

# Signología radiológica de patología en cráneo y cara para médicos en Atención Primaria

Santín García Guillermo<sup>□</sup>

**Justificación:** con frecuencia se carece de reportes de médicos radiólogos en los servicios médicos, por lo que los médicos tratantes se ven obligados a “interpretar” estudios radiográficos para ratificar o descartar diagnósticos.

Ellos manifiestan dificultad para identificar ciertos signos de patología en el cráneo y cara, quizá simples para un especialista en Radiología. Es indispensable reconocerlos en el ejercicio diario para acelerar las soluciones, y referir sólo aquellos casos que realmente lo ameriten.

Una premisa es que el diagnóstico radiológico se basa en conocer la anatomía normal para identificar su alteración: a través de signos.

**Indicaciones:** cuando se trata del área de cráneo o cara: infantes, adolescentes o adultos con trauma, deambulando —no graves; con deformación craneal o facial; dolor de la cara o cefalea; con obstrucción de vías aéreas superiores, flujo líquido o purulento, o voz gangosa; visión borrosa crónicamente acentuada (en ocasiones recurrente cambio de lentes).

**¿Qué examen realizar?:** para el cráneo y la silla turca las incidencias deben ser: frontal y lateral (Fig. 1, 2). Si se sospecha de lesión de la región occipital, además vista “medio axial” (que no se ilustra).



Fig. 1. Vista frontal: fronto-naso-placa: senos frontales mínimos es una variante normal (flechas pequeñas). Pared derecha de la fosa nasal angosta (flecha larga). Densidad mayor, eburnificación y grosor de la mitad derecha del hueso occipital (flecha inferior) que con la asimetría a la vez la fosa nasal traduce: “displasia fibrosa”, entidad frecuente. Notar además la exuberancia de la tabla interna del frontal a los lados del surco central del seno longitudinal: hiperostosis. Falta de erupción de molares superiores; prótesis metálicas en piezas dentarias.



Fig. 2. Suturas coronarias y lambdaidea (flechas) en adolescente. En el centro del círculo notar la nitidez, morfología y dimensiones normales de la silla turca que sirvan de referencia a la figura 10.



Fig. 3. Incidencia de Waters. Es la mejor vista para cara, huesos nasales, senos maxilares, pisos orbitarios. Existe: opacidad del seno maxilar derecho; nivel líquido en el izquierdo. Grandes senos frontales: variante anatómica, con niveles líquidos. Sinusitis con secreción aguda y niveles (flechas) tanto en los grandes senos frontales como en el maxilar izquierdo y opacidad inflamatoria total del seno maxilar derecho. Más difícil de ver: hay engrosamiento de la mucosa de paredes laterales de las fosas nasales.

□□ Maestro en ciencias radiológicas. Profesor de la Radioteca. Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:  
Santín García Guillermo  
santin@servidor.unam.mx

Aten Fam 2009;16(3):58-60.

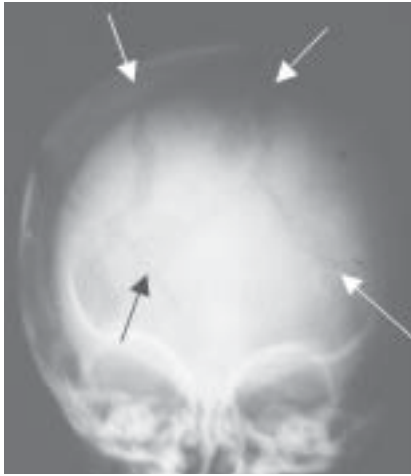


Fig. 4. Lactante. Las flechas muestran trazos de fractura de ambos parietales, distintos obviamente a las suturas, irradiados al vértice y aunque no visibles en esta imagen, a la base reduce traumatismos múltiples y por la separación no son recientes. "Niño golpeado".



Fig. 5. Agrandamiento de la silla turca (comparar con la Fig. 2) y además dentro y arriba de ella aparecen **múltiples calcificaciones** moteadas intracraneales tumorales; (incluidas en el círculo) en un niño es craneofaringioma. La **sutura** lambdoidea está ligeramente **abierta** aunque pasaría como normal en los primeros años de vida (flecha).

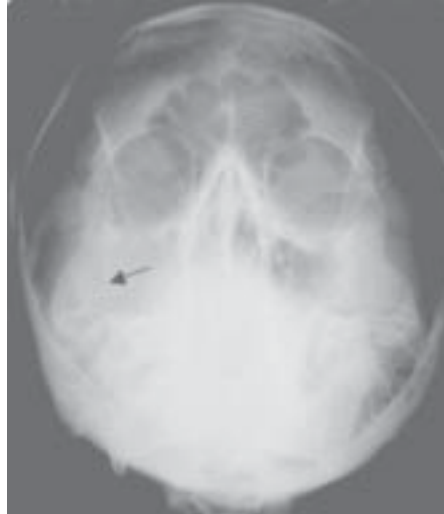
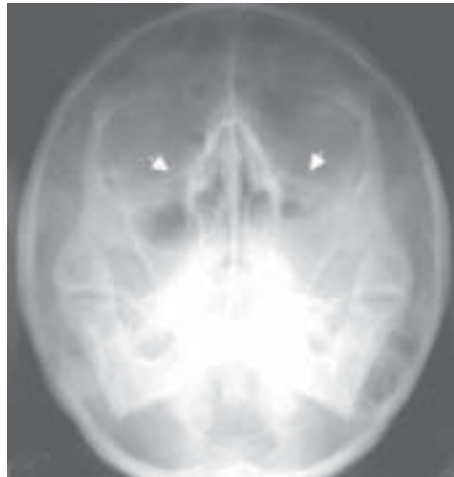


Fig. 7. Para huesos nasales y el piso orbitario la vista de Waters (mento-naso-placa) es la mejor para la cara. Aquí grandes senos frontales (variante normal) bien aireados. Patología severa en seno maxilar derecho: **destrucción de la pared lateral** y **opacidad total por tejido blando** que se extiende a la fosa nasal derecha. Traduce exuberancia maligna de la mucosa, con **osteolisis** e invasión lateral y nasal.



Fig. 8. Vista exagerada de Waters con la boca abierta, (se emplea cuando hay clínicamente, además, alteración de la rinofaringe o del paladar y vista lateral). En el seno maxilar izquierdo: abombamiento, **desplazamiento** hacia arriba del techo óseo del seno sin su **destrucción, masa blanda** hacia la rinofaringe, que con la **opacidad** del seno traduce patología crónica progresiva. Diagnósticos más viables: 1. mucocoele, 2. angiofibroma naso-faríngeo.

Fig. 6. Vista de Waters. Patología en ambos senos maxilares. Notar **nivel líquido** en ambos y **engrosamiento** de la membrana mucosa que separa el aire restante de contacto con la pared ósea de ambos senos, especialmente ostensible con el techo de los senos que es a la vez el piso de las órbitas. Senos frontales sin desarrollo (variante).

lo alterado, lo patológico; es la secuencia a seguir en cada caso ilustrado aquí.

Enseguida hay que identificar los signos de patología -señalados en los pies de cada figura- que con los conocimientos nosológicos llevan al diagnóstico anatómo-radiológico.

Unos cuantos ejemplos de 358 casos de radiografías simples de cráneo y cara, sin referirlos al diagnóstico final, para que sirvan como ejercicio clínico-radiológico ya que se aplica el concepto de que: "en el momento en que examinamos una radiografía el sujeto de estudio es tan vivo como el paciente que consulta hoy". Sin agotar los signos, los de los ejemplos son a la vez hallazgos y documentos orientadores de las decisiones.

**Signos de patología:** se escogieron: pérdida de continuidad: fracturas en la bóveda del cráneo (Fig. 4) a diferenciarlas de "nervaduras de las arterias meníngeas". Calcificación intracraneal (múltiples en Fig. 5). Erosión o "crecimiento de la hipófisis" que agranda a la silla turca: primero pensar en adenoma hipofisiario, (comparar la silla turca de la Fig. 2 normal con la de la Fig. 5); si se añaden calcificaciones parasilares: es probablemente un craneofaringioma (Fig. 5). Sutures separadas en niños es signo de hipertensión intracraneal. Lesiones osteolíticas, osteoblásticas (eburnificación ósea) o mixtas, son: neoplasia maligna metastásica, mieloma o histiocitosis. Hiperostosis frontal interna es asintomática, hallazgo (Fig. 10). Muchos más signos se consignan esquemáticamente en el "Vademécum".<sup>1</sup>

En el macizo facial, además: asimetría de estructuras óseas: septum nasal, estrechez y reducción de la luz en las fosas nasales (Fig. 1): frecuentemente es manifestación de "displasia fibrosa", causa de reducción de la luz nasal independientemente de la posición o morfología del septum. Opacidad de senos normalmente aireados (Fig. 3). En Fig. 6, 7, 8: nivel(es) líquido(s) (Fig. 3, 6). Engrosamiento de mucosa (Fig. 6) signos de sinusitis. Abombamiento de pared del seno maxilar: sinusitis severa, mucocoele (Fig. 8). En la rinofaringe: hipertrofia del tejido linfóide (Fig. 9) (desaparece en la adolescencia o antes). Destrucción, lisis de pared de seno paranasal (Fig. 7) o de la órbita: neoplasia maligna, casi siempre. En huesos nasales y