



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1667 - Sinusopatía a propósito de un caso

J. Andrés Vera<sup>a</sup>, A.J. Martín Jiménez<sup>b</sup> y M. Gragera Hidalgo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 54 años que consulta por dolor en región malar izquierda de comienzo subagudo. Inicialmente se solicita Radiografía de senos paranasales y ortopantomografía, descartándose patología odontógena. Se pauta antibióticos orales y corticoides nasales, ante la sospecha de sinusitis. Consulta de nuevo por persistencia de los síntomas y aparición de sensación de ocupación de oído izquierdo. Se deriva a ORL por falta de respuesta al tratamiento. Tras valoración por FEA se descarta patología de su área, remitiéndolo de nuevo a AP para seguimiento. Debido a la progresión de la clínica, consistente en inflamación de hemicara izquierda y ligera proptosis de ojo izquierdo, solicitamos Ecografía de partes blandas, hallándose lesión inflamatoria en músculo masetero izquierdo por lo que se deriva de manera urgente a Cirugía Maxilofacial para continuar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF CyC: inflamación difusa y dolor a la palpación de región malar izquierda; Ligera proptosis ocular ipsilateral con MOEC; No adenopatías ni masas palpables. Orofaringe: hiperémica. Resto de exploraciones sin alteraciones. Ortopantomografía: sin hallazgos. Radiografía senos paranasales: velamiento del seno maxilar derecho. Fibroscopia: fosas nasales permeables sin lesiones evidentes. Ecografía partes blandas: lesión de hemicara izquierda de posible origen inflamatorio de 10 mm de diámetro, anterior a glándula parótida, en músculo masetero. No adenopatías. TAC facial parotídeo: lesión en fosa infratemporal izquierda con extensión craneal hacia orbital y caudal hacia fosa media, infiltrando músculo pterigoideo y masetero izquierdo, compatible con proceso neoplásico. Múltiples adenopatías locorregionales.

**Juicio clínico:** Meningioma meningotelial grado I en fosa infratemporal izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** DD Inflamación hemicara: patología odontógena. Sinusitis. Sialoadenosis. Parotiditis. Parálisis de Bell. Síndrome de Sjögren. Tumores de glándulas salivares. DD Proptosis ocular: Distiroidismos. Tumores (neurógenos, metastásicos, glandulares). Inflamatorios (miositis, celulitis orbitaria).

**Comentario final:** El meningioma, a pesar de ser una entidad poco habitual, constituye el tumor primario más frecuente del SNC (15-20%), siendo el meningotelial el subtipo histológico más común. Puede cursar con un cuadro clínico compatible con patologías tan prevalentes como la sinusitis, es por ello que debe estar presente dentro del diagnóstico diferencial. En casos como este, la AP desempeña un papel fundamental para llegar al diagnóstico definitivo, puesto que disponemos de una visión global del paciente gracias a la posibilidad de solicitar pruebas complementarias, derivar a los diferentes FEA y hacer un estrecho seguimiento, lo que

facilita el diagnóstico de patologías tan trascendentes como la de este caso, que inicialmente aparentan ser banales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rajeev K, Venkatesh G, Rana H, Muthukuttiparambil U. Primary Extradural Meningioma Presenting as Frontal Sinusitis with Extensive Bony Changes. Sultan Qaboos Univ Med. 2014;14(4):566-70.
2. Arias Marzán F, de Lucas Carmona G, Álvarez Flórez Mo, Febles García P. Meningioma primario extracraneal de senos paranasales. Acta Otorrinolaringol Esp. 2010;61(3):238-40.
3. Prieto Miranda S, López Elizalde R, Vélez Gómez E, Jiménez Bernardino CA. Meningioma maligno. Med Int Mex 2008;24(5):366-9.