

ESTESIONEUROBLASTOMA

DRES. ARJONA MONTILLA C, GARCÍA-GIRALDA M, SÁNCHEZ ROZAS JA, PÉREZ VILLOSLADA J. | HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).



Paciente varón de 31 años con antecedentes de intervención de miopía, amigdalectomizado y hernia inguinal, con HTA con buen control sin repercusión cardíaca.

No alergias médicas conocidas, fumador de unos 25p/año. Remitido de atención primaria a medicina interna por alteración de cortisol. Refiere pocas fuerzas, moratones frecuentes, sensación de distensión abdominal y últimamente le han aparecido muchas estrías en abdomen y axilas, redondeamiento de cara y aumento del grosor del cuello con disminución de volumen de piernas y brazos. Problemas de impotencia.

En el estudio de resonancia magnética se aprecia gran proceso expansivo infiltrativo de la base de cráneo que

afecta difusamente a todo el cuerpo del esfenoides con abombamiento a la rinofaringe posterior, así como infiltración posterior hasta el clivus pero sin desbordar hacia la fosa posterior y cranealmente con invasión de la silla turca, totalmente ocupada sin visualizar hipófisis y a nivel anterior llegando hasta invadir las celdas etmoidales posteriores. De momento, no hay extensión a la hendidura esfenoidal y las órbitas pero sí engloba, aunque discretamente, ambas carótidas internas. Ambas fosas pterigo-nasales están ocupadas y no hay crecimiento intracraneal por arriba. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye desde el fibromamixoma hasta el tumor de células gigantes, por lo que resulta imprescindible realizar biopsia guiada de la lesión. ✕

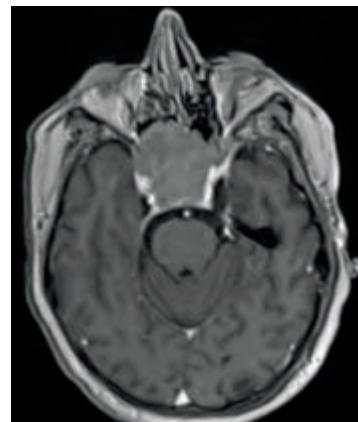


FIGURA 1
Corte axial de RMN craneal.

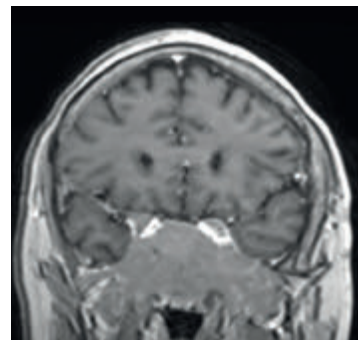
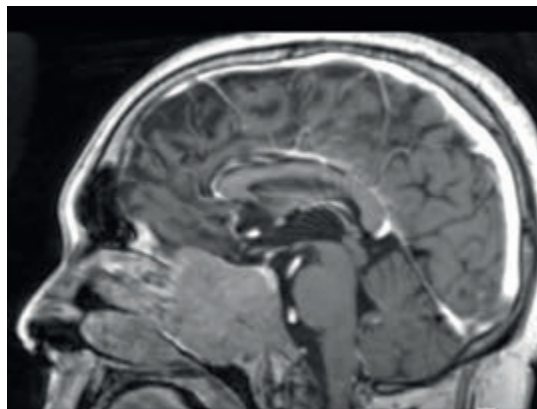


FIGURA 2
Corte coronal de RMN.

FIGURA 3
Corte sagital de RMN.



EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ES AMPLIO E INCLUYE DESDE EL FIBROMAMYXOMA HASTA EL TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES, POR LO QUE RESULTA IMPRESCINDIBLE REALIZAR BIOPSIA GUIADA DE LA LESIÓN.

El neuroblastoma olfatorio es un tumor maligno neuroendocrino infrecuente, que ocupa del 3% al 5% de los tumores nasales. Se origina del neuroepitelio olfatorio en la placa cribiforme, a nivel del tercio superior del séptum nasal. Su pico de presentación se encuentra principalmente entre la segunda y sexta década de vida. La sintomatología inicial es exclusivamente nasal: epistaxis y obstrucción nasal. Es un tumor de lento crecimiento pero agresivo, con posibilidad de producción de metástasis a distancia. Para el manejo de esta enfermedad se han empleado como asociación las tres armas terapéuticas de cirugía, radioterapia y quimioterapia.

