

Una conjuntivitis de etiología excepcional



A conjunctivitis of exceptional origin

Caso clínico

Paciente de 83 años sin alergias conocidas ni antecedentes médicos reseñables, dedicada a trabajos domésticos. Inicialmente la paciente consulta en el Servicio de Urgencias por picor ocular e hiperemia conjuntival, siendo diagnosticada por el oftalmólogo de guardia de conjuntivitis, recomendándosele tratamiento con colirio antibiótico. Tras 2 semanas de tratamiento la paciente acude a nuestra consulta de Atención Primaria para revisión, aquejando empeoramiento de su sintomatología. En la exploración se aprecia efectivamente importante inyección conjuntival y protrusión de la conjuntiva, evidenciando además una asimetría facial por edematización de partes blandas en hemifacies izquierda, con ligero exoftalmos homolateral. No se auscultan soplos a nivel ocular. No existe fiebre, adenopatías palpables en cadenas ganglionares periféricas ni semiología infecciosa concomitante. El resto de la exploración resulta normal.

Con la sospecha de lesión ocupante de espacio a nivel del seno maxilar izquierdo o, menos probablemente, proceso infeccioso local (celulitis), se solicita estudio radiológico simple, que confirma el aumento de densidad de partes blandas en la hemicara izquierda con destrucción ósea del arco cigomático y seno maxilar izquierdo (fig. 1). Ante la posibilidad de encontrarnos frente a una tumoración maligna y agresiva derivamos a la paciente a Urgencias para completar estudio y tratamiento.

En Urgencias se solicita analítica general, que resulta normal, y una tomografía computarizada craneofacial, que muestra una voluminosa tumoración ocupando por completo el seno maxilar izquierdo, destruyendo todas sus paredes, invadiendo la fosa nasal y la órbita de ese lado, y provocando proptosis del globo ocular. La citada lesión provoca, además, destrucción del arco cigomático e invasión de los tejidos blandos adyacentes (fig. 2).

La paciente ingresa en Otorrinolaringología, donde se realiza fibroendoscopia en la que se aprecia ocupación de seno maxilar por una masa, sin existencia de tumoración en fosas nasales. Se realiza biopsia de la masa, cuyo resultado anatomopatológico es de carcinoma escamoso. El caso es comentado en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, desestimando tratamiento quirúrgico por su irresecabilidad y planificando tratamiento radioterápico, que la paciente ya ha comenzado.

Discusión

Los tumores de senos paranasales suponen tan solo el 3% de las neoplasias malignas del ser humano¹⁻⁴. El más frecuente de estos tumores es el del seno maxilar, que, no obstante, supone únicamente el 0,2% del total de los tumores malignos y el 1,5% de las neoplasias malignas de cabeza y cuello^{2,3}. La media de edad para esta enfermedad oscila entre los 50 y 63 años, y es más frecuente en varones (2,8

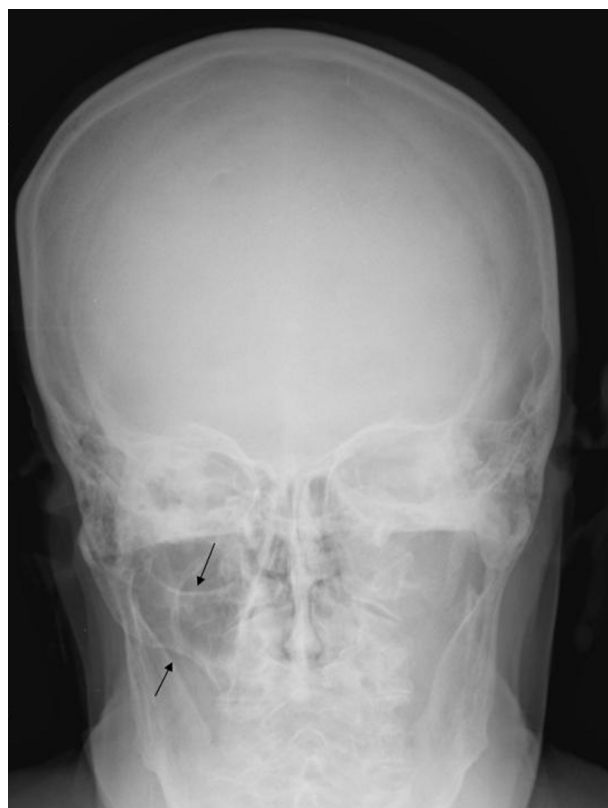


Figura 1 Radiografía simple que muestra el trayecto normal del arco cigomático derecho (flechas) y ausencia del mismo en el lado izquierdo.

veces), quienes además son diagnosticados en estadios más tempranos^{2,5,6}.

La etiología de este tipo de neoplasias es desconocida, aunque parece asociada al consumo de tabaco, la historia previa de radioterapia o la exposición laboral a madera y cuero (carpinteros, curtidores, etc.)^{1,2}.

La sintomatología suele ser poco florida e inespecífica, siendo el dolor y tumefacción a nivel nasogeniano el motivo de consulta más frecuente. Otros motivos de consulta igualmente inespecíficos son obstrucción nasal, secreción nasal, epistaxis, alteraciones visuales, edema orbitario, hemorragia gingival, o aparición de tumoración gingival, palatina o cervical^{1,2,5-7}. Debido a ello, es frecuente confundir esta entidad en su inicio con procesos alérgicos o inflamatorios banales, y en el momento del diagnóstico suele tratarse de tumoraciones grandes inoperables, con invasión de estructuras adyacentes (base del cráneo, huesos o partes blandas de la cara, órbitas, cavidad oral, etc.)².

Solo el conocimiento de esta afección puede llevar a un diagnóstico precoz que permita aplicar tratamiento con intención curativa. Tras la sospecha clínica, el diagnóstico se basa en las pruebas de imagen (de elección la tomografía computarizada, seguida de la resonancia magnética), que demuestran la existencia del tumor, su localización y la afectación de estructuras vecinas^{1,2,5}. El diagnóstico definitivo de malignidad y la estirpe tumoral vendrán dados por la anatomía patológica, para la cual

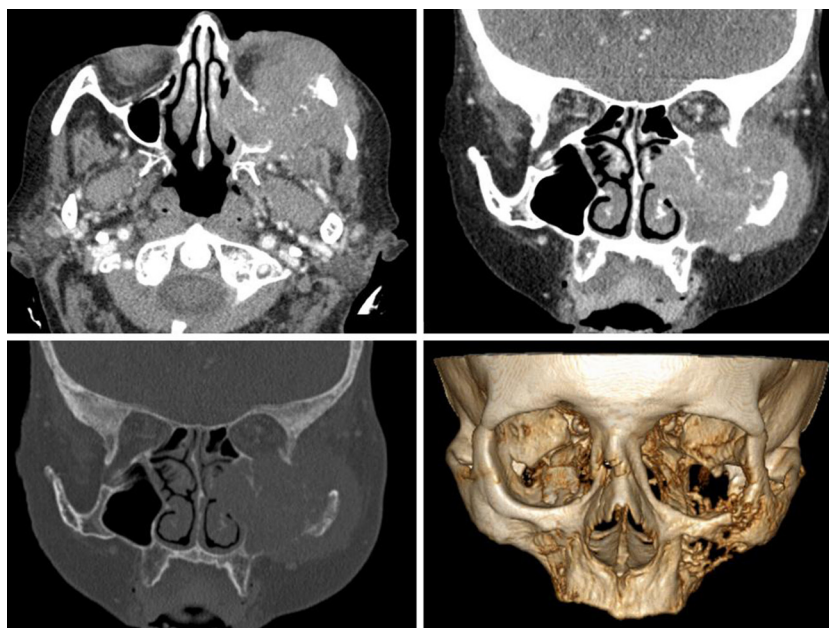


Figura 2 Masa a nivel de seno maxilar izquierdo en cortes de tomografía computarizada, con destrucción de hueso malar y arco cigomático.

es necesaria la realización de una biopsia, generalmente mediante fibroendoscopia^{3,4}.

El tratamiento de estos tumores es complejo por su localización³, pero hoy en día se acepta que el mejor es la combinación de cirugía con radioterapia y/o quimioterapia¹⁻⁷. No obstante, en estadios avanzados tanto la radioterapia como la cirugía tienen serias limitaciones^{2,7}. En tumores extendidos fuera del seno la cirugía es incapaz de resecarlo por completo sin provocar mutilaciones, existiendo, además, el riesgo de diseminar la enfermedad en el propio acto quirúrgico².

La supervivencia de este tipo de tumores varía según series entre uno y 6 años tras el diagnóstico^{1,2,5,6}. Los factores pronósticos más importantes son el estadio clínico^{2,6,7}, la localización (mejor pronóstico por mejor abordaje, los inferiores) y la afectación o no de los márgenes quirúrgicos².

La principal causa de muerte es la recidiva local^{2,6}, siendo rara la existencia de metástasis en este tipo de neoplasias⁵.

Hemos presentado el caso de una mujer previamente sana que comienza con una conjuntivitis y en la que ante la evolución tórpida de la misma se le diagnostica una tumoración maligna subyacente como causa precipitante del cuadro. El retardo diagnóstico en este caso impidió el abordaje quirúrgico de la tumoración, limitando el tratamiento a la radioterapia con intención paliativa.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

- Goel R, Ramalingam K, Ramani P, Chandrasekar T. Sino nasal undifferentiated carcinoma: A rare entity. *J Nat Sci Biol Med.* 2012;3:101-4.
- Manrique RD, Deive LG, Uehara MA, Manrique RK, Rodríguez JL, Santidrian C. Revisión del cáncer de seno maxilar en 23 pacientes tratados con radioterapia postoperatoria. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2008;59:6-10.
- Jimbo H, Kamata S, Miura K, Asamoto S, Tada S, Endo T, et al. Operative management of skull base malignant tumors arising from the nasal cavity and paranasal sinus: Recent strategies used in 25 cases. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2010;50:20-6.
- Callejo Castillo A, Cisa Lluís E, Romagosa Puig V, Mañós Pujol M. Tumor de células basales en seno maxilar: presentación inusual. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2012;63:65-7.
- Rytönen AE, Hirvikoski PP, Salo TA. Lymphoepithelial carcinoma: Two case reports and a systematic review of oral and sinonasal cases. *Head Neck Pathol.* 2011;5:327-34.
- Wolfish EB, Nelson BL, Thompson LD. Sinonasal tract mucoepidermoid carcinoma: A clinicopathologic and immunophenotypic study of 19 cases combined with a comprehensive review of the literature. *Head Neck Pathol.* 2012;6:191-207.
- Kumar M, Goyal S, Bahl A, Das P, Sharma DN, Ray R, et al. Sarcomatoid carcinoma of the maxillary sinus: A rare head and neck tumor. *J Can Res Ther.* 2008;4:131-3.

M. Ruiz-Felipe^a, D. Ochoa-Zarzuela^a,
M.J. Gimeno-Peribáñez^b, B. Madariaga-Ruiz^b y
D. Sáenz-Abad^{c,*}

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud
Valdefierro, Sector III, Zaragoza, España*

^b *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico
Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España*

^c *Medicina Interna, Servicio de Urgencias, Hospital Clínico
Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danielsaenzabad@hotmail.com
(D. Sáenz-Abad).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.12.003>