



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

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Sevilla Sur. Sevilla. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla. ^dMédico de Familia. EPES 061. Sevilla. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Sevilla Sur. Sevilla. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. ^gMédico 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, Martín 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.