

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTÁNAMO**

**OCCLUSIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE RETINA Y
RABDOMIOSARCOMA DE ETMOIDES. INFORME DE UN CASO**

Dra. Karina Claro Almeida¹, Dra. Esther García Moya², Dr. Oscar Chacón Benítez.³

1 Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Instructor.

2 Especialista de I Grado en Foniatría. Instructor.

3 Especialista de II Grado en Foniatría. Instructor.

RESUMEN

La mayoría de los tumores de senos paranasales se presenta en estado avanzado y, por lo general, las tasas de curación son precarias. El carcinoma de células escamosas es el tipo más frecuente de tumor maligno en nariz y senos paranasales (70–80 %). Los papilomas son entidades diferenciadas que pueden experimentar degeneración maligna. Los cánceres crecen dentro de los límites óseos de los senos y, a menudo, son asintomáticos hasta que erosionan e invaden las estructuras adyacentes. En este trabajo se describe el caso de una paciente atendida en nuestro servicio con diagnóstico de rabdomiosarcoma de etmoides complicado con oclusión de arteria central de la retina, complicación poco frecuente en nuestro medio..

Palabras clave: carcinoma de células escamosas, tumores de senos paranasales, rabdomiosarcoma de etmoides, oclusión de arteria centra de la retina.

INTRODUCCIÓN

El seno etmoidal o laberinto etmoidal se encuentra labrado en las masas laterales del etmoides y forma parte de la pared interna de la órbita y de la pared externa de la fosa nasal. Este seno adquiere características de

interés clínico en la primera infancia por ser el más neumatizado en esta etapa de la vida y asiento de inflamaciones agudas llamadas etmoiditis.

Los tumores del área nasosinusal presentan una incidencia de 1 caso por 100 000 habitantes, de los cuales alrededor del 0.4 por 100 000 corresponde a tumores de etmoides, una patología relativamente infrecuente que presenta mal pronóstico cuando invade la cavidad craneal u orbitaria. Se manifiestan con signos oculares (proptosis), secreción nasal purulenta o sanguínea, alteraciones del olfato por invasión de la lámina criboides; siendo éstos, signos y síntomas tardíos de una lesión avanzada. Como factor etiológico se ha atribuido la aspiración de vapores emanados de barnices, de sustancias sintéticas que usan quienes trabajan con cueros o en carpintería. Su base es estadística, mayor frecuencia en gente joven y en quienes se dedican a dichas labores.

Con el desarrollo de este trabajo se pretende mostrar un caso de poca incidencia no sólo en nuestro país sino en el mundo como ejemplo de las complicaciones descritas en la bibliografía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente: C.C.H.

Edad: 49 años.

HC: 483829

Historia de la enfermedad actual (HEA): Paciente de 49 años de edad con antecedente de hipertensión arterial, para lo cual lleva tratamiento regular con Captopril (2 tabletas/día), con ingresos en nuestro servicio por hemipansinusitis izquierda y mucocelo frontoetmoidal izquierdo clínico y radiológicamente, que acude por presentar cuadro de cefalea frontal izquierda, dolor de dicho ojo y hemicara del mismo lado, fotofobia, lagrimeo, visión borrosa, aumento de volumen de región palpebral y de región maxilar, así como otalgia. Refleja todo del mismo lado.

Antecedente patológico personal (APP): Hipertensión arterial.

Antecedente patológico familiar (APF): Hipertensión arterial en ambos padres.

Hábitos tóxicos: Café.

Examen físico

Otorrinolaringología: Cara con edema en región maxilar izquierda y párpado del mismo lado, dolor a palpación en fosa canina, canto interno de ojo y ángulo superior interno de la órbita.

Rinoscopía anterior (RA): No secreciones en meato medio. Cornete hipertrófico y engrosado (Figura 1)

Estudios de laboratorio

Química sanguínea: Normal.

Fondo de ojo (FO): Examen oftalmológico negativo (4/12/06).

Tomografía axial computarizada (TAC): Se observan senos etmoidales y esfenoidales limpios. Imagen pequeña en piso de seno maxilar izquierdo, no se observa alteración en etmoides, esfenoides y nervios ópticos. Ojo izquierdo desplazado hacia adentro (6/12/06) (Ver Figuras 2 y 3).

Videoendoscopia

Se observa fosa nasal derecha de coloración normal, estenótica, engrosamiento de tabique. En fosa nasal izquierda se observa marcado desplazamiento de pared lateral, a predominio de zona supraturbinal, por encima de cornete medio, donde se observa área de abombamiento cubierto de mucosa muy pálida y dolorosa que no permite mucha maniobra. Por otra parte existe, además del marcado estrechamiento, un punto de contacto entre cornete inferior y tabique, producto de una cresta que no se puede rebasar (18/4/07).

Acto quirúrgico

Se realiza antrotomía, luego etmoidectomía; se observa de inmediato salida de tejido tumoral y ausencia casi absoluta de mucosa. Se procede a extracción cuidadosa de todos los tabicamientos etmoidales, piso orbitario y pared nasal de etmoides, quedando una cavidad única (amplia), se extrae cuidadosamente todo el contenido posible, evitando el relacionado con el globo ocular que al palparlo se siente movimiento de grasa o tejido en relación al mismo, que se proyecta en el seno, sin sangrado; la cavidad queda limpia (21/9/07).

Evolución postoperatoria

Cara: Edema de párpado superior y mejilla con equimosis de párpado inferior (22/9/07).

Región ocular: Hemorragia subconjuntival de ojo izquierdo, buena visión, niega diplopía (23/9/07).

Cara: Aumento de edema periorbitario.
Se solicita la valoración por Oftalmología.

Valoración por Oftalmología

Agudeza visual (AV) Ojo derecho (OD): Normal.
Ojo izquierdo (OI): No percepción de la luz.

Ojo izquierdo (OI): Edema palpebral y equimosis en párpado superior moderado. Equimosis conjuntival ligera, cornea transparente, pupila irregular que no responde a la luz.

Fondo de ojo: Retina pálida, con vasodilatación arteriolar, no preciso disco óptico. Reflejo de fondo blanquecino.

Ojo derecho (OD): Edema palpebral ligero. Resto de examen normal.
Fondo de ojo: Disco definido, área macular normal, no otra alteración.

Comentario: En este momento no tiene percepción de la luz en ojo izquierdo, presenta limitación de movimiento ocular en ese ojo, teniendo en cuenta lo encontrado en el examen físico se interpreta como cuadro obstructivo arterial.

Discusión en colectivo de Oftalmología: Posible diagnóstico de oclusión de arteria central de la retina (OACR) post quirúrgica por posible compresión de tumoración a nivel de la arteria central de la retina.

Valoración por colectivo de Otorrinolaringología

La lesión ocular es antigua; con edema y equimosis post quirúrgica no se puede delimitar su antigüedad, siendo necesario en estos casos un examen oftalmológico preciso.

Tumoración de origen congénito y raro.

Variedad histológica hamartoma con predominio rabdomiomatoso.

Complicación ocular antigua por posible compresión y/o erosión tumoral de largo tiempo de evolución.

Disociación clínico radiológico, no correspondencia de TAC con localización.

Resultado de biopsia (B-07-5725)

Biopsia incisional de tumor constituida por varios fragmentos de tejidos; muscular estriado, con fibrosis redondos y longitudinales, con ligera vascularización focal, además con fibras nerviosas y tejido adiposo intercalado. Un microfragmento de células sacrófilas. Compatible con crecimiento tumoral hamartomatoso, con predominio rabdomiomatoso.

Valoración por Oncología

Se coincide en que es un tumor congénito de tiempo de evolución y compromiso ocular no reciente por la palidez descrita y crecimiento tumoral de largos años que destruyó piso y pared interna de la órbita. Es un tumor raro en otras localizaciones y la conducta tomada fue la adecuada.

DISCUSIÓN DEL CASO

Cerca de la mitad de los cánceres que se inician en el etmoides avanzan hasta invadir la cavidad craneal, lo que, según hemos visto, constituye uno de los factores de peor pronóstico.

Además de esta situación, según el estudio desarrollado en el citado centro, otros factores de mal pronóstico son la invasión de la parte posterior de las órbitas, así como la del seno esfenoidal, situado por detrás del etmoides, según las conclusiones del estudio, que firman también, entre otros, José Luis Llorente y Ramón Fernández de León.

Los resultados de la serie analizada indican que el 40 % de los pacientes alcanzó la curación. La cirugía es la alternativa de tratamiento indicada en la mayor parte de los casos, frecuentemente con radioterapia postoperatoria.

El diagnóstico precoz es una cuestión clave que influye en el pronóstico de la enfermedad. Y conseguir la detección temprana continúa siendo un tema de investigación. Uno de los factores que dificulta el diagnóstico precoz es la ausencia de síntomas visibles para el paciente, sobre todo en casos en que el tumor crece hacia la cavidad craneal, lo que hace que no se aprecie hasta que su tamaño es considerable.

En cambio, si crece hacia la órbita puede propulsar el ojo hacia delante, con lo que su detección será más temprana. Más del 60 % de los tumores de etmoides están vinculados con la tarea profesional, lo que lleva a los expertos a destacar la necesidad de tener en cuenta este factor y adoptar estrategias preventivas y de control en estos sectores laborales.

Consideramos que a pesar de que este tumor es poco frecuente debemos no dejar de pensar en él. Además, los casos deben de tener un mejor y más amplio estudio para un diagnóstico oportuno. Es importante el seguimiento e interconsulta de manera adecuada y sistemática, fundamentalmente entre otorrinolaringólogo y oftalmólogo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cánepa HJ, Alderete CA, Gagliardi CE. Resección craneofacial en tumores Rinosinusales. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Prof. Dr. R. Rossi. La Plata. Argentina. Rev neurocir. 2000; 3(3):79-90. LILACS
2. Colectivo de autores. Cáncer del seno paranasal y de la cavidad nasal: Tratamiento[Internet]. 2009[citado 13 ene 2010]. Disponible en: <http://www.cáncer.gov/español>.
3. Escobar P. Neurinoma Etmoidal Gigante Con Extensión Intracraneal. Acta Otorrinolaringol Esp. 2001; 52: 65-69.
4. Escobar R. La invasión intracraneal, de órbitas y senos indica mal pronóstico en tumor etmoidal. Avances Médicos. 2009; 21.
5. Gras Cabrerizo JR. Análisis epidemiológico de 72 carcinomas de fosas y senos paranasales. Acta Otorrinolaringol Esp. 2006; 57: 359-363.
6. Jethanamest D, Morris LG, Sikora AG. Esthesioneuroblastoma: a population-based analysis of survival and prognostic factors. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 133 (3): 276-80, 2007.
7. Jiménez VO. Metástasis Fronto-Etmoidal de Adenocarcinoma Prostático. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Acta Otorrinolaringol Esp. 2001; 52: 151-154.
8. Mendenhall WM, Riggs CE, Cassisi NJ. Treatment of head and neck cancers. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editores. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 7thed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 662-732.
9. Sartoris A. Anterior craniofacial resection in the treatment of malignant nasal-paranasal sinus tumors with intracranial extension. Acta Otorhinlaryngol Ital. 1991; 11(3)317-327.
10. sisbib.unmsm.edu.pe[Internet]. Rodríguez Céspedes W. Cáncer de fosa nasal y senos paranasales. 2009[citado 24 jun 2009]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/neoplasias/can_fosa_nas_sen_para.htm
11. Suárez C. La invasión intracraneal, de órbitas y senos indica mal pronóstico en tumor etmoidal. 1996-2006. GB Systems Dental World. 2007.

12.Valenzuela H. Tumores Orbitarios de Difícil Manejo. Chile :
Medwave; 2001.



Figura 1. Realización de rinoscopia anterior.



Figura 2. Imagen de TAC. Tumor pronunciado.

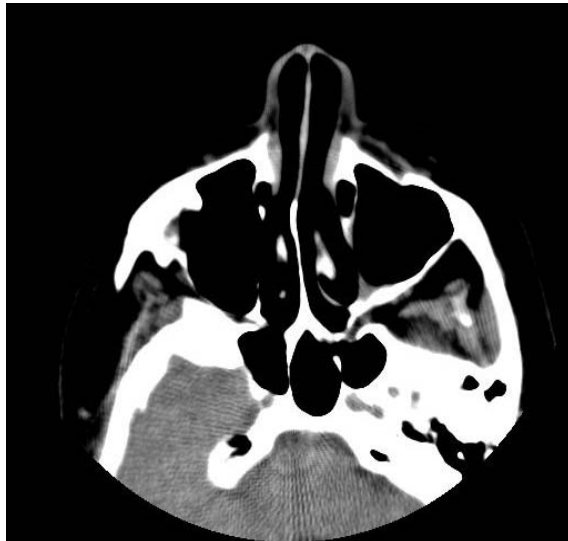


Figura 3. Imagen TAC. Corte de seno nasal.



Figura 4. Paciente ya en recuperación.