

Tomografía axial computarizada facial

O. Morán^a, R. Maroto^a y S. Minaya^b

^aMFYC EAP Argüelles. Madrid.

^bServicio de Radiodiagnóstico. Clínica Puerta de Hierro. Madrid.

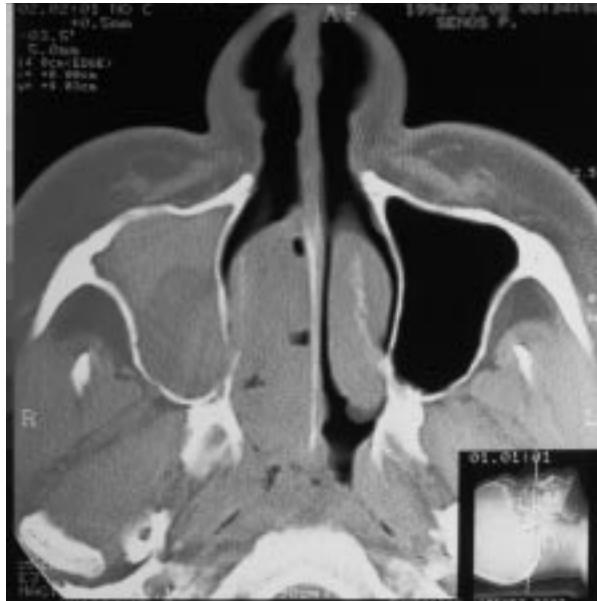


Fig. 1.



Fig. 2.

Caso clínico

Varón de 35 años de edad con antecedentes personales de rinitis sin predominio estacional, poliposis nasal, fumador de 2 paquetes al día, trabajador en tienda de calzado. Consulta hace 2 meses por rinorrea purulenta por fosa nasal derecha, tumefacción maxilar y epífora.

Se realizó radiografía simple evidenciándose ocupación del seno maxilar derecho, sin nivel hidroaéreo. Se trató como una sinusitis aguda con antibioterapia durante 10 días; así la rinorrea mejoró pero persistió la epífora, la hipoestesia y la algia periorbitaria.

Se remitió a otorrinolaringología donde se realizó endoscopia nasal observándose pólipos nasales. Ante la imposibilidad de completar el estudio por vía endoscópica, se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo, que mostró una masa de partes blandas heterodensa que ocupaba la totalidad de la cavidad nasal, el seno maxilar derecho, y las celdillas etmoidales, con destrucción de paredes óseas (orbitaria inferior, superior y media de seno maxilar derecho). Se evidenció una imagen polipoidea y un nivel hidroáereo en el seno maxilar izquierdo. El estudio anato-

mopatológico fue compatible con un papiloma invertido.

Comentario

El papiloma invertido recibe este nombre porque el epitelio se encuentra en el interior del estroma polipoideo en lugar de en la superficie. Nace en la pared lateral de la cavidad nasal, el cornete medio y el etmoides; un 10% puede nacer en el *septum* nasal. Su aspecto macroscópico puede confundirse con un pólipos nasal, aunque es algo más rojizo. Clínicamente producen obstrucción nasal, rinorrea, algia facial maxilar y periorbitaria, epistaxis recidivantes, epífora, exoftalmos, diplopía, síntomas trigeminales (neuralgia, hipoestesia) o cefalea. Pueden sobreinfectarse dando lugar a sinusitis. Es más frecuente en varones a partir de la tercera-cuarta décadas de la vida y no se asocia con antecedentes alérgicos previos. La lesión es unilateral, y radiológicamente hay destrucción ósea en la zona de la encrucijada etmoidomaxilar.

El papiloma invertido tiene una tasa de recidivas del 40%, incluso si se trata correctamente. Si se manejan

como pólipos nasales recidivan en el 100% de los casos. En un 10-20% de los casos puede coexistir con carcinoma epidermoide; con las recidivas aumentan las posibilidades de malignización.

El tratamiento consiste en intervenir al paciente por vía externa (abordaje lateronasal) con el fin de extirpar mucosa lateral de la fosa incluyendo los cornetes inferior y medio, la pared ósea intersinusal y etmoidotomía externa.

La importancia del caso clínico es el diagnóstico diferencial con la poliposis nasal, la posibilidad de malignización del papiloma invertido y sospechar el tumor nasosinusal ante un varón con epistaxis, rinorrea y algias

faciales, de evolución tórpida que no ceden con tratamiento convencional de sinusitis.

Bibliografía recomendada

- Abelló PJ. Otorrinolaringología. Barcelona: Doyma, 1992.
- Ballenger JJ. Enfermedades de nariz, garganta y oído. Barcelona: Salvat, 1988.
- Becker W, Nausmann H. Otorrinolaringología. Manual ilustrado. Barcelona: Doyma, 1992.
- Binham BJ, Hauke M. Otorrinolaringología clínica. Madrid: Mosby España, 1993.
- Cobeta. Otorrinolaringología básica. Tumores rinosinusales, 1988; p. 233-5.
- Lund VJ. Valoración de la obstrucción nasal. En: Kimmelman CP, editor. Clínicas otorrinolaringológicas de Norteamérica, 1992; p. 847-60.