

Mucocele. Reporte de un caso

Mucocele

Dr. Henry Ronda Marisy; Dr. Angel Hernández Díaz; Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Carmen Guerra Rodríguez

Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 65 años de edad, con una tumoración en el seno frontal derecho con las características clínicas de un Mucocele. Se señala la utilidad del TAC para el diagnóstico y determinación de las exactas relaciones de la tumoración con las estructuras vecinas, en especial al contenido orbitario y la fosa cerebral anterior. Se especifica que en este tipo de tumoración la técnica de abordaje utilizada es la más correcta para garantizar la exéresis total de la tumoración sin que queden alteraciones estéticas en la paciente.

DeCS: MUCOSELE; CARACTERÍSTICAS; TAC; ABORDAJE.

ABSTRACT

A 65 years -old patient is studied. He presented a tumour in the right frontal sinus with clinical characteristics of a mucocele; the usefulness of the A.C.T is stressed for the diagnosis and determination of the exact relationships of the tumour with neighbour structures, specially the orbital content and the anterior cerebral fossa. In this type of tumour the specific technique of treatment used, is the correct one for assuring the total exeresis of the tumour without causing aesthetic disorders in the patient.

DeCS: MUCOCELE.

INTRODUCCIÓN

Los mucocelos o los mucopioceles se forman principalmente en los senos frontales, no tanto en los senos atmoidales y muy raras veces en los senos maxilares y esfenoidales, según Morgan (1) en el 80 % de los casos es fronto-etmoidal, en el 10 % es maxilar, muy raramente en el esfenoidal (2). Algunos (3) lo definen como quistes secretantes recubiertos por la membrana mucosa del seno y que aumentan de tamaño por acumulación de productos de secreción y de decamación (2). Otros (3) lo señalan como un cúmulo de mucus en el seno acompañado de dilatación con adelgazamiento de las paredes y para Neumann (4) no es más que un seno dilatado lleno de mucina. En su crecimiento el mucocele puede producir presión sobre las paredes del seno, con reabsorción ósea por lo que su irrupción fuera del seno es un hecho frecuente. (5)

Ha motivado este trabajo la presentación de un caso con sus características, lo cual llevó a diagnósticos diferenciales de importancia y realización de técnicas específicas para su confirmación y tratamiento.

Reporte del caso:

B.C.A., femenina, blanca de 65 años de edad, que acude a consulta por presentar cefalea de tres años de evolución coriza y catarros nasales frecuentes, además señala que desde hacía un año presentaba inflamación de la región orbitaria derecha y visión doble que progresaba lentamente.

Examen Físico: Aumento de volumen en la región supero interna de la órbita derecha, algo firme y ligeramente dolorosa a la palpación y con sensación de crepitación en la tabla anterior del seno frontal del mismo lado; se observa además desplazamiento del globo ocular derecho hacia afuera y abajo. Las fosas nasales y nasofaringe no mostraron alteraciones.

Se realizan estudios radiográficos de los senos paranasales en los cuales se observa: senos frontales dilatados con transparencia semejante a la de las órbitas, lisos con aparente destrucción del tabique intersinusal de ángulo superointerno de la órbita derecha con velamiento de las celdas etmoidales. Se realiza flebografía orbitaria donde se aprecia desplazamiento hacia abajo con rectificación de la vena oftálmica superior, no se visualiza la tercera posición que debe estar en relación con efecto compresivo de un proceso expansivo intraorbitario y solución de continuidad del contorno supero interno de la órbita.

Se practica TAC en la que se pudo precisar que ocupando el seno frontal derecho, hay una masa tumoral que tiene una densidad de unas 35 UH y que crece para la porción interna de la órbita de ese lado. La lesión destruye las paredes vecinas, la impresión diagnóstica fue mucocele frontal con crecimiento intraorbitario.

TAC ocupando el seno frontal derecho hay una masa T que tiene una densidad de unas 35 UH y que crece por la porción interna de la órbita de ese lado, la lesión destruye las paredes óseas vecinas.

Fue operada mediante un abordaje externo osteoplástico anterior del seno frontal, encontrándose ruptura de la tabla anterior del seno frontal derecho, destrucción del tabique intersinusal e invasión del seno frontal izquierdo que se proyectaba a las celdas etmoidales anteriores izquierdas y ocupada todas las celdas etmoidales anteriores derecha con destrucción de la pared interna de la órbita derecha hacia su porción anterior; la pared posterior del seno frontal derecho en su porción superoexterna estaba destruida en 1 cm aproximadamente y la cápsula de la tumoración adherida a la duramadre, El estudio histopatológico mostró una tumoración quística recubierta por epitelio estratificado soportado por un tejido fibroso denso acompañado de infiltrado inflamatorio crónico sugestivo de un mucocele del seno frontal.

La paciente evolucionó satisfactoriamente sin que hasta el momento haya presentado signos de recidivas de la tumoración.

DISCUSIÓN

Se señala que los mucocelos pueden originarse después de obstrucción del conducto nasofrontal, a bloqueo de glándulas mucosas, formación quística de la mucosa, estenosis de uno de los ostium (6), infecciones crónicas, traumatismos o intervenciones quirúrgicas que determinan una retención de secreciones en el seno correspondiente, esta puede ser fluida, incolora o amarilla, más rara vez una secreción casi acuosa (5). La obstrucción del conducto nasofrontal puede ocurrir más fácilmente cuando alguna de las celdas del grupo anterior del etmoides, se proyectan en el piso del seno frontal frente al conducto. (5, 6)

Los mucocelos pueden manifestarse clínicamente como un bulto blando e indoloro situado en la porción supero interna de la órbita que puede desplazar el globo ocular hacia abajo, delante y afuera, en ocasiones puede haber dolor intermitente o persiste en la región supraorbitaria, el desplazamiento del globo ocular puede dar lugar a diplopía, atrofia del nervio óptico y ceguera, con excepción de las últimas manifestaciones. Nuestra paciente presentó todas estas alteraciones características de esta entidad, al igual que las paredes del seno pueden alcanzar la delgadez de un papel produciéndose el denominado crujido de pergamino o crepitación en cáscara de huevo (3-6) el cual se constató de forma característica en nuestro caso.

En su crecimiento el mucocele puede romper el tabique intersinusal, como apreciamos en esta enferma e irrumpir en el seno contrario o también hacia el

etmoide o la fosa cerebral anterior por erosión de la pared posterior del seno frontal (1).

La evolución del mucocele es lenta como pudimos apreciar en nuestra paciente, cuando un mucocele se infecta da lugar a las llamadas pioceles que pueden dar lugar a graves complicaciones (3)

Los mucocelos pueden ser diferenciados de los pioceles por su crecimiento lento, ausencia de signos inflamatorios, firmeza a la palpación, moderadas complicaciones orbitarias, presencia de sustancia mucoide en las punciones y esterilidad de las secreciones, otros diagnósticos diferenciales hay que establecerlos con: tumores de la órbita, neoplasias malignas, meningiomas, osteomas coleccionados, quistes dermoides, lipomas, así como osteomielitis localizadas (5-7)

El diagnóstico de estas lesiones se establece sobre la base del cuadro clínico y los estudios radiológicos, entre los que tenemos las radiografías de senos paranasales en vistas anteroposteriores y laterales, la tomografía convencional, la ultrasonografía orbitaria, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética y la flebografía; la arteriografía no es de uso frecuente (2-5)

En las radiografías convencionales la imagen aparece en forma de zonas lisas, globulosas de radiotransparencia en los senos, en otros casos aparece transparencia anormal en las áreas próximas al seno afecto, a veces con veladura delimitada con nitidez (4).

El tratamiento de estos tumores es quirúrgico, preferiblemente por vía externa, mediante un abordaje osteoplástico anterior al seno afecto (4-7), pero algunos (3) recomiendan el abordaje intranasal sobre todo en aquellos casos sin compromiso orbitario o endocraneal, nuestro caso fue intervenido por la técnica primeramente señalada y fue de gran éxito, pues nuestra paciente se encuentra totalmente restablecida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morgan A.. Tumores Benignos de la cava, fosas nasales y senos. En: Michel Portmann. Otorrinolaringología. 1 ed. La Habana: Ed. Científico Técnica, 1988;240-246.
2. Montgomery W. Tumores de la nariz y de los senos paranasales. En: JJ. Ballenger. Enferm. De la nariz, garganta y oído. 12 ed. La Habana: Ed Científico Técnica; 1981, t 1: 235-247.
3. Ballantyne JC. Tumores y quistes de la nariz, los senos perinasales y maxilares. En su: Manual de Otorrinolaringología. 3ra ed. La Habana: Editorial. Científico Técnica, 1983, t 1: 273-285.
4. Nauman HH. Inflamaciones de las fosas nasales, y senos paranasales. En: J. Berewdes, F. Zöllner, R. Link. Tratado de Otorrinolaringología. Barcelona: Editorial. Científico Técnica, 1979, t1:200-220.
5. Wilson W. Infecciones y granulomas de las vías aéreas nasales y senos paranasales. Wilson W, Montgomery W. En: Michail M. Paparella, Donald A Shumuck. Otorrinolaringología. 2 ed. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1983, t3: 1975-67.
6. Norman W. Mucocele of the Fronto-Ethmoidal area. Report of two cases. Ann Otolaryngol Laryng, 1987, 96: 1927-1931.
7. Anthony WP. Unilateral peridural mucocele stimulating a malignant neoplasias. Report of a case. Arch Otorrinolaringol 1991; 103(2): 1188-1194.

Dr. Henry Ronda Marisy. Especialista de II Grado en ORL. Profesor Auxiliar. ISCM-C. Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.