



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/2392 - El caso de una aparente sinusitis que acabó descubriendo un tumor oculto

J. Conradi Blasco<sup>a</sup>, E. Fernández Contreras<sup>b</sup>, M.L. Pérez Gamero<sup>c</sup>, S. García Moreno<sup>d</sup>, A. Beltrán Martínez<sup>e</sup>, E. Subires Arnedo<sup>f</sup>, R. del Pino Gómez<sup>g</sup>, J. Márquez Cera<sup>f</sup> y M. Rodríguez García<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Sevilla Sur. Sevilla. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla. <sup>d</sup>Médico de Familia. EPES 061. Sevilla. <sup>e</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Sevilla Sur. Sevilla. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Don Julio Borreguero. El Coronil. Sevilla.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 55 años, sin enfermedades de interés, que acude por cefalea holocraneal opresiva, de 5 días que se intensifica al bajar la cabeza, congestión nasal, mucosidad amarillenta y visión doble binocular, que se corrige con la monocular. No fiebre. La derivamos a hospital para valoración y realización de TAC craneal, tras lo que es ingresada para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** buen estado general, bien hidratada y perfundida, afebril, consciente y colaboradora, orientada, no meníngeos. Pares craneales normales campimetría normal, lenguaje normal, sin déficit motor ni sensitivo, ROT conservados. Marcha y equilibrios normales. Coordinación normal. A la auscultación rítmica, con BMV. Abdomen y MMII sin hallazgos. Hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría sin hallazgos patológicos. TAC craneal: ocupación de seno esfenoidal y seno frontal por tejido blando en relación con sinusopatía. Nasofaringolaringoscopia: tumoración en cavum, por detrás de los rodetes, que erosiona seno esfenoidal. TAC senos paranasales: masa de partes blandas de aspecto neoplásico de 3,5 × 3,5 × 4 cm, que afecta a cavum, coanas, seno esfenoidal destruyendo su suelo, senos cavernosos afectando a pares craneales. Adenopatía con área necrótica de 15 mm en yugular posterior izquierda. Hallazgos compatibles con carcinoma extenso del seno esfenoidal o de cavum. Biopsia cavum: carcinoma no queratinizante, subtipo indiferenciado.

**Juicio clínico:** Carcinoma no queratinizante, subtipo indiferenciado de cavum, cT4cN1.

**Diagnóstico diferencial:** En principio, se podría realizar diagnóstico diferencial ante la clínica de congestión nasal, mucosidad amarillenta y cefalea, con una situación de sinusopatía. También podría pensarse en una hipertrofia adenoidea por congestión nasal, infecciones del oído frecuentes y hábito roncador. Los quistes de retención mucosa, causarían cefaleas, dolor periorbital o facial, pero son de crecimiento lento. O bien quistes de Thornwaldt; que es una transformación quística del receso faríngeo, quedando en forma de quiste en algunos adultos. Daría como clínica obstrucción nasal, mucosidad amarillenta, dolor occipital y halitosis.

**Comentario final:** El tratamiento del carcinoma de cavum es multidisciplinar, siendo el médico de atención primaria clave en el diagnóstico precoz de este tipo de patología. Una sintomatología banal como mucosidad o congestión nasal, debe alertarnos si incluye sintomatología del tipo visión doble, e incluso incidir en estos síntomas en los pacientes. Pues sería primordial para un mejor pronóstico el poder detectar estas patologías lo antes posible y para esto poseemos un lugar privilegiado en nuestra consulta de médico de familia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Coscaron E, Martin EP. Actualización Carcinoma epidermoide de nasofaringe. Jano. 2011;(1):45-53.
2. Mena C, Bogado G, Klassen C. Nasoangiofibroma juvenil: Nuestra experiencia en los últimos 10 años y revisión de la literatura. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2009;69(3):243-8.
3. López MA, Moreno J, Muratori ML. Caso Clínico Quiste de Thornwaldt. Anales de la sociedad andaluza de otorrinolaringología y patología cérvico-facial. 2001;4:37-42.