

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

MUCOCELE ETMOIDAL INTERVENIDO MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Por:

Dr. Osmany Enrique Gámez Díaz¹, Dr. Adolfo Hidalgo González² y Dra. Mayté Treto Fernández³

1. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC. e-mail: osmaorl2007@yahoo.es
2. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital "Calixto García Iñiguez". Ciudad de La Habana. Instructor. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. . Instructora. ISCM-VC. e-mail: mayteorl@yahoo.com.mx

Descriptor DeCS:

MUCOCELE/cirugía
SENOS ETMOIDALES/cirugía
ENDOSCOPIA

Subject headings:

MUCOCELE/surgery
ETHMOID SINUS/surgery
ENDOSCOPY

Las lesiones quísticas de los senos perinasales (SPN) han sido reconocidas por más de 100 años. Rollett introdujo el término de mucoccele en 1896; se trata de una lesión quística crónica de los SPN, cubierta por un epitelio pseudoestratificado o epitelio columnar bajo que contiene ocasionalmente células caliciformes. Existe debate respecto a su origen, aunque muchos autores coinciden en que la principal causa de la obturación del ostium de drenaje, y la aparición del consecuente mucoccele, es la inflamación crónica de la mucosa sinusal (rinitis crónica)¹. La mayoría ocurre en el seno frontal (60 %), seguidos de un 30 % en el seno etmoidal; solo el 10 % se encuentra en el seno maxilar, y raramente se localizan en los senos esfenoidales². Los signos y síntomas asociados dependen de su localización y de la extensión de la erosión ósea. Frecuentemente invade la órbita, lo que clínicamente aparece como un aumento de volumen en el ángulo superointerno que desplaza el globo ocular hacia abajo y hacia fuera³. Es posible la resolución espontánea del proceso por desobturación del ostium y el paso de gran cantidad de moco a la fosa nasal. En caso de que no ocurra así, se expande lentamente, produce el adelgazamiento de las paredes óseas y, a su vez, reacciones hiperostóticas localizadas. La tomografía computadorizada de nariz y senos perinasales y la resonancia magnética nuclear son los estudios radiográficos de elección para confirmar el diagnóstico⁴.

Presentación del paciente

Paciente femenina de 16 años de edad, con antecedentes de obstrucción nasal frecuente, sin llevar un tratamiento estable, que comenzó en el mes de febrero de 2006 con cefalea ocasional en la región frontal izquierda, interpretada como migraña, para la cual llevó tratamiento médico, sin mejoría clínica; a los tres meses la cefalea se intensificó y apareció dolor intenso en el ojo izquierdo, que fue progresando, además de presentar aumento de volumen en el ángulo

superointerno de la órbita, que desplazaba el ojo hacia el lado izquierdo, motivo por el cual acudió al cuerpo de guardia de Oftalmología. Se le realizó un fondo de ojo, que fue normal, y se indicó una tomografía axial computadorizada (TAC) de órbita, que se realizó el 25 de mayo de 2006, donde se observó imagen hiperdensa a nivel de celdas etmoidales izquierdas, que medía 29 x 17 mm, con una densidad de 40 Uh, que provocaba osteólisis de la lámina papirácea, comprimía el músculo recto interno de dicho lado y ocasionaba ligera proptosis del globo ocular (Figs 1 y 2).



Figs 1 y 2 Imagen hiperdensa a nivel de celdas etmoidales izquierdas que mide 29 x 17 mm, con una densidad de 40 Uh, que provoca osteólisis de la lámina papirácea.

Se interconsultó el caso con el Otorrinolaringólogo: al realizar el examen físico se observó el desplazamiento del globo ocular, hacia delante, hacia abajo y hacia afuera. En la palpación se halló una masa en el ángulo superointerno, bien delimitada y fluctuante; se realizó una TAC de senos perinasales el 5 de junio de 2006, donde se informó: imagen hiperdensa que ocupa la celda etmoidal anterior izquierda, con destrucción de la lámina papirácea de ese lado, midió 2,1 x 1,1 cm, provocó desplazamiento del músculo recto interno y del globo ocular hacia la izquierda; según biometría oftalmométrica, no hay exoftalmos tomográfico. Impresión diagnóstica: Mucocele etmoidal. Se ingresó a la paciente y se le administró tratamiento con cefepine por vía parenteral, analgésicos y gotas nasales. Se coordinó el caso con el Hospital "Calixto García Íñiguez" de Ciudad de La Habana para valorar el tratamiento quirúrgico mediante cirugía endoscópica; fue ingresada el 13 de junio de 2006 para realizar una etmoidectomía transantral por vía endoscópica. Se colocó taponamiento nasal con merocel en el meato medio derecho, el cual se retiró a las 48 horas. La evolución posquirúrgica fue favorable, y al año de intervenida no han regresado los síntomas.

Comentario

El mucocele etmoidal y el frontoetmoidal son los más comunes, debido a la íntima relación existente entre ambos senos; en muchas ocasiones el seno frontal no drena directamente a la fosa nasal, sino que lo hace indirectamente a través del seno etmoidal; esto es clínicamente significativo⁵. La edad de aparición del mucocele orbitario está comprendida entre la cuarta y la sexta décadas de la vida, es excepcional su aparición antes de los 20 años y existe un ligero predominio en el sexo masculino. La cefalea frontal y la proptosis son los síntomas más comunes, con desplazamiento del globo ocular hacia abajo y hacia fuera⁶. El diagnóstico diferencial se debe hacer con las siguientes enfermedades: tumores benignos y malignos propios de la órbita, meningocele, metástasis, celulitis orbitaria, seudotumor orbitario y tumores sinusales benignos y malignos⁷. Aunque la cirugía sinusal endoscópica ha revolucionado el tratamiento de la sinusitis

crónica, la escuela tradicional de Estados Unidos ha enfatizado en la necesidad de la remoción completa del mucocele, incluyendo su cápsula, para lograr la curación. El acceso por vía endoscópica parece ser un método radical, igualmente efectivo que los que se realizan por la vía externa, pero con menor morbilidad y alteraciones anatómicas⁸.

Referencias bibliográficas

1. Malloy KA. Fronto-ethmoid sinus mucocele: a case report. *Optometry*. 2006 Sep;77(9):450-8.
2. Culebro P, De-Barcia L, Salcedo G, Rodríguez-Reyes AA. Mucocele del seno frontal de presentación atípica. Informe de un caso. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2006 Oct;81(10):611-3.
3. González F, García A, Prieto A. Mucocele frontoetmoidal con afectación ocular. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2005 May;80(5):200-207.
4. Santos R, Barbosa LH, Belfort MA, Ferri R, Gregório L. Acceso endoscópico para tratamiento de mucoceles fronto-etmoidais. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002 May;68(3):140-9.
5. López LLames A, Llorente Pendás JL, Suárez Fente V, Burón Martínez A, Suárez Nieto G. Osteoplastia frontal: Nuestra experiencia. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2003;54:429-34.
6. Kitagawa K, Hayasaka S, Shimizu K, Ngaki Y. Optic neuropathy produced by a compressed mucocele in an Onodi cell. *Am J Ophthalmol*. 2003;135:253.
7. Godoy Rodríguez E, Godoy Sánchez F. Mucocele frontal lateral, tratamiento combinado endoscópico y externo. Caso clínico. *Rev Otorrinolaringol Cir. Cabeza Cuello*. 2006;66:147-53.
8. Menéndez-Colino LM, Bernal Sprekelsen M, Benítez Silva P, Alobid I, Guillemani Toste JM. Aspectos técnicos del tratamiento endoscópico de mucopioccele frontal. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2003;54:98-101.

Recibido: 23 de junio de 2008

Aprobado: 22 de julio de 2008