



242/1782 - CONGESTIÓN Y OBSTRUCCIÓN NASAL PERSISTENTE...

S. Franquesa Alonso^a, I. Buxade Martí^b, N. Guardia Rodríguez^b, S. Ramírez Abril^c, M. García Caballero^b y J. Montero Alcaraz^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Bustarviejo. Madrid. CAP Cirera-Molina. Mataró. Barcelona. ^bMédico de Familia. CAP Cirera-Molina. Mataró. Barcelona. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Cirera-Molina. Mataró. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos con antecedentes patológicos de hipercolesterolemia en tratamiento dietético. Consulta por taponamiento nasal izquierdo de 3 meses de evolución y ocasionalmente rinorrea. Afebril. Se decide tratamiento con antihistamínicos y corticoides nasales. Dada la no mejoría se intensifica tratamiento con antibiótico y se pide Rx. Se rota antibioterapia y finalmente se deriva a ORL.

Exploración y pruebas complementarias: Rinoscopia anterior: fosa nasal izquierda parcialmente obstruida por probable hipertrofia cornete inferior. AC: tonos rítmicos sin soplos. AR: murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Orofaringe no hiperémica, sin exudados, sin asimetrías. No adenopatías laterocervicales. Rx senos: correcta neumatización de seno maxilar y frontal D, opacificación del seno maxilar y frontal izquierdo, septo nasal centrado. TC senos paranasales: tumor de 50 × 35 mm en seno maxilar izquierdo que expande las paredes, con erosión ósea de la pared interna y posterior. Se extiende a la fosa nasal deformando el tabique y oblitera el complejo ostiomeata que impide el drenaje normal de las celdas etmoidales y seno frontal. Biopsia: diagnóstica de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado mayoritariamente no queratinizante con extensa necrosis. RMN para valorar extensión local y TC torácica para extensión distal.

Juicio clínico: Dada la no mejoría con los tratamientos indicados, finalmente se decide derivar a ORL y pedir pruebas complementarias, diagnosticándose finalmente de carcinoma escamoso de seno maxilar localmente avanzado T4N0Mx. Tratamiento: maxilectomía radical izquierda etmoidectomía, resección del suelo de la órbita, cornetes infundíbulo frontal, techo óseo fosa nasal y mucosa de la parte alta del septo, mucosa del seno esfenoidal y partes blandas de la fosa pterigomaxilar. Reconstrucción con colgajo de musculo temporal ipsilateral.

Diagnóstico diferencial: Rinitis alérgica vs sinusitis aguda vs dismorfia septal.

Comentario final: Diagnóstico: carcinoma escamoso de seno maxilar localmente avanzado T4N0Mx. La paciente presenta buena evolución en el postoperatorio y radioterapia sobre lecho tumoral y fluoración mensual.

Bibliografía

1. Lee K. Otorrinolaringología. McGraw-Hill Interamericana. 2011.
2. Suárez Nieto C. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Editorial Médica Panamericana.
3. Bernal Sprekelsen M, Ortega del Álamo P. Atlas de otorrinolaringología y patología cervicofacial. Madrid: Alcón Cusi, 2001.

Palabras clave: Sinusitis. Carcinoma escamoso de seno maxilar. Maxilectomía.