

Diagnóstico por tomografía axial computarizada de sinusitis esfenoidal

S. CINZA SANJURJO, A. CABARCOS ORTIZ DE BARRÓN, D. REY ALDANA¹,
V. LORENZO ZÚÑIGA

Servicios de Medicina Interna y ¹Urgencias. Departamento de Medicina. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña

DIAGNOSIS BY CRANIAL COMPUTER TOMOGRAPHY OF SPHENOIDAL SINUSITIS

RESUMEN

La sinusitis esfenoidal es una patología muy poco frecuente y potencialmente muy peligrosa, que podemos encontrar en la población más joven. Clínicamente es muy difícil el diagnóstico porque los datos clínicos son inespecíficos, pero el estudio por tomografía axial computarizada (TAC) craneal confirma el diagnóstico. La mayoría de los casos son tratados con antibióticos y se recuperan completamente.

Presentamos un caso de sinusitis esfenoidal aislada en paciente joven, que nosotros tratamos en nuestro centro, y una revisión de la literatura.

PALABRAS CLAVE: Sinusitis esfenoidal. Tomografía computarizada craneal.

ABSTRACT

Sphenoidal sinusitis is an uncommon pathology potentially dangerous condition, what we can find in young population. Clinically it is very difficult the diagnosis because of its nonspecific symptoms, but cranial computer tomography proves the diagnosis. The most cases were treated with antibiotics and recovered completely.

We present a young-man with isolated sphenoidal sinusitis who were managed in our medical centre, and a review the literature.

KEY WORDS: Sinusitis sphenoidal. Cranial computer tomography.

Cinza Sanjurjo S, Cabarcos Ortiz de Barrón A, Rey Aldana D, Lorenzo Zúñiga V. Diagnóstico por tomografía axial computarizada de sinusitis esfenoidal. An Med Interna (Madrid) 2006; 23: 28-30.

INTRODUCCIÓN

Ante un caso de cefalea habitualmente debemos descartar causas frecuentes como son la migraña, cefalea en racimos, cefalea de tensión, cefaleas no asociadas a alteraciones estructurales, cefalea asociada a alteraciones estructurales (traumatismos craneoencefálicos, trastornos vasculares, trastornos intracraneales no vasculares), cefalea asociada a uso de sustancia o a su abstinencia, cefalea asociada a trastornos metabólicos, entre otros. Pero debemos descartar también causas menos frecuentes como la sinusitis esfenoidal, una patología poco frecuente, pero que el no diagnosticarla puede favorecer la presencia de complicaciones, algunas de ellas muy graves (1).

A continuación, se presenta un caso en el cual se expone la necesidad de descartar esta patología e iniciar el tratamiento correcto antibiótico, de tal modo que un cuadro que ha evolucionado durante dos semanas, con empeoramiento continuo, se soluciona tras un correcto manejo.

CASO APORTADO

Paciente varón de 18 años que acude al servicio de urgencias por cefalea intensa y quebrantamiento remitido por su médico de cabecera ante la falta de mejoría con tratamiento convencional de infecciones respiratorias altas de carácter vírico. Entre los antecedentes personales solamente destaca haber padecido mononucleosis infecciosa. Tras un cuadro catarral de una semana de evolución, con malestar general, tos seca y fiebre (hasta 38,5 °C), desarrolla cefalea global, más intensa a nivel frontal, en las últimas 48 horas, inicialmente sin rinorrea ni obstrucción nasal. Aisladamente presentó mínima secreción nasal purulenta que alguna vez ha sido sanguinolenta en los últimos días. No ha presentado pérdida de conciencia, convulsiones, tiritona ni escalofríos.

Al realizar la exploración física, hallamos: T^o: 37,5 °C; TA: 137/73 mmHg; P: 71 lpm. Buen aspecto general con correcta hidratación y perfusión muco-cutánea. No impresiona de afectado. Facies febril. No puntos dolorosos en la percusión de senos paranasales. A nivel cutáneo presenta un rash maculoso y eritematoso que afecta a tronco y cuello. No se palpan adenopatías látero-cervicales, axilares ni inguinales. La auscultación cardíaca es rítmica, sin presencia de soplos. La auscultación pulmonar presenta un murmullo vesicular conservado, sin presen-

Trabajo aceptado: 2 de septiembre de 2005

Correspondencia: A. Cabarcos Ortiz de Barrón. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario – Hospital Gil Casares. C/ A Choupana, s/n. 15706 Santiago de Compostela. A Coruña. Fax: 981 950 501. e-mail: med028799@nacom.es

cia de roncus, crepitantes ni sibilantes. El abdomen es blando, depresible y no se palpan masas ni megalias. Las extremidades superiores e inferiores no presentan datos patológicos, con pulsos distales presentes. La exploración neurológica es rigurosamente normal, sin datos de focalidad ni de meningismo.

Se procede a la realización de las correspondientes exploraciones complementarias, con radiografía de tórax rigurosamente normal, analítica de orina no patológica y hemograma en el que destaca leucocitosis con presencia de formas jóvenes (cayados: 4%) lo que obliga a plantear el diagnóstico diferencial entre sinusitis y meningitis; por lo que se realizó punción lumbar con 3 células de predominio linfóide y 0,3 gr/dl de proteínas y sin consumo de glucosa. Al tiempo un estudio radiográfico de senos paranasales en donde no se observaron datos compatibles con sinusitis; a continuación, para descartar complicaciones intracraneales (tipo trombosis de seno cavernoso / encefalitis) se realizó el estudio de TAC craneal en el que se evidenció ocupación del seno esfenoidal izquierdo que se relaciona con sinusopatía aguda (Figs. 1 y 2).

Una vez confirmado en diagnóstico de sinusitis esfenoidal, se decide ingreso hospitalario para realizar una correcta vigilancia evolutiva del paciente e iniciar tratamiento antibiótico intravenoso con cefalosporinas de tercera generación, tratamiento con el que el paciente evoluciona correctamente, sin complicaciones, cediendo la cefalea y la febrícula en el plazo de 48 horas y encontrándose asintomático en el momento del alta hospitalaria.



Fig. 1. Opacificación parcial de seno esfenoidal izquierdo.

DISCUSIÓN

La prevalencia de sinusitis esfenoidal en la población general es baja, entorno al 2,5% del total de sinusitis (1), lo que hace que con frecuencia no se piense en la afectación esfenoidal. De los casos publicados de sinusitis esfenoidal aislada, la gran mayoría se presentan en adolescentes y preadolescentes (2), lo cual se puede deber a que a partir de los 14 años de edad los senos esfenoidales están completamente desarrollados (3), por lo que se debe plantear como causa de cefalea y síndrome febril en pacientes a partir de esta edad. Por lo tanto, ante un adolescente o preadolescente con cefalea y fiebre además de las causas



Fig. 2. Corte más caudal. Observamos opacificación casi total de seno esfenoidal izquierdo.

habituales debemos descartar también sinusitis esfenoidal (4), ya que, tiene complicaciones graves, y excelente respuesta al tratamiento como en el caso expuesto.

La prueba diagnóstica decisiva es el TAC, ya que presenta la mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la patología sinusal (5). Los distintos estudios realizados han permitido confirmar que el estudio por TAC es muy superior al estudio por radiología simple, con una mayor tasa de diagnósticos de patología de senos paranasales, especialmente de senos etmoidal y esfenoidal, en los cuales la radiología simple apenas aporta datos relevantes ante cualquier sinusitis (6). Del mismo modo, cualquier anomalía de los senos paranasales puede ser diagnosticada por TAC, con una elevada sensibilidad y especificidad, siendo muy superiores a cualquier otro estudio radiológico de imagen (5,7).

Como se ha comentado, lo más importante ante una sinusitis esfenoidal es iniciar el tratamiento antibiótico correspondiente para evitar las complicaciones. La tasa de complicaciones es más frecuente cuanto menor sea la edad del paciente, posiblemente porque las lesiones sean más graves (8). Entre las complicaciones que se presentan tras una sinusitis esfenoidal destacan (9,10): celulitis orbitaria, meningitis, sepsis, alteraciones visuales, parálisis del VI par craneal o Síndrome de Gradenigo, oftalmoplejia, inflamación de los senos cavernosos, síndrome cócleo-vestibular (con alteraciones auditivas y del equilibrio), absceso de pituitaria e hipopituitarismo, gas en cisterna supraselar, silla turca "invertida".

En resumen, la sinusitis esfenoidal es una patología poco frecuente, que se presenta en grupos de edad jóvenes, que se sospecha por los datos clínicos y se confirma mediante estudio por TAC; el tratamiento antibiótico precoz permite una resolución adecuada evitando las complicaciones, algunas de las cuales son muy graves para el paciente poniendo en peligro su vida o con secuelas importantes.

Bibliografía

1. Gordts F, Clement PA, Buisseret T. Prevalence of sinusitis signs in a non ENT-population. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1996; 58: 315-9.
2. Haimi-Cohen Y, Amir J, Zeharia A, Danzinger Y, Ziv N, Mimouni M. Isolated sphenoidal sinusitis in children. *Eur J Pediatr* 1999; 158: 298-301.
3. Zeitler P, Pahnke J, Braitinger S. MR tomography study of the development of the sphenoid sinus. *Laryngorhinootologie* 2000; 79: 526-31.
4. Strohm M, Gottmann D. Also consider sinusitis in facial pain: wisdom tooth, tumor, acute parotiditis. *MMW Fortschr Med* 2003; 145: 26-8.
5. Neuner NT, Hausler R. Atypical pneumatization of the paranasal sinus system. *Schweiz Med Wochenschr Suppl.* 2000; 116: 108S-112S.
6. García DP, Corbett ML, Eberly SM, Joyce MP, Le HT, Karibo JM, Pen-
ce HL, Nguyen KL. Radiographic imaging studies in pediatric chronic sinusitis. *J allergy Clin Immunol* 1994; 94: 523-30.
7. Crater SE, Peterd EJ, Phillips CD, Platts-Mills TA. Prospective analysis of TC of the sinuses in acute asthma. *AJR Am J Roentgenol* 1999; 173: 127-31.
8. Gordts F, Clement PA, Destryker A, Desprechins B, Kaufman L. Prevalence of sinusitis signs on MRI in a non-ENT paediatric population. *Rhinology* 1997; 35: 154-7.
9. Nagata A, Umehara F, Nakamura Y, Maruyama Y, Osame M. A case of paranasal sinusitis-cavernosus sinusitis with ophthalmoplegia externa. *Rinsho Shinkeigaku* 1996; 36: 1179-82.
10. Takahashi T, Sibata S, Ito K, Ito S, Tanaka M, Suzuki S. Neuroimaging appearance of pituitary abscess complicated close inflammatory lesions – case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 1998; 38: 51-4.