

ASPERGILOSIS QUE COINCIDE CON TUMOR DEL SENO MAXILAR

Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Jorge Zequeira Peña; Dra. Margarita Pila Peláez; Dr. Rafael Pila Peláez

Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey

RESUMEN

Se presenta un paciente con un histiocitoma maligno en el seno maxilar, además presentó en el curso del mismo una aspergilosis de dicho seno. Se señalaron características, factores causales, medios diagnósticos y tratamientos empleados en estas entidades. Se señala que la operación Caldwell-Luc es importante en el tratamiento de la sinusitis crónica y a la vez ofrece el diagnóstico de estas enfermedades poco frecuentes en nuestro medio.

DeCS: DERMATOFIBROMA/ etiología, diagnóstico, terapia; ASPERGILOSIS/ etiología, diagnóstico, terapia; SENO MAXILAR; SINUSITIS/ terapia.

ABSTRACT

A patient with a malign histiocytoma in the maxillary sinus is studied; and also an aspergiltosis of the same sinus. Characteristic causal factors, diagnostic means and treatments used in these entities were stressed. It is shown that Caldwell-Luc's operation is important in the treatment of chronic sinusitis and at the same time it gives the histopathological diagnosis in these uncommon disease in our setting .

DeCS: DERMATOFIBROMA/ etiology, diagnosis, therapy; ASPERGILLOSIS/etiology, diagnosis, therapy; MAXILLARY SINUS; SINUSITIS.

INTRODUCCIÓN

Los hongos de las especies *Aspergillus* están en la naturaleza y causan enfermedades humanas, pero esto es raro en los países industrializados. Estas infecciones son vistas comúnmente en pacientes inmunodeprimidos y usualmente son involucrados los pulmones, tracto gastrointestinal, cerebro, o son diseminadas (1). Las infecciones de los huesos y articulaciones son más infrecuentes aún, al igual que la afectación de los senos maxilares (2,3). Los tumores nasales y paranasales son entidades poco frecuentes como ha sido demostrado por diferentes autores (4, 5). El objetivo de este trabajo es la presentación de un paciente con un tumor en seno maxilar en el curso del cual presentó una infección por aspergilosis, al mismo tiempo que exponemos algunas características de esta asociación.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 34 años con antecedentes de sinusitis maxilar crónica que desde hace 1 ó 2 meses se le realizó extracción del segundo molar superior y que en el día de hoy al inclinar la cabeza comenzó a sangrar por la fosa nasal izquierda, por lo que es remitido al Servicio de Urgencia donde se controla la epístaxis por compresión.

Examen físico por aparatos y sistemas: normales.

Boca: no presenta signos. Se observa un orificio de 1 cm aproximadamente que comunica ampliamente con el seno maxilar izquierdo, situado en el reborde alveolar en la región de molares superiores izquierdos en el que se aprecia un aumento de volumen, de consistencia elástica que lo circunda. Se realiza radiografía con técnica de Waters.

Se practicó biopsia por curetaje y su resultado fue el de un proceso inflamatorio. A los 15 días se repite la biopsia, ya que el paciente evoluciona mal, con inflamación y epístaxis, con abortaje al seno maxilar mediante incisión de Caldwell-Luc, se curetea

por completo el seno de maxilar y se obtiene un tejido granulomatoso, friable y sangrante; se comprueba la destrucción de la pared ántero-lateral del seno maxilar izquierdo, así como parte del piso y pared medial respetando sólo las paredes posterior y superior parcialmente. El resultado de la biopsia fue compatible con aspergilosis del seno asociado a posible tumoración del mismo.

Es ingresado en sala de Medicina Interna donde se impone tratamiento con Anfotericin-B a razón de 0.5 mgs x kg por día hasta administrar un total de 2 gr, realizando control hematológico y renal cada 3 días.

El paciente mejora ostensiblemente, se le da el alta hospitalaria y concurre a consulta después de varios meses por "obstrucción" nasal, epístaxis y dolor facial, por lo que se ingresa de nuevo. Se le practica radiografía de senos perinasales, y un nuevo curetaje (Caldwell-Luc), para biopsia y se comprueba que aún está presente la masa tumoral.

El resultado del estudio histológico es compatible con histiocitoma maligno, sin apreciarse aspergilosis. El paciente es tratado con radioterapia a razón de 6500 unidades, y fallece por metástasis pulmonares y cerebrales.

DISCUSIÓN

La infección de los senos maxilares por aspergilosis puede ser encontrada en pacientes con buen estado general y en pacientes destruidos y debilitados (6). Enfermedades sistémicas como inmunopatías, tumores malignos, tratamiento con drogas inmunosupresoras y agentes citostáticos pueden asociarse y aumentar la incidencia de infecciones micóticas (7,8). En pacientes con buena salud hay factores locales o predisponentes para la infección de los senos maxilares (8).

Muchos pacientes han sido reportados después de tratamientos con antibióticos de amplio espectro durante largo tiempo, ya que estos suprimen la flora bacteriana dando lugar al crecimiento del hongo (6).

Las infecciones recurrentes, la extracción dental, los traumas y la cirugía, pueden afectar el drenaje de los senos y dar lugar a esta infección (1,6) algunos de los antes citados pudiera ser la causa de la aspergilosis de nuestro enfermo.

Este caso tiene la importancia de asociarse a un tumor del seno maxilar con una aspergilosis, lo cual desde el principio se prestaba a confusión, pues podía tratarse de un tumor u otra entidad, máxime cuando la biopsia del seno presentó el diagnóstico de aspergilosis, pues desde los trabajos de Hora (9), esta infección fue dividida en dos variedades: la aspergilosis nasosinusal no invasiva y la invasiva. En la no invasiva, la que posiblemente presentó nuestro enfermo, los síntomas, los signos clínicos y los hallazgos radiográficos son similares a los de una sinusitis crónica (10), pero en la forma invasiva, la destrucción de los huesos y la participación de la órbita muchas veces son imposibles de diferenciar de un tumor maligno (11).

Se impone el tratamiento con Anfotericin B siguiendo los criterios de Braun (12), ya que hay autores como Robb (13), que aconsejan reservar este tratamiento solamente para aquellos casos de evolución fulminante, dados sus efectos secundarios; sin embargo, en nuestro paciente el tratamiento transcurrió sin complicaciones, realizándose control hematológico y renal cada tres días. El paciente mejoró notablemente, no concurrió más a nuestra consulta durante seis a ocho meses, en que acude con síntomas y signos de un tumor del seno maxilar.

Estos tumores son raros, (4) y afectan con mayor frecuencia el seno maxilar (4,5) como ocurrió a nuestro enfermo que presentó como síntomas y signos los propios de esta localización, tales como inflamación, dolor y obstrucción nasal, así como epístaxis, lo cual es reportado por otros autores (4,14).

La evolución de nuestro enfermo fue mala debido a que todos acuden al facultativo tardíamente por la vaguedad de los síntomas y no tener presente que tras una enfermedad benigna persistente puede ocultarse un tumor. Ante síntomas como inflamación, dolor y obstrucción nasal que no ceden al tratamiento médico, debemos pensar siempre en la existencia de un tumor.

Hasta hace poco tiempo se era extraordinariamente conservador a la hora de hacer un acto quirúrgico diagnóstico en los senos, por temor a crear una vía de propagación tumoral. Si inmediatamente después del diagnóstico se inicia el tratamiento definitivo, esta forma de actuar mejora el pronóstico (4).

Los hallazgos histológicos más frecuentes en esta zona son el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma, como sucede en toda la zona de la cabeza y cuello, especialmente en el seno maxilar (4,5,14).

Nuestro paciente presentaba un histiocitoma maligno, tumor raro y muy poco mencionado en la literatura, que ocasionó metástasis cerebrales y pulmonares que llevaron a la muerte a este enfermo.

En cuanto al tratamiento, se emplea la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. La cirugía no es muy empleada ya que en los tumores extensos es muy mutilante y sin garantía de una extirpación completa; por otro lado la quimioterapia empleada da buenos resultados inicialmente, pero con recidivas y crecimientos tumorales a las pocas semanas (4,5,14-16). La radioterapia como tratamiento único ha sido la más empleada (16), por los buenos resultados a mediano plazo, sobre todo teniendo en cuenta sus escasas complicaciones. Las dosis empleadas oscilan entre 6 000 y 7 200 rads (15,16), que fue la empleada en nuestro enfermo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grigoriv D, Bambulke J, Delacretas J. Aspergillus sinusitis. *Posgrad Med* 1979; 55(2): 619-621.
2. Tack K, Rhane F, Brown B, Thomson R. Aspergillus osteomyelitis. *Am J Med* 1982; 73(8): 295-300.
3. Mc Gill T, Simpson G, Healy G. Fulminant aspergillosis of the nose and paranasal sinuses: A new clinical entity. *Laryngoscope* 1980; 90(3): 748-754.
4. Cobeta I, Rodríguez R, Vidal A, Shaw H. Cáncer de los senos paranasales y la cavidad nasal. *Acta Otorrinolaring Esp* 1987; 38(4): 204-213.
5. Hopkin N, Mc Nicoll W, Dalley V, Shaw H. Cancer of the paranasal sinuses and nasal cavities. *J Laringol Otol* 1984; 98(4): 585-595.
6. Axelsson H, Carloo B, Weibring J, Winblap B. Aspergillosis of the maxillary sinus. *Acta Otolaringol* 1978; 86 (10): 303-308.
7. Bonty A, Page L. Aspergillosis of the maxillary sinus. Review of the literature and report of a case. *Oral Surg* 1977; 43(4): 350-355.
8. Chapnik J, Bach M. Bacterial and fungal infections of the maxillary sinus. *Otolaringol Clin of North Amer* 1976; 9 (2): 43-48.

9. Hora JF. Primary aspergillosis of the paranasal sinuses and associated areas. *Laryngoscope* 1965; 75 (4): 768-772.
10. Barbana EJ. The clinical spectrum of aspergillosis: critical reviews. *Clinical Laboratory Sciences* 1980; 13(5): 85-159.
11. Cantillos-Baños E, Algarra García C, Jurado-Ramos A, López Villarejo B. Aspergillosis nasonisual invasiva. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaring Esp* 1989; 40(4): 329-331
12. Braun J, Pauroball A, Conraux C. Les aspergilloses nasosinusiennes: A propos de 35 casos. *Ann Oto-Laring* 1987; 104(2): 1-8.
13. Robb P. Aspergillosis of the paranasal sinuses: A case report and historical perspectives. *J Laryngol Otol* 1986; 100(4): 1071-1077.
14. Lederman, M. Tumors of the upper jaw: Natural history and treatment. *J Laringol Otol* 1970; 84(5): 369-401.
15. Ireland P, Bryce D. Carcinoma of the accesory nasal sinuses. *Ann Otol-Rhino-Laryngol* 1976; 75(6): 698-703.
16. Price L, Hill B. A Kinetically based logical approach to the hemothephy of head neck cancer. *Clin Otol* 1977; 2 (4): 339-345.

Recibido: 2 de julio de 1997

Aprobado: 13 de enero de 1997