

Tuberculosis del seno maxilar con afectación hipofisaria

Maxillary sinus tuberculosis with pituitary involvement

RESUMEN

La tuberculosis extrapulmonar es un reto diagnóstico, por su menor frecuencia y por su sintomatología inespecífica, sobre todo en pacientes inmunocompetentes.

Presentamos el caso de una paciente no inmunodeprimida con afectación sinusal por *Mycobacterium tuberculosis* e hipofisitis asociada.

PALABRAS CLAVE:

Tuberculosis. Seno maxilar. Hipofisitis.

SUMMARY

Extrapulmonary tuberculosis usually presents a diagnostic challenge, because of it being less common and its inespecific symptoms, especially in immunocompetent patients.

We report the case of a non immunocompromised patient with paranasal sinus infection due to *Mycobacterium tuberculosis* and associated hypophysitis.

KEY WORDS:

Tuberculosis. Maxillary sinus. Hypophysitis.

Introducción

La tuberculosis (TBC) extrapulmonar puede afectar a cualquier parte del cuerpo, siendo las adenopatías cervicales la forma más común de presentación de la TBC en el área ORL. Otras localizaciones menos frecuentes son la laringe, rinofaringe, amígdalas palatinas o glándulas salivares^{1,2}.

La tuberculosis nasosinusal se considera una afectación muy rara³ debido a la función protectora de la mucosa nasosinusal y en la mayoría de los casos aparece como una localización secundaria y su diagnóstico suele ser un hallazgo casual^{5,6}.

De forma infrecuente, la tuberculosis así como otras enfermedades sistémicas pueden ocasionar una inflamación de la glándula hipofisaria o hipofisitis, que clínicamente puede manifestarse con cefalea, alteraciones visuales y endocrinológicas, entre otras.

La sospecha clínica es importante para llegar al diagnóstico y establecer un manejo específico.

Caso Clínico

Presentamos el caso de una niña de 13 años, vacunada correctamente y sin otros antecedentes de interés, que acude a urgencias con un cuadro de tres días de evolución de dolor ocular derecho, diplopía y fotofobia, asociado a cefalea frontal en las semanas previas. Además, asocia un cuadro de amenorrea, astenia y somnolencia en los últimos meses.

A la exploración, se aprecia una clara afectación de la oculomotricidad, con paresia del III par craneal derecho que le causa un déficit en la aducción del ojo derecho, así como un inicio de papiledema bilateral. El resto de la exploración física se encuentra dentro de la normalidad.

En la analítica destaca un descenso de todas las hormonas adenohipofisarias.

Se realiza una TC cerebral de urgencia que no muestra lesiones, por lo que se solicita una RMN en la que se observa un aumento del tamaño hipofisario y un engrosamiento del tallo con compresión del quiasma óptico, sugerente de patología inflamatoria hipofisaria, así como una ocupación mucosa del seno maxilar izquierdo. (Fig. 1 y 2)

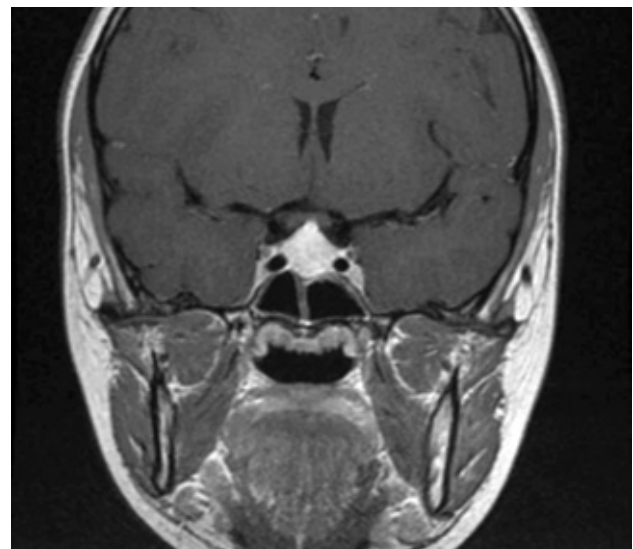


Figura 1: Se observa un aumento del tamaño hipofisario con componente supraselar y engrosamiento del tallo hipofisario con compresión del quiasma óptico, engrosamiento y realce de la porción anterior de senos cavernosos con extensión a ambos ápex petrosos y una ocupación del seno maxilar izquierdo.

La prueba del Mantoux resulta positiva por lo que se realiza una baciloscopia de esputo que resulta negativa.

Se amplía el estudio con una punción lumbar para extracción de LCR que resulta normal, siendo también negativa la PCR para *Mycobacterias*.

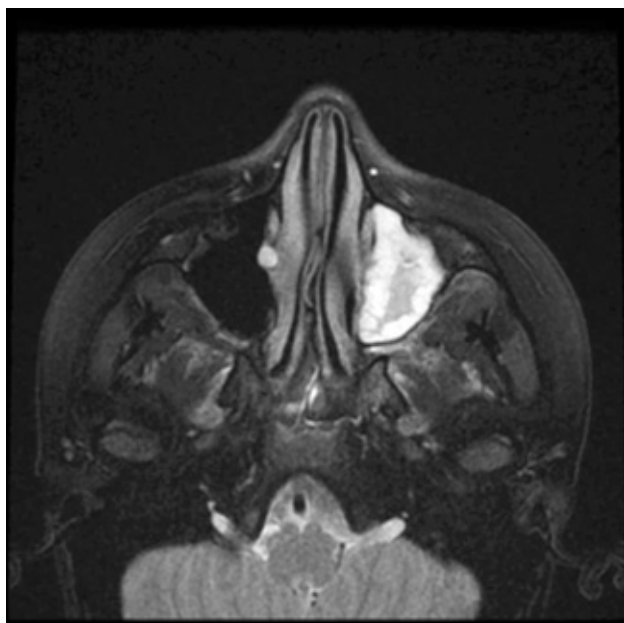


Figura 2: Ocupación mucosa del seno maxilar izquierdo.

Se realiza un TC pulmonar que muestra unas lesiones fibrosas en ambos lóbulos pulmonares superiores, sugerentes de TBC residual.

Se decide el drenaje del seno maxilar izquierdo para obtención de cultivo, realizándose una antrostomía endoscópica con posterior resultado positivo de la PCR a *M. tuberculosis*.

Coincidiendo con el drenaje del seno maxilar izquierdo se aprecia mejoría espontánea inmediata de la oclomotricidad y de la cefalea, antes incluso de iniciar otros tratamientos.

Se realiza una analítica sanguínea con pruebas hormonales que confirman un panhipopituitarismo por lo que se establece el tratamiento hormonal sustitutivo.

Una vez confirmado el diagnóstico de TBC se instaura tratamiento con cuatro fármacos tuberculostáticos.

Después de un año, la paciente se encuentra asintomática y las pruebas de imagen no muestran lesiones, aunque sigue persistiendo un hipopituitarismo completo que requiere seguir tratando con terapia hormonal sustitutiva.

Discusión

La afectación de los senos paranasales por *M. tuberculosis* es una presentación muy infrecuente de la tuberculosis y se diagnostica generalmente en el contexto de una tuberculosis pulmonar primaria^{1,2}.

En algunos casos, como en esta paciente, puede ser el único foco activo de tuberculosis, por lo que su manejo mediante la cirugía endoscópica nasosinusal es fundamental para obtener una muestra que permita confirmar el diagnóstico mediante el estudio microbiológico.

La afectación de la glándula hipofisaria por TBC también es una presentación muy inusual, presentándose en forma de tuberculoma hipofisario o más frecuentemente como una hipofisitis secundaria, que suelen manifestarse con síntomas compresivos como cefalea o alteraciones visuales (disminución de la agudeza visual o hipomotilidad ocular). Se observan alteraciones hormonales en la mayoría de los casos, predominando un hipopituitarismo total o

parcial, y menos frecuentemente en forma de hiperprolactinemia o diabetes insípida.

El bacilo de la tuberculosis generalmente llega a la hipófisis por vía hematógena, pero también puede alcanzar la glándula directamente desde los senos paranasales, como podría corresponder a esta paciente^{7,8,9}.

En este caso, consideramos que la mejoría clínica inmediata tras el drenaje del seno maxilar se debe, probablemente también, al efecto antiinflamatorio ocasionado por la pauta de corticoides administrada por el anestesiólogo durante la cirugía.

El tratamiento tuberculostático prolongado sigue siendo esencial en estos casos, tanto para la tuberculosis nasosinusal como para la tuberculosis del SNC, así como una pauta antiinflamatoria para el tratamiento de la hipofisitis.

Conclusiones

La afectación de los senos paranasales es una presentación inusual de la tuberculosis, siendo lo más frecuente un hallazgo casual. Su acceso mediante cirugía endoscópica nasosinusal nos permite confirmar el diagnóstico con un cultivo, sobre todo en aquellos casos en los que la batería de pruebas habitual (baciloscopia, punción lumbar) no son diagnósticas.

La afectación de la glándula hipofisaria en el contexto de infección por Tuberculosis es muy rara, causando en la mayoría de casos una inflamación transitoria de la hipófisis (hipofisitis) que suele remitir mediante tratamiento antiinflamatorio.

El hipopituitarismo parcial o total es la secuela más habitual; puede llegar a ser permanente una vez resuelto el cuadro infeccioso lo que obliga a mantener un tratamiento hormonal sustitutivo de por vida.

El tratamiento antituberculostático habitual sigue siendo fundamental en estos casos.

Bibliografía

1. Butt AA. Nasal tuberculosis in the 20th century. *Am J Med Sci* 1997;313:332—5.
2. Masterson L, Srouji I, Kent R, Bath AP. Nasal tuberculosis - An update of current clinical and laboratory investigation. *J Laryngol Otol*. 2011;125(2):210-3.
3. Tuberculosis nasal: una entidad desconocida. E. A. Vicente González, M. J. Revillo, D. De Miguel Hernández y J.M. Marín Lorente. *An Otorrinolaringol Ibero Am* 14 (5), 569-580. 1987.
4. Kim KY, Bae JH, Park JS, Lee S-S. Primary sinonasal tuberculosis confined to the unilateral maxillary sinus. *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*. 2014;7(2):815-818.
5. Yong MK, Kim AH, Park YH, Kim DH, Rha K. Eight cases of nasal tuberculosis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;137: 500—4.
6. Hup AK, Haitjema T, de Kuijper G. Primary nasal tuberculosis. *Rhinology*. 2001;39:4748.
7. Beltran, S., et al. A case of tuberculous sinusitis without concomitant pulmonary disease. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2003;22:49—50.
8. Laws ER, Vance ML, Jane JA., Jr Hypophysitis. *Pituitary*. 2006;9:331—333.
9. Clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of hypophysitis. Català Bauset M1, Gilsanz Peral A, Girbés Borràs J, Zugasti Murillo A et al. *Endocrinol Nutr*. 2008;55(1):44-53.