

ANAMNESIS COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: RETO DIAGNÓSTICO

DRA. MACARENA REY CÁRDENAS

Hospital Universitario 12 de Octubre

Tutora: Dra. Lara Iglesias Docampo

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cavidad nasal y senos paranasales es una entidad poco frecuente, representando menos del 3% de los tumores del tracto aerodigestivo superior y menos del 0.5% de todos los tumores de órgano sólido.¹

Debido a su localización anatómica presenta unas características clínicas propias y requiere un abordaje en el que es fundamental la cooperación entre diferentes especialidades médicas y quirúrgicas.

Esta comprometida localización de la cavidad nasal hace fundamental el **control local del tumor primario** con el fin de evitar la invasión de estructuras vecinas como la base del cráneo, las órbitas o los pares craneales, ya que dicha infiltración representa la principal causa de morbi-mortalidad en esta patología.² Es por ello que estos tumores requieren un manejo conjunto involucrando una participación **multidisciplinar** para así garantizar un tratamiento óptimo.³

Uno de los síntomas guía que debe hacer saltar las alarmas en los pacientes con antecedentes de tumor de cabeza y cuello es la aparición de **dolor** ya que es el **síntoma más habitual de recidiva tumoral**. En este sentido es importante dejar unas indicaciones claras por las que consultar de forma precoz.

La **diseminación leptomeníngea** es una forma común de **metástasis** a distancia, especialmente en pacientes con **invasión intracraneal**.⁴

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de un **carcinoma epidermoide de fosa nasal** localmente avanzado que presenta una evolución clínica atípica con aparición de una complicación infecciosa que supuso un reto diagnóstico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

ANTECEDENTES

Paciente de 51 años con antecedente de tabaquismo y tuberculosis tratada en la infancia.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

A raíz de un cuadro persistente de rinorrea y dolor en dorso nasal derecho, es diagnosticado en **octubre de 2019** de un **carcinoma epidermoide** moderadamente diferenciado

El cáncer de cavidad nasal y senos paranasales es una entidad poco frecuente, representando menos del 3% de los tumores del tracto aerodigestivo superior y menos del 0.5% de todos los tumores de órgano sólido.¹

de fosa nasal derecha, estadio I por el sistema AJCC-TNM 8ª edición.⁵ Recibe **braquiterapia** mediante implante de 6 vectores con administración de una dosis total de 40.5 Gy.

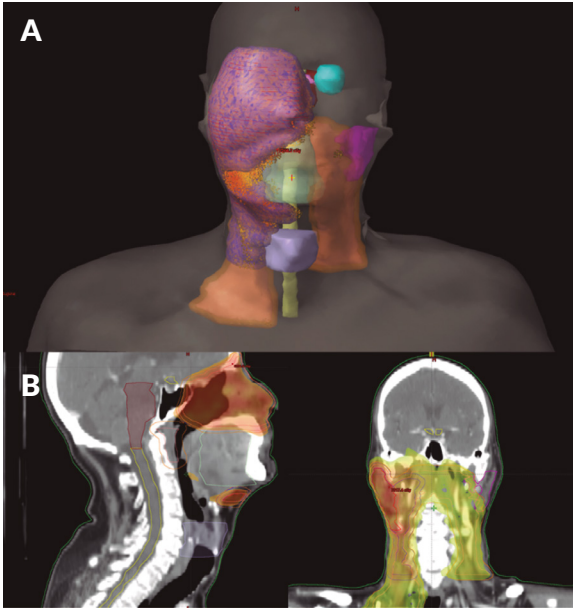
SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras un intervalo libre de enfermedad de un año, se evidencia por tomografía de emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-TC) un incremento patológico del metabolismo de la lesión primaria sobre el vestíbulo nasal derecho con destrucción del cartílago nasal ipsilateral y aparición de adenopatías patológicas en niveles IB y IIA derecho. En la Unidad Multidisciplinar de Tumores de Cabeza y Cuello (UMTCC) se decide **cirugía** de rescate, llevándose a cabo una resección de la pirámide nasal derecha junto con reconstrucción con colgajo frontal paramediano derecho y vaciamiento funcional derecho. La anatomía patológica constata varios factores de alto riesgo de recidiva - infiltración de piel nasal, infiltración linfovascular, extensión extracapsular de metástasis ganglionares ipsilaterales y afectación de varios márgenes quirúrgicos⁶ - correspondiendo a un estadio IVB (ypT3N3b), por lo que el paciente es reintervenido para ampliación de márgenes y completar reconstrucción de colgajo.

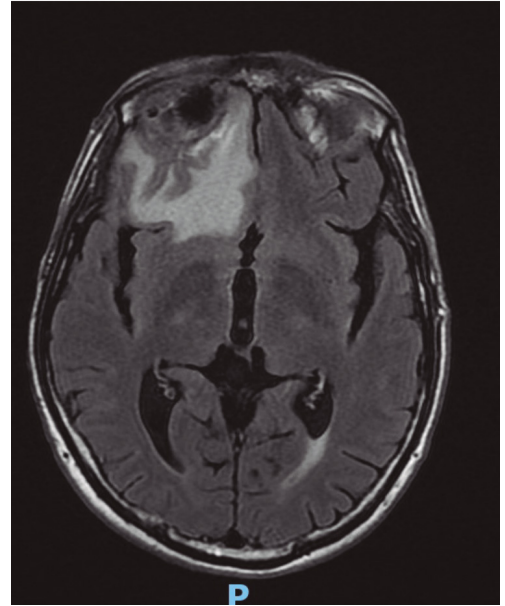
Mientras se encontraba pendiente de inicio de tratamiento adyuvante, se identifica una masa de nueva aparición en el canto interno del ojo derecho, objetivando en TC una amplia **infiltración de la pared anterior del seno maxilar y suelo de la órbita derechos**. Es sometido a reintervención quirúrgica precisando exenteración en monobloque del ojo derecho. Tras recuperación postoperatoria, se propone inicio de esquema concurrente de quimioterapia-radioterapia (QTRT) adyuvante con **cisplatino** trisemanal a dosis de 100 mg/m², recibiendo dos ciclos por toxicidad hematológica, con finalización en **marzo de 2021**. La radioterapia externa se administra mediante técnica de arcoterapia de intensidad modulada (VMAT), generando tres volú-

menes (**Figura 1**). Sobre el volumen de mayor riesgo (PTV1) se incluye lecho quirúrgico, lecho de parotidectomía y nivel ganglionar IB ipsilateral, con una dosis total de 66 Gy (2 Gy por fracción).

En **junio de 2021** comienza con dolor en hemifacies derecha de perfil mixto (somático y neuropático), sin objetivar recidiva macroscópica ni por pruebas de imagen. Dicho dolor aumenta progresivamente precisando escalada analgésica con difícil control. En PET-TC de **octubre de 2021** se muestra aumento del metabolismo en el lecho quirúrgico por lo que, ante los hallazgos clínico-radiológicos, se presenta en la UMTCC y se decide toma de biopsia en quirófano para confirmar recidiva tumoral. El diagnóstico patológico descarta malignidad; sin embargo, el paciente persiste con dolor, requiriendo inicio de fentanilo transdérmico. Se decide seguimiento estrecho. Por lo demás, se mantiene afebril, sin asociar ningún otro síntoma ni alteraciones analíticas. En **enero de 2022**, se sobreañade cefalea frontal fluctuante sin focalidad neurológica acompañante y presenta leve secreción en colgajo que se trata con levofloxacino. Finalmente, en nueva prueba de imagen con PET-TC y, confirmado por resonancia magnética nuclear (RMN) craneal urgente, se identifica una colección que insufla y destruye la cortical ósea, sin asociar masa de partes blandas, sugestiva de absceso de localización epidural e intraparenquimatosa en la base del lóbulo frontal derecho con importante edema vasogénico secundario (**Figura 2**). De forma conjunta en la UMTCC, se decide drenaje quirúrgico del absceso que es llevado a cabo el **12 de febrero de 2022**. En el momento actual, el paciente se encuentra ingresado completando pauta antibiótica con meropenem y linezolid así como terapia antifúngica basada en anfotericina B liposomal e isavuconazol por aislamiento positivo para *Aspergillus niger*, con desaparición de dolor y siguiendo una adecuada evolución clínica.



Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital



Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital

Figura 1. Imágenes del tratamiento con RT. 1A, reconstrucción 3D con volúmenes de tratamiento y órganos de riesgo. 1B, dosimetría en colourwash.

Figura 2. RMN cerebral, secuencia FLAIR con contraste. Absceso de localización epidural e intraparenquimatosa en la base del lóbulo frontal derecho con importante edema vasogénico.

CONCLUSIONES

- ▶ La evolución de este paciente supuso un reto diagnóstico ya que el dolor no estaba informando sobre una recidiva sino sobre una **complicación infecciosa** que dio la cara de una forma insidiosa y supuso un diagnóstico difícil.
- ▶ Dados los factores de mal pronóstico que presentaba (invasión orbitaria o el estadio T) la principal sospecha diagnóstica era que el síntoma guía estuviese causado por una **recidiva tumoral** que no estaba siendo detectada de una forma clara por pruebas de imagen.
- ▶ La persistencia de la clínica marcó un seguimiento más estrecho permitiendo un diagnóstico precoz del absceso que se estaba generando y pudiendo así instaurar un tratamiento de forma temprana.
- ▶ Con este caso se quiere evidenciar la importancia de la **sintomatología** como guía en la práctica clínica diaria, todo ello abordado desde un punto de vista **multidisciplinar**, ya que nos van a determinar, en gran medida, el manejo diagnóstico y terapéutico.

COMENTARIOS DEL TUTOR

El cáncer de cabeza y cuello supone una amenaza tanto para la supervivencia como para la calidad de vida de los pacientes. Además de las pruebas de imagen, la atención a síntomas nuevos en el área ORL es fundamental para detectar recidivas.

En este caso, la aparición de dolor de difícil control junto con la evolución tórpida previa de la enfermedad nos tenía bajo sospecha de recidiva tumoral. Sin embargo, al no obtener confirmación diagnóstica radiológica ni patológica mantuvimos la vigilancia estrecha sin inicio de tratamiento.

Finalmente, tras seguimiento por los servicios de Otorrinolaringología (ORL), Oncología Radio-terápica, Oncología Médica, Medicina Nuclear y Radiodiagnóstico hemos alcanzado el diagnóstico de proceso infeccioso larvado y comenzado su tratamiento, con desaparición de dolor y evitando mayores secuelas. La perseverancia y el trabajo en equipo son claves en nuestra práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turner JH, Reh DD. Incidence and survival in patients with sinonasal cancer: a historical analysis of population-based data. *Head Neck*. 2012; 34(6):877-85.
2. Llorente JL, López F, Suárez C, Hermesen MA. Sinonasal carcinoma: clinical, pathological, genetic and therapeutic advances. *Nat Rev Clin Oncol*. 2014; 11(8):460-72.
3. Guntinas-Lichius O, Kreppel MP, Stuetzer H, Semrau R, Eckel HE, Mueller RP. Single modality and multimodality treatment of nasal and paranasal sinuses cancer: a single institution experience of 229 patients. *Eur J Surg Oncol*. 2007; 33(2):222-8.
4. Dagan R, Bryant CM, Mendenhall WM, Amdur RJ, Morris CG, Lanza DC, et al. Isolated leptomeningeal progression from sinonasal carcinomas: Implications for staging workup and treatment. *Head Neck*. 2019; 41(8):2647-54.
5. Doescher J, Veit JA, Hoffmann TK. [The 8th edition of the AJCC Cancer Staging Manual: Updates in otorhinolaryngology, head and neck surgery]. *HNO*. 2017; 65(12):956-61.
6. Gil Z, Carlson DL, Gupta A, Lee N, Hoppe B, Shah JP, et al. Patterns and incidence of neural invasion in patients with cancers of the paranasal sinuses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009; 135(2):173-9.