

Pseudotumor de esfenoides

Introducción

Presento el caso de una paciente de 44 años, que presenta desde agosto '99 cefalea permanente de predominio frontal. Ha sido revisada por oftalmólogo y neurólogo sin encontrar el origen de sus cefaleas y se instauró tratamiento con tryptizol, sin mejoría clínica.

En marzo '00 acudió a mi consulta. La exploración ORL fue normal y en la práctica de rinofibrolaringoscopia no se apreciaban pólipos en fosas nasales y el cavum presentaba aspecto normal. Al referirme que el neurólogo le había mandado hacer TAC craneal, se lo pedí para revisarlo. Mi sorpresa fue encontrar en uno de los cortes realizados la "ocupación del seno esfenoidal" por una formación homogénea, densa radiológicamente, que pasó desapercibida en el informe del radiólogo.

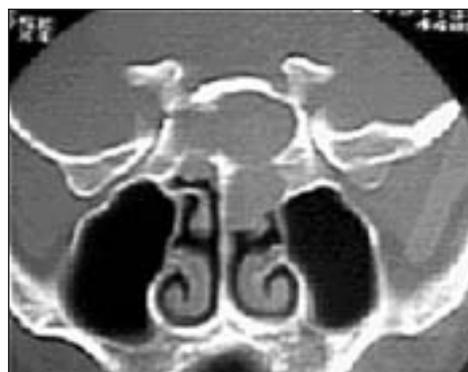
Primera consecuencia a extraer: conviene siempre que sea posible ver las imágenes radiológicas y no conformarse con ver el informe (siempre bien recibido si está bien informado), ni dar por bueno y seguro la opinión de otro compañero que lo haya visto anteriormente.

Segunda consecuencia: no "todo" se ve con el fibroscopio, al menos a la vista del autor, y el hecho de que al paso del fibroscopio por fosas nasales no se aprecien masas sospechosas, hace pensar que o no están visibles o que no hemos reparado en ver detenidamente la región más superior de las fosas, no siempre fácil de practicar con desviaciones septales.

Acto seguido, realizo nuevo TAC, haciendo lógicamente cortes en los senos paranasales, pudiendo entonces ver con más claridad mi sospecha de patología tumoral al nivel de seno esfenoidal. Figura 1 y figura 2.

Realizada posteriormente RNM, no aportaba datos nuevos sobre la sospecha etiológica de la tumoración.

La aparición de ocupación total del esfenoides con rotura del tabique intersinusal, desaparición de pared anterior con extensión a celdas etmoidales posteriores y mala definición de las paredes restantes del seno esfenoidal con signos de osteítis, me hicieron pensar primeramente en un tumor maligno o en mucocoele.



En cualquier caso, me parece un caso lo suficientemente interesante para repasar las distintas posibilidades etiológicas.

Enfermedades inflamatorias crónicas:

- Mucocoele: es la más frecuente a nivel del seno esfenoidal, y en su crecimiento puede producir resorción del hueso vecino.

- Pólipos: suelen ser aislados y en relación con pólipos en otros senos paranasales, clínica de rinosinusitis y rinorrea posterior.
- Papiloma invertido: muy raro que se produzca aisladamente en esfenoides; suele ser afectación por extensión desde etmoides.

Lesiones fibroóseas:

- Displasia fibrosa: muy raro en esfenoides. Hay áreas focales de reemplazo fibroso de hueso normal con hueso metaplásico entremezclado, y además tiene predilección por hueso membranoso.
- Fibroma osificante: suelen ser mas frecuentes, dentro de su rareza, en maxilar superior y mandíbula. Estas lesiones fibrosas monostóticas se caracterizan radiológicamente por tener un borde cortical.
- Cordomas: originados de restos de la notocorda primitiva, suelen ser tumores multilobulados y grisáceos de consistencia gelatinosa.

Otras lesiones benignas:

- Encefaloceles
- Craneofaringioma
- Neurileomas
- Tumor de células gigantes
- Quistes óseos aneurismáticos
- Hemangiomas
- Hemangiopericitomas
- Lesiones de silla turca susceptibles de expansión anteroinferior

Tumores malignos de seno esfenoidal:

- Carcinoma metastásico: mama, pulmón, tiroides, riñón.
- Tumores epiteliales: escamoso, de células transicionales, indiferenciado, adenocarcinoma, acinar.
- Lesiones fibroóseas malignas: fibrosarcoma, osteosarcoma, condrosarcoma, histiocitoma fibroso.
- Tumores de tejidos blandos: linfoma y plasmocitoma

Una vez revisada la bibliografía sobre este tema, lo que a mi entender estaba claro era la realización de abordaje quirúrgico de seno esfenoidal para proceder a biopsia de tejido y limpieza del mismo, lo cual se realizó en mayo-00 mediante cirugía endoscópica intranasal, encontrando en su interior infección granulomatosa pardo-oscura, y con

diagnóstico histopatológico de "sinusitis alérgica fúngica por aspergilosis"

Aspergilosis:

Suele manifestarse como enfermedad pulmonar crónica, y dentro del área ORL se afectan mas frecuentemente oído medio, conducto auditivo externo y con menos frecuencia nariz y senos paranasales.

Aunque el hongo puede ser flora orofaríngea habitual, en pacientes inmunodeprimidos puede producirse aspergilosis aguda, con vasculitis y necrosis semejando el cuadro de la mucormicosis.

El diagnóstico debe hacerse mediante biopsia de tejido y cultivo de las secreciones en busca de micelios.

Aunque en su forma aguda puede ser fatal, en la forma crónica puede pasar desapercibida hasta realizar su correcto diagnóstico de sospecha y tratamiento siempre quirúrgico mediante apertura del seno y limpieza.

Correspondencia

Dr. Tísner Nieto
Luis Vives, 6, esc. izqda. 2.º B
50006 ZARAGOZA
E-mail: jtisnern@comz.org