

Diego	Nombre:
Páez Granda	Apellido:
Juan Francisco Martínez Martínez, Yesica Martínez Paredes, Antonio Navarro Baño, Santiago Ibañez Caturla, María Dolores Morales Cano	Otros Autores:
drdiegopaez@hotmail.com	E-mail:
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca	Hospital:
Murcia	Ciudad:
Ocupación de Senos Paranasales: Más Allá de la Sinusitis	Título:
Paciente femenina de 46 años que acude a urgencias por cefalea de gran intensidad y tinnitus. En el pasado había presentado síntomas de menor intensidad, por lo que había sido diagnosticada de sinusitis. Basados en las guías del colegio americano de radiología, se recomendó realizar una TC craneal urgente ¹ . En ella se visualizaron ocupación del seno esfenoidal izquierdo (nivel hidro-aéreo), neumatización extensa de los senos esfenoidales y un defecto óseo en la porción lateral de su techo. Otros hallazgos fueron silla turca vacía y granulaciones aracnoideas prominentes en las alas mayores del esfenoides. Se amplió el estudio con realización de RM craneal programada, que detectó un meningocele temporal atravesando el defecto óseo.	Presentación:
El diagnóstico fue de meningocele/fístula de LCR espontáneos con síndrome de hipertensión intracraneal(SHI). Este último produce cefaleas por aumento de la presión intracraneal en ausencia de masas o ventriculomegalia ² . Sugieren su diagnóstico: granulaciones prominentes, meningoceles y síndrome de silla turca vacía ³ . La presencia de SHI junto al aumento de la neumatización de las paredes de los senos paranasales predispone a los pacientes a presentar fístulas de LCR y meningoceles ^{3,4} . Aunque para diagnosticar estas entidades requerimos la realización de RM, la visualización de defectos óseos asociados a niveles hidro-aéreos sinusales en la TC sugiere su diagnóstico ³ . En urgencias, ante el hallazgo de ocupación de los senos paranasales es común atribuirla a sinusitis sin realizar un análisis minucioso de las imágenes. Este caso destaca la importancia de utilizar los cortes finos y reconstrucciones multiplanares para valorar adecuadamente las estructuras afectadas en tales ocasiones.	Discusión :
La premura al informar los estudios en urgencias nos puede hacer caer en el error de establecer el diagnostico de sinopatía infecciosa en pacientes con ocupación de los senos paranasales. Este caso demuestra la importancia de analizar cuidadosamente estos estudios, para no ignorar un “caso TOP-10”	Conclusión:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Douglas A, Wippold F, Broderick D, et al. ACR Appropriateness Criteria Headache. J Am Coll Radiol 2014;11:657-667 2. Suzuki H, Takanashi J, Kobayashi K. MR Imaging of Idiopathic Intracranial Hypertension. AJNR Am J Neuroradiol 2001; 22:196–199 3. Cano R, Jimenez M, Gomez A, et al. Spontaneous Skull Base Meningoencephaloceles and Cerebrospinal Fluid Fistulas. RadioGraphics 2013; 33:553–570 4. Bialer O, Perez M, Bruce B, et al. Meningoceles in Idiopathic Intracranial Hypertension. AJR 2014; 202:608–613 	Bibliografía:
Figura 1. A: TC simple de cráneo, ventana de hueso, cortes axiales. Se observa una	Pie de foto:

<p>ocupación del seno esfenoidal izquierdo por material con densidad líquido formando un nivel hidroaéreo (flecha). B: TC simple de cráneo, reconstrucción coronal. Se visualiza un defecto óseo de 5 mm en la porción lateral del techo del seno esfenoidal izquierdo. C: RM craneal potenciada en T1, corte sagital. Silla turca vacía y ampliada (flecha). Este es uno de los signos más importantes de hipertensión intracraneal. D: RM craneal potenciada en T2, corte coronal. Imagen de meningocele temporal (flecha) asociado al defecto óseo.</p>	
--	--