

Ágreda Moreno B
 Artal Sánchez R
 Serrano Añón E
 Urpegui García A
 Alfonso Collado JI
 Vallés Varela H

Hospital Clínico Universitario
 "Lozano Blesa". Zaragoza.

Afectación polipoide aislada del seno esfenoidal

Isolated sphenoid sinus polyposis

RESUMEN

La poliposis aislada del seno esfenoidal es una patología infrecuente, motivada por una obstrucción del orificio de drenaje del seno esfenoidal, por una causa anatómica o por infecciones cercanas recurrentes. El síntoma más frecuente que se produce es la cefalea refractaria al tratamiento médico. Puede producir graves complicaciones neurológicas y vasculares, por lo que se debe realizar tratamiento quirúrgico cuando con el médico no se observa mejoría. La intervención quirúrgica consiste en el drenaje endoscópico del seno esfenoidal con ampliación de su ostium de drenaje.

Presentamos el caso de una paciente con cefalea incapacitante y poliposis aislada del seno esfenoidal como único hallazgo diagnóstico, que observó mejoría inmediata tras el drenaje quirúrgico.

PALABRAS CLAVE:

Poliposis esfenoidal, cirugía endoscópica, seno esfenoidal.

SUMMARY

Isolated sphenoid sinus polyposis is an uncommon pathology, motivated by an obstruction of the drainage of the sphenoid sinus, caused by an anatomical reason or near recurrent infections. The most common symptom produced is headache refractory at several medical treatments. It can produce serious neurological and vascular complications, so surgery needs to be performed when medical treatment fails. The surgery consists on endoscopic drainage of the sphenoid sinus and widening of its natural ostium.

We report the case of a patient with a disabling headache, and isolated polyposis of the sphenoid sinus as the only diagnostic finding, which symptoms improved immediately after surgical drainage.

KEY WORDS:

Sphenoid polyposis, endoscopic surgery, sphenoid sinus.

Introducción

La poliposis nasal es una enfermedad inflamatoria de origen desconocido, que afecta a la mucosa de los senos paranasales y las fosas nasales. Con mayor frecuencia, se afecta inicialmente el seno etmoidal, y posteriormente, los senos maxilares, esfenoidales y frontales. Su prevalencia oscila de un 2 a un 5% de la población general, aumentando hasta un 20% en pacientes asmáticos, y a más del 90% en pacientes asmáticos con intolerancia a la aspirina.

La ocupación esfenoidal en el marco de una poliposis nasosinusal, es relativamente frecuente, y ocurre en el 1-27% de pacientes con poliposis^{1,2,3}, pero su afectación aislada es rara⁴. Los factores predisponentes para su aparición, son la obstrucción anatómica del ostium de drenaje, bien por una desviación septal importante, una hipertrofia turbinal ó una malformación congénita; ó bien por una obstrucción secundaria a infecciones recurrentes cercanas^{4,5}. También se ha descrito la posible afectación tras haber recibido quimioterapia o tratamiento crónico con esteroides⁵.

La clínica es inespecífica y el comienzo insidioso. El síntoma más frecuente, que aparece en un 50% de los casos¹, es la cefalea refractaria al tratamiento médico^{2,3,6}.

Normalmente es retroorbitaria⁶, pero muchas otras veces su localización es inespecífica, como frontal, temporal, occipital, parietal ó retrobulbar^{1,5}, y aumenta cuando el paciente inclina la cabeza hacia delante⁷. El segundo síntoma más frecuente es la afectación visual^{1,2,3}, por afectación de los pares craneales III, IV ó VI. También podríamos observar síntomas rinológicos, pero tienen muy poca relevancia y sólo a veces, aparece una rinorrea posterior^{3,4,6}, que podría causar sequedad, irritación faríngea, ó laringitis irritativa⁷.

Para realizar el diagnóstico, la radiografía simple muestra imágenes inespecíficas, por lo que la técnica más sensible es la TC de macizo facial, donde se observa la ocupación de dicho seno^{3,5}. Podemos observar remodelación ósea circundante, sin que exista destrucción, lo que sugiere una lesión benigna o de crecimiento lento. Por fibroendoscopia nasal, los signos pueden pasar desapercibidos, en ocasiones, podemos observar una rinorrea posterior, edema o congestión a nivel del receso esenoetmoidal^{1,4}. La RM nos ayuda a ver si existe afectación de tejidos circundantes, de la base del cráneo o extensión intracraneal^{5,6}.

El diagnóstico diferencial debemos hacerlo, primero, con otros tipos de cefalea, como la neuralgia del trigémino¹, la cefalea de Horton, la migraña, o la cefalea tensional, y tras esto, con todas las lesiones que produzcan

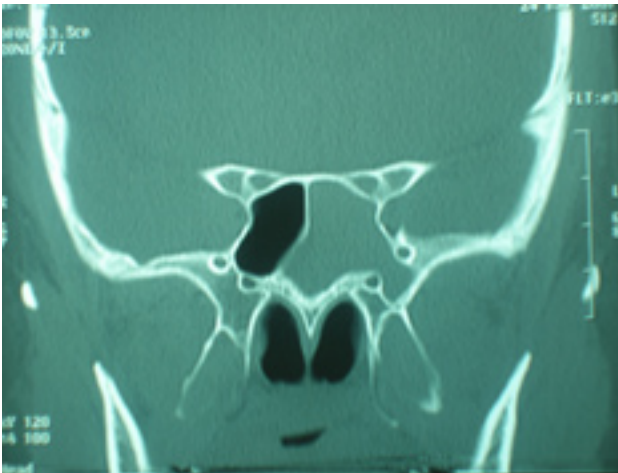


Figura 1: Imagen de TC en corte coronal donde se observa el seno esfenoidal ocupado.

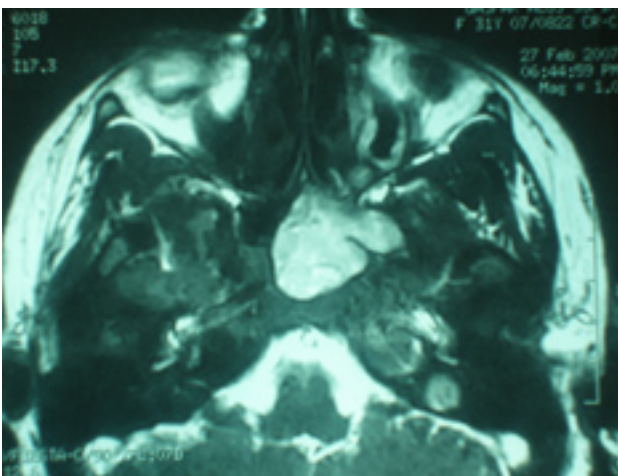


Figura 2: Corte axial de RM con contraste donde vemos la ocupación total del seno esfenoidal por una masa de límites precisos, sin destrucción ósea.

ocupación del seno esfenoidal, como mucocoele, aspergiloma, papiloma invertido, tumores benignos (fibrosteoma, hemangioma) ó malignos (carcinoma, linfoma), meningoencefalocoele ó una displasia fibrosa^{1,2,3,5,6}.

Las complicaciones posibles, se deberían principalmente a una sobreinfección, que afectase a alguna de las estructuras neurológicas y vasculares importantes cercanas, como la hipófisis, la fosa media, el nervio óptico, los senos cavernosos, la carótida interna, el nervio pterigoideo, y la arteria o el ganglio esfenopalatinos^{1,3,5}. Podrían comprometerse los pares craneales III, IV, y VI, causando diplopia, visión borrosa ó deterioro visual progresivo (la diplopia por afectación del VI es el signo más precoz⁴, así como, por afectación de las ramas V1 y V2 del trigémino, aparecería hipo ó hiperestesia. Una meningitis, trombosis del seno cavernoso, empiema subdural, necrosis hipofisaria, celulitis orbitaria, o un absceso epidural^{4,5}, son otras complicaciones posibles.

El tratamiento es, en principio, médico con antibióticos por vía oral ó intravenosa. Si no es efectivo, será necesaria la actuación quirúrgica, realizando una esfenoidotomía por abordaje endoscópico transnasal, ampliando el ostium

de drenaje del seno, y favoreciendo así la ventilación y drenaje del mismo^{2,3,4,6}. Las complicaciones derivadas de la cirugía, aunque no son frecuentes, podrían ser la formación de una fístula de líquido cefalorraquídeo o la afectación de la lámina cribiforme⁶.

Como conclusión, vemos que la afectación aislada del seno esfenoidal es poco frecuente, pero dado que es potencialmente peligrosa, debe tenerse en cuenta ante todo paciente con cefalea refractaria a múltiples tratamientos médicos.

Caso Clínico

Paciente de 34 años de edad, cuyo único síntoma es una cefalea frontoparietal continua, que llega a ser incapacitante, y que no cede a pesar del tratamiento con AINEs. La exploración neurológica y mediante fibroendoscopia nasal son normales.

En la TC se observa una ocupación esfenoidal unilateral, que no erosiona los márgenes óseos de dicho seno.

La paciente es intervenida mediante CENS, observando una ocupación total del seno por pólipos nasales. Un mes tras la intervención, la paciente no ha vuelto a tener cefaleas y los síntomas han remitido totalmente.

Bibliografía

1. Nour YA, et al. Isolated sphenoid sinus pathology: Spectrum of diagnostic and treatment modalities. *Auris Nasus Larynx* (2008), doi:10.1016/j.anl.2007.10.10011.
2. Yu H, Li H, Chi F, Dai C, Zhang C, Wang Z. Endoscopic Surgery with Powered Instrumentation for Isolated Sphenoid Sinus Disease. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2006;2006;68(3):129-34.
3. Wang Z, Kanoh N, Dai C, Kutler D, et al. Isolated sphenoid sinus disease: an analysis of 122 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2002 Apr;111(4):323-327.
4. Benito F, Blanco P, Franco F, de Prado M, de la Fuente C. Sinusitis esfenoidal aguda aislada. Presentación de un caso y revisión. *ORL-DIPS.* 2001;28(2):92-95.
5. Grillone GA, Kasznica P. Isolated sphenoid sinus disease. *Otol Clin North Am.* 2004;37(2):435-51.
6. Martin T, Smith T, Smith M, Loehrl T. Evaluation and Surgical Management of isolated Sphenoid Sinus Disease. *Arch Otol Head Neck Surg.* 2002;128:1413-1419.
7. Rimal D, Hashmi SM, Prinsley PR. An unusual presentation of sphenoid sinusitis with septicemia en a healthy young adult. *Emerg Med J.* 2006;23.

Correspondencia

Beatriz Agreda Moreno
Urb. Parque Roma, bloque D-4, piso 7º D
50010 Zaragoza
e-mail: beagreda@hotmail.com