

Médica Sur

Volumen
Volume 9

Número
Number 3

Julio-Septiembre
July-September 2002

Artículo:

Aspergilloma sinusal

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



Medigraphic.com

Aspergilloma sinusal

M Chacón,* C Aguilar,* U Pérez,* MT Facha,** I Gutiérrez de Velasco,*** R Pichardo,**** M Martínez,** LP Alessio-Robles*

Resumen

El *Aspergillus* es un organismo capaz de causar manifestaciones clínicas tanto en pacientes sanos como en los inmunocomprometidos. Los tumores fúngicos pueden desarrollarse en las cavidades sinusales maxilares y etmoidales, y algunas veces en la mandíbula superior posterior a procedimientos endodóncicos. En estos casos la invasión a la mucosa no es aparente, y un buen drenaje quirúrgico es curativo. En el presente escrito presentamos a un paciente de 32 años sin factores de inmunosupresión que se presenta con un cuadro de aspergilosis sinusal manifestado sólo por cefalea de 2 semanas de evolución.

Palabras clave: Aspergilloma, aspergilloma sinusal, cefalea, sinusitis.

Abstract

Aspergillus is an organism capable of causing clinical manifestations in both healthy and immunosuppressed patients. The fungic tumors can develop in maxilla and ethmoidale cavities, and sometimes in superior mandible after dental procedures. In this cases the invasion to the mucosa isn't visible and a good drainage is curative. In this paper we analyze a thirty two year male with 2 week history of headache, by histopathological a image study it demonstrates Aspergillomas which is extracted by surgery.

Key words: Headache, sinusitis, aspergilloma, sinus aspergilloma.

Caso clínico

Hombre de 32 años de edad originario y residente de la ciudad de México, contador de profesión, con antecedentes de tabaquismo positivo con índice tabáquico de 4, alcoholismo de tipo social. Antecedente quirúrgico de rinoseptumplastia hace 2 años y safenectomía hace 7, resto sin relevancia.

Su padecimiento inicia 2 semanas antes del procedimiento quirúrgico presentando cefalea moderada de predominio frontal, intermitente, que cedía con el uso de analgésicos comunes. El día de su ingreso la cefalea se agudizó siendo de intensidad severa e incapacitante acompañada de visión borrosa y vómito en 2 ocasiones, sin otros fenómenos agregados. A la exploración física sólo destaca dolor a la digitopresión en seno frontal.

Se realizó estudio de tomografía axial computada (TAC) de senos paranasales en donde se identifica tumoración que abarca celdillas etmoidales de lado derecho con involucro del seno frontal del mismo lado con datos sugerentes de solución de continuidad. Se realiza IRM (*Figura 1*) que confirma la lesión ocupativa en

celdillas etmoidales derechas, isointensa con el parénquima cerebral, redondeada que no cambia de intensidad con el contraste.

Se le realizó procedimiento quirúrgico por medio de fibroendoscopio vía nasal, luxando el cornete medio. Se encontró tejido blanco grisáceo abundante de consistencia pastosa, mismo que se extrae con pinzas de ángulo y se realiza microdebridamiento y se envía el material a estudio histopatológico el cual reporta hallazgos compatibles con *Aspergillus sp* (*Figura 2*).

Comentario

El *Aspergillus sp* es un organismo capaz de causar manifestaciones clínicas tanto en pacientes sanos como en los inmunocomprometidos. Previamente el término aspergilosis se usaba para definir a cualquier forma de enfermedad causada por colonización con *Aspergillus*, pero ahora es exclusivo para referirse a la enfermedad invasiva o la alérgica y excluye la colonización. El término aspergilloma se usa para describir la presencia de masas fúngicas en cavidad pulmonar o sinusal.⁵

Aspergillus tiene distribución mundial, su nicho primario es probablemente el material vegetal en descomposición, y las granjas son la principal fuente del mismo.⁵ El tamaño del inóculo necesario para desarrollar manifestaciones de aspergilosis es desconocido, pero parece que tiene que ser bajo en los pacientes inmunocomprometidos. El tiempo de incubación en-

* Departamento de Medicina Interna.

** Departamento de Imagen por Resonancia Magnética.

*** Departamento de Otorrinolaringología.

**** Departamento de Anatomía Patológica.

Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

tre la exposición a *Aspergillus sp* y el desarrollo de aspergillosis invasiva varía entre 36 horas y 3 meses. En los pacientes neutropénicos no se presentan sino hasta después de 12 días de neutropenia severa, aun cuando los pacientes pueden estar colonizados en pulmón o cavidad sinusal a su llegada al hospital.¹

Aspergilloma

Los tumores fúngicos pueden desarrollarse en las cavidades sinusales maxilares y etmoidales, y algunas veces en la mandíbula superior posterior a procedimientos endodóncicos. En estos casos la invasión a la mucosa no es aparente, y un buen drenaje quirúrgico es curativo.^{1,2}

La invasión a la cavidad sinusal puede ser aguda o crónica. Aproximadamente el 10% de los pacientes con aspergillosis invasiva en pacientes neutropénicos y trasplantados de médula ósea se manifiestan como rino-sinusitis.⁴

Los síntomas tempranos son poco específicos y pueden ser consistentes con una infección bacteriana. Las

características comunes incluyen fiebre, tos, epistaxis y cefalea, otras manifestaciones más focales incluyen descarga nasal, dolor y odinofagia. La extensión a paladar, órbita y cerebro es común y relativamente rápida. Las placas de rayos X simples de senos son insensibles y no distinguen entre enfermedad bacteriana y fúngica. La IRM y la TAC muestran imágenes opacas en los senos y la cavidad nasal en las que se puede delinear la extensión de la enfermedad.³

Sinusitis crónica invasiva por *Aspergillus*

La mayoría de los pacientes con sinusitis crónica invasiva por *Aspergillus sp* no tienen factores de inmunocompromiso discernibles, sin embargo una minoría sustancial padecen diabetes, alcoholismo o infección por VIH. Cualquier parte de la cavidad nasal puede estar involucrada. Las manifestaciones clínicas iniciales incluyen congestión nasal, disminución en la agudeza olfatoria, cefalea y descarga nasal; la fiebre está casi siempre ausente. Más tarde, se puede agre-

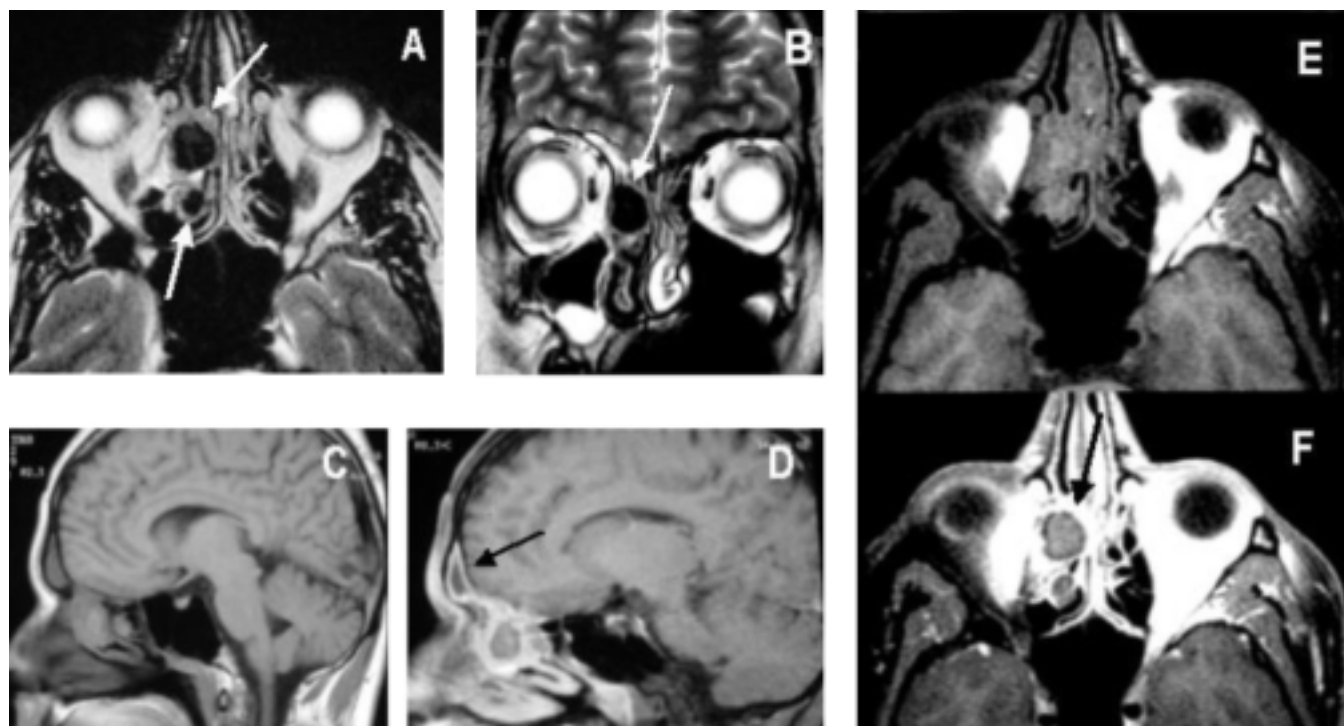


Figura 1. a) Corte axial: lesiones hipointensas redondeadas de 1 y 8 mm respectivamente con proceso inflamatorio y destrucción de celdillas etmoidales y afección de lamina cribosa, b) Plano coronal en T2: engrosamiento mucoso de seno maxilar derecho y cambios de sinusitis crónica, c) y d) Plano sagital simple y con gadolinio: Importante reforzamiento con el contraste donde se hace evidente la extensión del proceso al seno frontal, e) Secuencia T1: ocupación de celdillas etmoidales derechas isointensa al parénquima, f) Secuencia T1.

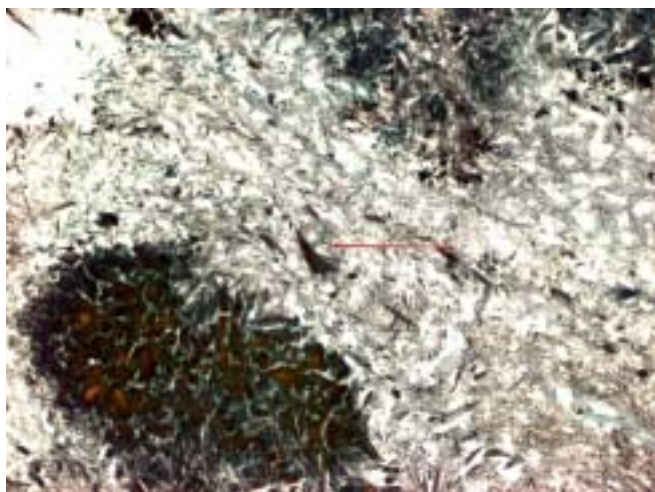


Figura 2. Tinción de Grocott 888x: se observa pseudohifas que son gruesas, con divisiones en 45° (flecha) compatible con *Aspergillus* sp.

gar proptosis, disminución de la agudeza visual, dolor ocular y accidentes vasculares cerebrales, como signos de la invasión local, particularmente cuando se involucra el seno esfenoidal.^{2,4}

Tratamiento

La aspergillosis invasiva trae consigo una mortalidad del 100% si no es tratada. Su progresión es variable dependiendo si existen patologías concomitantes, y la evolución será favorable si el tratamiento se inicia de forma temprana. Los mejores resultados se obtienen con un abordaje diagnóstico agresivo, la detección de la población de alto riesgo y el inicio de una terapia empírica con ajuste del esquema en caso de respuesta inadecuada seguido de una resección quirúrgica de las lesiones focales.^{1,2,5}

El itraconazol es un agente útil incluso en el paciente profundamente inmunocomprometido. Las

principales limitaciones de este fármaco es biodisponibilidad variable y sus potenciales interacciones con otras drogas. Hoy se cuenta con la presentación intravenosa, pero estudios han demostrado poca respuesta clínica. Sin embargo, si el paciente preserva una buena función intestinal y no está tomando ningún fármaco que active el citocromo P-450 (rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina), el itraconazol es un fármaco que se puede usar de primera línea de forma razonable.^{1,3}

La amfotericina B es el fármaco de elección en estos casos, la dosis convencional es de 0.8 a 1.0 mg/kg/día, y en pacientes neutropénicos es de 1 a 1.25 mg/kg/día. El tratamiento debe ser continuado por lo menos hasta que la progresión de la enfermedad sea detenida por lo menos 2 semanas. Después de la terapia intravenosa con amfotericina B, se debe continuar con itraconazol vía oral mientras el paciente permanezca inmunocomprometido.⁵

Referencias

1. Denning DW. Invasive aspergillosis. *Clin Infect Dis* 1998; 26: 781-805.
2. Karim M. Chronic invasive aspergillosis in apparently immunocompetent host. *Clin Infect Dis* 1997; 24: 723-733.
3. Patterson F. Invasive aspergillosis: Disease spectrum, treatment practices and outcomes. *Medicine* 2000; 79(4): 250-260.
4. Johnson E. Sino-orbital aspergillosis in acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Ophthalmol* 1999; 117(1): 57-64.
5. Farreras-Rozman. *Medicina interna*. Aspergillosis. 14º Ed. Madrid, España, Houtcourt. 2000: 2721-5.

Correspondencia:

Dr. Marco Chacón Mercado
Fundación Clínica Médica Sur.
Puente de Piedra No. 150.
Col. Toriello Guerra,
Tlalpan, C.P. 1505
México, D.F., México.
E-mail: marcochacon@prodigy.net.mx