 7 months after surgery, and radiotherapy was carried out leading to total tumor involution.*

**Key words:** Nasal Neoplasias; Nasal Cavity; Angiofibroma; Adolescent.

#### INTRODUÇÃO

O nasoangiofibroma juvenil (NAJ) é um tumor raro, responde por 0,5% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço.<sup>1</sup> Acomete principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo masculino (97%).<sup>2</sup> A invasão intracraniana é relativamente frequente, sendo descrita incidência de 20 a 36%.<sup>1</sup>

Recebido em: 18/10/2011  
Aprovado em: 01/12/2011

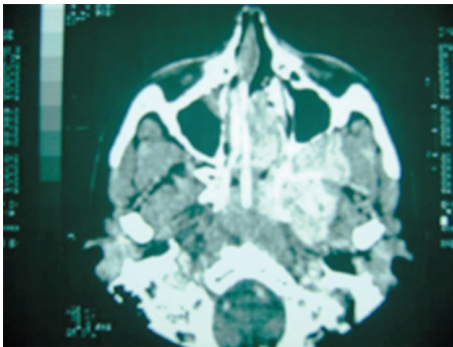
Instituição:  
Faculdade de Medicina de Itajubá – MG  
Itajubá, MG – Brasil

Endereço para correspondência:  
Av. Renó Júnior, 368  
Bairro: São Vicente  
Itajubá, MG – Brasil  
CEP 37502-138  
Email: jose.marcos.reis@terra.com.br

#### RELATO DE CASO

Paciente, 15 anos, gênero masculino, apresentava quadro de obstrução nasal permanente, mais acentuado em narina esquerda, há pelo menos seis meses, e episódios de epistaxe esporádicos de pequena quantidade. À rinoscopia foi visualizada

massa ocupando a narina esquerda, de superfície irregular e brancacenta com discreto sangramento ao toque. A tomografia evidenciou massa volumosa com realce pelo contraste comprometendo a base do crânio, nasofaringe e fossa nasal, com extensão intracraniana (Figura 1). A angioressonância de crânio com angiografia cerebral mostrou que a massa envolvia o seio cavernoso esquerdo e era nutrida por ramos silvianos e ramificações da artéria cerebral média esquerda. O diagnóstico foi NAJ.



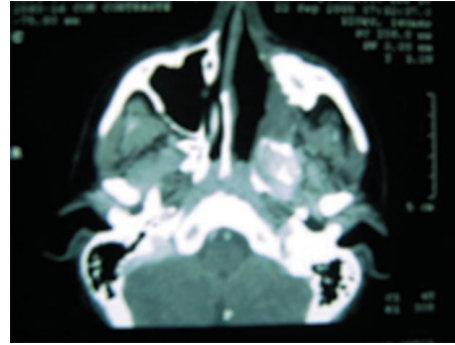
**Figura 1** - Velamento da cavidade nasal com alargamento da fenda pterigopalatina.

O tratamento foi cirurgia precedida por embolização. Na cirurgia, primeiramente, foi realizada incisão bicoronal com craniotomia bifronto-temporal esquerda e, posteriormente, foi realizada incisão a Weber-Ferguson estendendo-se até o lábio superior à esquerda (Figura 2).



**Figura 2** - Incisão bicoronal com craniotomia bifronto-temporal esquerda e posteriormente, foi realizada incisão à Weber-Ferguson estendendo-se até o lábio superior à esquerda.

Sete meses após cirurgia, uma tomografia evidenciou recidiva (Figura 3).



**Figura 3** - Lesão hipervascularizada centrada no processo pterigóide do maxilar esquerdo, erodindo-o e se estendendo ao espaço parafaríngeo deste lado.

Foi encaminhado para radioterapia. Três meses após a radioterapia, a tomografia mostrou diminuição do NAJ. Oito meses após a radioterapia, uma tomografia contrastada não revelou achados característicos do NAJ, o que se confirmou 41 meses pós-radioterapia (Figura 4).



**Figura 4** - Ausência de lesão tumoral no processo pterigóide esquerdo.

## DISCUSSÃO

O nasoangiofibroma juvenil, a partir da sua origem, mais frequentemente na área do forame esfenopalatino, cresce estendendo-se inicialmente à porção posterior da cavidade nasal e teto da rinofaringe. Conforme se alarga, estende-se através do forame pterigopalatino, ocupando lateralmente as fossas pterigomaxilar e infratemporal. Pode se expandir para os tecidos moles da região geniana, causando abaulamento na face, ou para fissura orbital inferior e órbita, causando proptose, ou ainda causar destruição óssea na base do processo pterigoide, adentrando a fossa craniana média, anterior ao forame lácero e lateral ao seio cavernoso. Superiormente, o tumor pode atingir a fossa temporal,

causando abaulamento acima do zigoma, ou destruir o assoalho do seio esfenoidal, ocupando esse seio, podendo a partir daí invadir o crânio.<sup>4</sup> Esse tumor tem localização e crescimento constantes, sendo sua extensão bem reconhecida.<sup>5</sup> O paciente apresentava achados à angioressonância e tomografia compatíveis com os descritos na literatura: a lesão estendia-se para a fossa pterigopalatina e fossa infratemporal, projetava-se para o interior da cavidade orbitária esquerda, condicionando leve proptose, também invadia os seios esfenoidais e com extensão intracraniana, com envolvimento do seio cavernoso esquerdo.

O tratamento de casos com envolvimento importante da fossa infratemporal e seio cavernoso ou grande massa na base do crânio representa a maior divergência entre os autores. As condutas variam desde autores que consideram irressecáveis os tumores com invasão intracraniana, até autores que advogam abordagem combinada intra e extracraniana e aqueles que propõem ressecção do tumor extracraniano e complementação a partir de vários métodos como radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia ou embolização. A radioterapia tem seus melhores resultados em lesões com extensão intracraniana ou recorrentes.<sup>4</sup> O paciente apresentava acometimento do seio esfenoidal, principal fator preditivo de recidiva.<sup>4</sup> Esse sinal radiológico também é contraindicação para a embolização, por-

que torna a remoção total mais difícil e aumenta o risco de recidiva, porém, é capaz de diminuir o sangramento intraoperatório e a necessidade de hemoderivados.<sup>3</sup>

O tratamento de escolha foi exereses total do tumor, intracraniano e extracraniano, com embolização prévia. A recidiva foi tratada com radioterapia. Esse caso tem relevância devido ao sucesso terapêutico, considerando-se a divergência entre os autores na condução de NAJ com grandes dimensões e uma única seqüela clínica para o paciente, anosmia.

## REFERÊNCIAS

1. Euswas C. A result of sublabial transnasomaxillary approach for a nasopharyngeal angiofibroma - retrospective study. *J Med Assoc Thai.* 1999 Mar; 82(3): 234-41.
2. Guerreiro AL, Matsuyama C, Frazatto R, Antunes ML. Nasoangiofibroma juvenil. *Acta Awho.* 1996 out/dez; 15(4):209-11.
3. Szymanska A, Szymanska M, Skomra D, Trojanowska MS. Extranasopharyngeal angiofibroma of the infratemporal fossa. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009 Mar; 140(3):433-4.
4. Luiz ACR, Tiago RSL, Fava AS. Angiofibroma nasofaríngeo: revisão de literatura. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003 maio/jun; 69(3):394-403.
5. Gusso JL, Souza RP, Rapoport A, Soares AH. Nasoangiofibroma juvenil: concordância interobservadores no estadiamento por tomografia computadorizada. *Radiol Bras.* 2001; 34(4):207-11.