

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

INFORME DE CASO

MUCOCELE DE SENO ETMOIDAL. A PROPÓSITO DE UN PACIENTE.

Por:

Dra. María Elena Castillo Corzo¹, Dr. Pablo Delvis Ruiz Porra² y Dr. Amado Luis Figueroa Álvarez²

1. Especialista de I Grado en ORL. Instructora. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en ORL. Asistente. ISCM-VC.

Descriptores DeCS:

MUCOCELE
SENOS ETMOIDALES

Subject headings:

MUCOCELE
ETHMOID SINUS

El mucoccele de los senos paranasales es un tumor líquido, originado por la obstrucción del drenaje del moco producido por las células caliciformes, que provocan la oclusión total o parcial del ostium sinusal con la distensión de sus paredes, lo que origina un crecimiento progresivo con expansión y un desplazamiento de las estructuras periféricas por erosión ósea. El proceso es categorizado de benigno, pero su expansión ilimitada ocasiona manifestaciones neurológicas importantes. El mucoccele se produce como consecuencia de traumatismos externos o quirúrgicos, procesos infecciosos y tumorales¹⁻⁵; con cierta frecuencia se origina en el seno frontal, menos frecuente en el etmoidal y rara vez en el esfenoidal; el diagnóstico es clínico, radiológico, ecográfico, y el de certeza es el estudio hístico^{1,2,6}.

El tratamiento quirúrgico es el de elección; se han descrito diferentes técnicas a lo largo de la historia. Riedel fue el primero en descubrir la extirpación de la pared anterior y el suelo del seno frontal; Killian modificó este procedimiento para reducir la deformidad en el postoperatorio, por lo que dejó el reborde supraorbitario y una pequeña porción de la pared anterior para sostener la ceja; Lynch combina la etmoidectomía y la eliminación del piso del seno frontal, con la colocación de un tubo plástico como guía, desde el seno hasta la nariz. Se han realizado injertos osteoplásticos con grasa autógena para la obliteración del seno, y se han propuesto variedad de materiales: músculo, surgicel, cartílago, gelfoam, dacron, titaniun, entre otros^{1,6-8}.

Presentación del paciente:

Paciente masculino, blanco, de 39 años de edad, cardiópata, que desde hace varios meses se palpa una "pelotica" en el interior del ojo izquierdo, con asimetría y desplazamiento del globo ocular; ingresa en el servicio de Oftalmología con la impresión diagnóstica de un tumor orbitario. Entre los antecedentes patológicos personales se halló que padece de una valvulopatía aórtica. Al investigar los hábitos tóxicos, se conoce que es fumador desde hace muchos años. Cuando se realiza el examen físico ocular se palpa un tumor en el ángulo interno del ojo izquierdo, depresible, desplazable y no doloroso. En el examen físico del aparato cardiovascular se detecta un soplo holosistólico en foco aórtico grado II/VI; lleva tratamiento médico, con penicilina benzatínica y atenolol.

Se realiza tomografía axial computadorizada (TAC) de órbita, donde se observa un tumor hiperdenso en la porción lateral interna y anterior de la órbita (densidad de 41 UH) que se introduce en las celdas etmoidales y provoca exoftalmos del globo ocular (Figs 1 y 2).



Fig 1 Tomografía axial computadorizada de la órbita, donde se observa el tumor que ocupa las celdas etmoidales y provoca exoftalmos izquierdo.



Fig 2 En la reconstrucción tomográfica se observa el tumor que ocupa las celdas etmoidales izquierdas.

Se le practica una biopsia aspirativa con una aguja fina, mediante la cual se realiza el diagnóstico citológico de mucocoele. Es trasladada al servicio de Otorrinolaringología. Se le plantea al paciente que debe ser intervenido quirúrgicamente y éste decide posponerlo. Se realiza TAC helicoidal de senos paranasales, donde se observa –a nivel de la órbita izquierda y en la proyección del saco lagrimal– una imagen hiperdensa que abomba la pared ósea interna hacia las celdas etmoidales, lo que se asocia a la presencia de un tumor a ese nivel (Fig 3). Acude a los ocho meses por presentar, además, visión doble. Se realiza una frontoetmoidectomía por vía externa, mediante una incisión en el ángulo interno del ojo izquierdo y hasta el tercio medio del arco superciliar: se decolan tegumentos, se observa erosión de la pared interna de la órbita, lugar por donde penetra la cápsula del tumor. Se decola todo el tejido y se realiza un legrado de la cavidad, se abre el piso del seno frontal, se deja un drenaje frontoetmoidal hasta la fosa nasal por tres semanas y se le

indica antibioticoterapia. El postoperatorio es satisfactorio; ya lleva tres años de operado, sin presentar síntomas.



Fig 3 Tomografía axial computadorizada de etmoides; se observa el tumor a nivel de la órbita izquierda y en la proyección del saco lagrimal.

Comentario:

Los mucocelos son poco frecuentes, aunque no raros. La mayoría de los pacientes acuden a la consulta en etapa tardía, por la frecuencia de síntomas oculares asociados. El diagnóstico correcto tarda en realizarse. El examen tomográfico es fundamental, porque nos permite delimitar la expansión de la enfermedad y observar si hay destrucción ósea. En nuestra experiencia la presentación del mucocelo de seno etmoidal ha sido muy rara; la mayoría son frontoetmoidales^{1,7-9}. Utilizamos la vía de elección externa que permite reseca todo el tumor, lo que evita recidivas^{1,3,7,9}. No se rellenó el seno, pues el paciente no sufrió deformidades estéticas de importancia.

Referencias bibliográficas

1. Wilson WR, Montgomery WW. Enfermedades infecciosas de los senos paranasales. En: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman IL, Megerhoff WL. Otorrinolaringología vol. 3. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1994. p. 2152-75.
2. Asamoto S, Boker DK, Lucke M. Intraorbital mucocelo associated with old minor trauma-case report. Neurol Med Chir (Tokyo). 2003;43 (8):383-5.
3. Arat Yo, Chaudhry IA, Boniuk M. Orbitofrontal cholesterol granuloma; distinct diagnostic features and management. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2003;19(5):382-7.
4. Billing KJ, Davis G, Selva D, Wilscek G, Mitchell R. Post-traumatic maxillary sinus mucocelo. Ophthalmic Surg Lasers Imaging. 2004;35(2):152-5.
5. Alfieri A, Boncoeur-Martel MP, Moufid A, Sauvage JP, Moreau JJ. Endoscopic endonasal management of invasive skull base mucocelo: report of two cases. Minim Invasive Neurosurg. 2003;16(6):335-8.
6. Nerurkar NK, Bradoo R, Muranjan S, Khare M. Sphenoid sinus mucocelo with unilateral blindness. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2004;113(4):294-5.
7. Molteni G, Spinelli R, Panigatti S, Colombo L, Ronchi P. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2003; 23(3):185-90.

8. Herylbroek P, Watelet JB, Delheke P, Van Cauwenberge P, Bachert C. Vision impairment as presenting symptom of a sphenoidal mucocele. *Rhinology*. 2003;41(3):187-91.
9. Ologe FE, Odohode TO, OwoeyeJF, Eletta PA. Ophthalmic manifestations of fronto-ethmoidal mucoceles: a report of five cases. *Afr J Med Med Sci*. 2003;32(2):209-14.