

# Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.  
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja  
Periodicidad continuada  
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja  
Correspondencia: [revistaorl@revistaorl.com](mailto:revistaorl@revistaorl.com)  
web: [www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

Caso clínico

## Sinusitis esfenoidal erosiva asintomática

### Asymptomatic erosive sphenoid sinusitis

*Eduardo Antonio Mena-Domínguez, Jaime Santos-Pérez, Teresa Millas-Gómez, Guillermo Arturo Landínez-Cepeda, María Consolación Martín-Pascual, Darío Morais-Pérez*

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio ORL y PCE, Valladolid, España  
[eamena@saludcastillayleon.es](mailto:eamena@saludcastillayleon.es)

Recibido: 18/06/2013

Aceptado: 12/07/2013

Publicado: 18/07/2013

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de intereses

**Imágenes:** Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Mena-Domínguez EA, Santos-Pérez J, Millas-Gómez T, Landínez-Cepeda GA, Martín-pascual MC, Morais-Pérez D. Sinusitis esfenoidal erosiva asintomática . Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2013. 4 (13): 111-116.

<b>Resumen</b>	La sinusitis esfenoidal es una enfermedad infecciosa desarrollada en el seno esfenoidal, de forma aislada o acompañada. El diagnóstico de la sinusitis esfenoidal suele ser difícil, ya que los síntomas iniciales habituales son inespecíficos. Puede generar complicaciones graves intracraneales y de los pares craneales. El diagnóstico se basa en la historia clínica, examen físico, resonancia magnética (RM) y tomografía computarizada (TC). El tratamiento inicial consiste en antibioticoterapia <sup>1</sup> , salvo complicaciones que se deberá realizar apertura y drenaje de los senos paranasales mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS).
<b>Palabras clave</b>	Seno esfenoidal; sinusitis; Cirugía endoscópica
<b>Summary</b>	Sphenoid sinusitis is an infectious disease developed in sphenoidal sinus, either isolated or accompanied. The diagnosis of sphenoid sinusitis is often difficult, since the common initial symptoms are nonspecific. It can generate serious intracranial and cranial nerves complications. The diagnosis is based on clinical history, physical examination, magnetic resonance imaging (MRI) and computed tomography (CT). Initial treatment consists of antibiotic therapy, unless complications that should perform endoscopic sinus surgery (ESS) in order to open and drainage the sinus.
<b>Keywords</b>	Sphenoid sinus; Sinusitis; Endoscopic surgery

## Introducción

Las sinusitis esfenoidales o esfenoiditis son enfermedades infecciosas de origen bacteriano o micótico desarrolladas en el seno esfenoidal. Pueden presentarse en forma aislada o acompañarse de infección en uno o varios senos adyacentes. El término sinusitis esfenoidal se reserva habitualmente a las formas aisladas[1], que corresponde a menos del 3% de todas las sinusitis[2,3].

La sintomatología de las patologías del seno esfenoidal es difícil de caracterizar, ya que son muy inespecíficos[4,5], siendo lo más común cefalea y alteración de la visión[1,6]. Estas deben ser estudiadas y diferenciadas de causas inflamatorias y no inflamatorias para un correcto tratamiento. La sinusitis esfenoidal aislada es una de las patologías inflamatoria poco común pero muy peligrosa[6] y con clínica inespecífica[4,5], teniendo que ser diagnosticada y confirmada la mayoría de veces por estudio de imagen como la TC, incluso RM[6,7], previo un examen físico completo en cual es muy importante una fibroscopia endonasal[1,4-7]. Presentamos un caso de sinusitis esfenoidal aislada asintomática, en paciente joven, tratada en nuestro centro.

## Descripción

Paciente masculino 39 años de edad con antecedentes de alergia a la penicilina y trastorno bipolar en tratamiento psiquiátrico, actualmente estable. Es remitido a nuestro servicio por hallazgo casual de lesión esfenoidal en TC de seguimiento por servicio de psiquiatría, sin referir alguna sintomatología. Al ingreso paciente asintomático. Se realiza endoscopia nasal, TC y RM (figuras 1 y 2), informando de lesión que ocupa seno esfenoidal con expansión y destrucción ósea de suelo esfenoidal, clivus y área de silla turca. Concluyendo patología inflamatoria vs tumoración maligna, planteándose CENS.

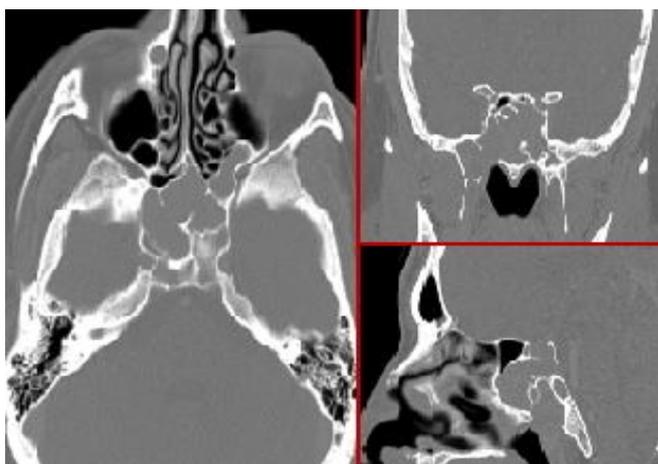


Figura 1. Imágenes de TC: cortes axial, coronal y sagital.

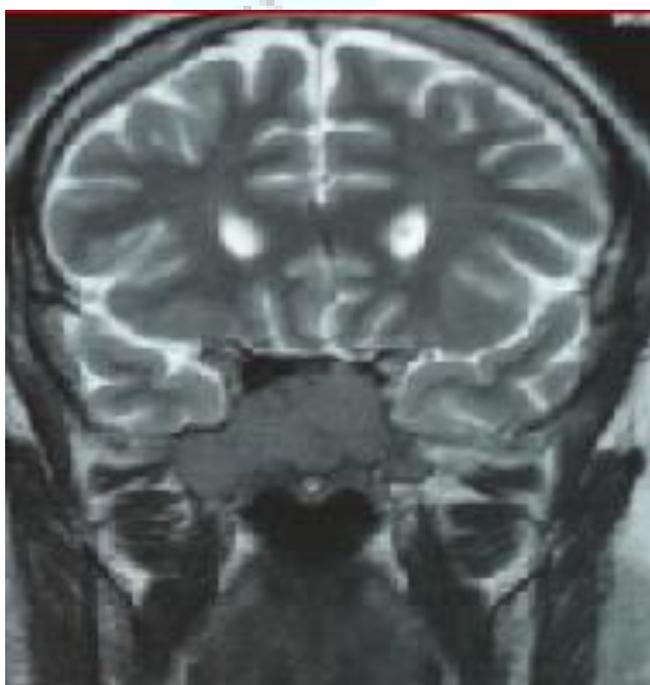


Figura 2. RM, corte coronal.

Se realiza maxiloetmoidectomía bilateral con resección de cabeza de cornetes medio y 1/3 posterior de vómer, se comunican todas las celdas etmoidales y apertura esfenoidal amplia visualizando material purulento (figura 3) que se extiende hasta clivus, compatible con sinusitis del cual se toma cultivo, observándose también erosión ósea alrededor de la arteria carótida interna izquierda, dejándola dehiscente (figura 3). En la figura 4 se aprecia visión de la amplia apertura del seno esfenoidal.

El post-operatorio cursa sin ninguna complicación, el cultivo fue positivo para *propionibacterium acnés*, se pautan antibióticos intravenosos, clindamicina y gentamicina, tratamiento con el cual el paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta. El seguimiento al mes y a los 4 meses post-operatorio es favorable.

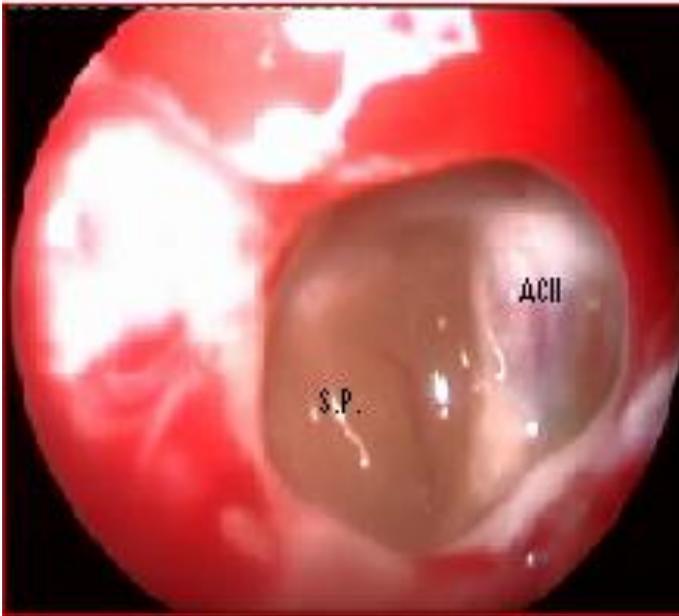


Figura 3. Apertura del seno esfenoidal izq. Se visualiza arteria carótida interna izquierda dehiscente. (ACII) y material purulento (SP) en el seno.



Figura 4. Apertura amplia del seno esfenoidal.

### Discusión

La patología inflamatoria aguda aislada del seno esfenoidal es una entidad raramente descrita[6]. La prevalencia de sinusitis esfenoidal en la población general es baja, poco común en la clínica orl diaria, en torno al 2,5% del total de sinusitis, lo que hace que con frecuencia no se piense en la afectación esfenoidal. La baja incidencia y la poca especificidad de sus síntomas

dificultan su diagnóstico[5]. El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico, la endoscopia nasal, la RM y TC que es actualmente la prueba diagnóstica de elección[1,5,7].

El tratamiento de primera elección consiste en antibioticoterapia[1,5], siempre que no se observen complicaciones, que entonces se deberá proceder a la apertura y drenaje del seno afectado mediante CENS[1]. La extensión de la cirugía va a depender de la patología[8].

Siempre debe de procurarse la toma de muestra para examen bacteriológico y su correspondiente antibiograma. Los gérmenes más frecuentes aislados son: streptococos pneumoniae, staphylococcus aureus y haemophilus influenzae[1].

En estudios de sinusitis aguda, el diagnóstico microbiológico, los patógenos más frecuentes entre los anaerobios (2 % del total), fueron Propionibacterium acnes (de dudoso significado clínico), Peptostreptococcus spp. y Prevotella spp[9]. El propionibacterium acnés es un gram positivo de la flora habitual de la piel, mucosas, nasofaringe, cavidad oral, tracto intestinal y genitourinario. Se le postuló como agente causal del acné inflamatorio y hay informes en la literatura de que puede ser causa de endocarditis, discitis, osteomielitis, y enfermedades del sistema nervioso central que incluyen meningitis, empiemas subdurales y abscesos cerebrales[10].

### Conclusiones

Las lesiones aisladas del seno esfenoidal es una entidad muy infrecuente con síntomas muy inespecíficos. El correcto diagnóstico se basa en la sospecha y una adecuada exploración con endoscopia y pruebas de imagen, teniendo en cuenta que una exploración endoscópica normal no debe excluir patología esfenoidal.

Se debe implementar tratamiento médico agresivo, cuando se sospechen causas inflamatorias aunque la mayoría de los casos necesitará cirugía. La esfenoidectomía endoscópica es el método quirúrgico óptimo con pocas complicaciones.

La demora en un tratamiento adecuado puede afectar cualquiera de las estructuras vecinas al seno esfenoidal (arteria carótida interna, nervio óptico, pares craneales III, IV, VI, V1, V2, glándula pituitaria, seno cavernoso, etc.), que es una indicación inmediata de cirugía.

### Bibliografía

1. Gilain L. Sinusites sphénoïdales. Encycl Med Chir.Oto-rhinolaryngologie. 20-430-E-10, 2003, 6p.
2. Tan HK, Ong YK. Acute isolated sphenoid sinusitis. Ann Acad Med Singapore. 2004;33:656-59.
3. Gilony D, Talmi Y, Bedrin L, Ben-Shosan Y, Kronenerg J. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;136:610-5.
4. Castelnuovo P, Pagella F, Semino L, De Bernardi F, Delù G. Endoscopic treatment of the isolated sphenoid sinus lesions. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2005;262(2):142-7.
5. Cinza Sanjurjo S, Cabarcos Ortiz A, Rey Aldana D, Lorenzo Zuniga V.

Diagnóstico por tomografía axial computarizada de sinusitis esfenoidal. An. Med. Interna (Madrid). 2006;23:28-30. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v23n1/nota2.pdf>. [Consultado el 10-12-2010].

6. Strek P, Zagólski O, Składzień J, Oleś K, Konior M, Hydzik-Sobocińska K, Głowacki R. Endoscopic surgical treatment of patients with isolated sphenoid sinus disease. Otolaryngol Pol. 2007;61:254-9.

7. Martin TJ, Smith TL, Smith MM, Loehr TA. Evaluation and surgical management of isolated sphenoid sinus disease. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002;128:1413-9.

8. Sethi D. Isolated sphenoids lesions: Diagnosis and management. Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;120:730-6.

9. Lopardo H, Hernandez C, Soloaga R. Sinusitis aguda. En: Meda Ronaldo, JL. Diagnostico microbiológico de las infecciones respiratorias bacterianas. Lab Britania. Buenos aires. Argentina. 1999. pp.15-16.

10. Zarate M; Yahni D; Guevara M; Smayevsky J. Absceso cerebral posquirúrgico causado por Propionibacterium acnes. Medicina (B. Aires). 2009;69:170-172. Disponible en

<http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v69n1/v69n1a08.pdf>. [Consultado el 20-12-2009].

