



ASPERGILOSIS SIMULANDO CEFALEA CRÓNICA Y DOLOR RETROOCULAR

Ortega Jiménez, AM.(1); Gómez García, S.(2); Alfonso Sánchez, F.(3)

(1)C.S Olula del Río, (2)Complejo Hospitalario Torrecardenas, (3)Servicio Radiodiagnóstico H. La Inmaculada.

Introducción y descripción del caso: La aspergilosis del seno esfenoidal, representa una importante causa de morbi/mortalidad, de ahí la necesidad de un diagnóstico precoz en una entidad que constituye el 2% de la patología nasosinusal, evitando así la afectación de estructuras próximas al seno y la extensión intracraneal del hongo.

Varón de 25 años, de profesión agricultor, consulta por cefalea de un año de evolución que le despierta en la noche, acompañada de dolor retroocular y ptosis palpebral derecha en la última semana sin respuesta a analgésicos, sin fiebre ni otra clínica asociada que nos oriente hacia un cuadro de origen infeccioso. En la exploración neurológica y oftalmológica se objetiva ptosis palpebral derecha, y resto de exploración normal. Se solicita hemograma, pruebas tiroideas, bioquímica, coagulación, serologías, siendo éstas normales. Derivamos al servicio de oftalmología y neurología, le solicitan: TC (tomografía computerizada) siendo normal; RMN(resonancia magnética nuclear), que describe masa localizada en seno esfenoidal derecho bien delimitada sin extensión a otras estructuras intracraneales; TC senos paranasales (ocupación y abombamiento del seno esfenoidal derecho sin afectación ósea).

Estrategia práctica de actuación: Tras la biopsia, la histopatología describe una masa de hifas y esporas características del hongo *Aspergillus*, practicándole exéresis endoscópica, el paciente mejora, cediendo cefalea y ptosis palpebral derecha. El diagnóstico diferencial se realiza con mucormicosis, sinusitis fúngica alérgica, lesiones tumorales en fosas o senos; teniendo en cuenta que el síntoma más frecuente es la cefalea retroocular (33%-85%), afectación del globo ocular (50%); afectación de fosas nasales (4%). El diagnóstico se basa en la RMN, TC y biopsia que informa de la extensión de la masa. El tratamiento es endoscópico transnasal más imidazoles, siendo las tasas de recuperación del 30% en casos limitados al seno.

Bibliografía: 1. Wenzel S, Sagowski C, Kehri, Metternich FU. Course and therapy of an invasive aspergilloma of the skull base in a non-immunocompromised patient. HNO 2004; Aug.52 (8):724-8.; 2. Chopra H, Dua K, Malhotra V, Gupta R, Puri H. Invasive fungal sinusitis of isolated sphenoid sinus in immunocompetent subjects. Mycoses. 2006; 49:30-6.; 3. Iplikcioglu AC, Bek S, Bikmaz K, Ceylan D, Gökdoğan CA. Aspergillus pituitary abscess. Acta Neurochir 2004; 146: 521-4.