

Pólipo esfenonasal como causa de mucocele esfenoidal: un diagnóstico a considerar

José T. San Martín M., Claudia Arriagada G., Héctor Bozán B.

Servicio Otorrinolaringología, Hospital de Carabineros

SUMMARY *The sphenoidal sinus mucocele is a pseudocystic lesion of paranasal cavity (CPN). These injuries are probably underdiagnosed as they may be asymptomatic or cause nonspecific symptoms. The CT scan and the MRI increase the precision of the preoperative evaluation. We present a case of sphenoid sinus mucocele in a patient of 69 years old, who was admitted at our institution with 1 month evolution of persistent headache. Clinical presentation, diagnosis and treatment of this case are discussed as well as the review of the literature.*

Fecha recepción: septiembre 2013 | Fecha aceptación: diciembre 2013

INTRODUCCIÓN

Los mucocelos son masas benignas definidas como un quiste tapizado por epitelio y llenos de secreción seromucosa. Derivan de una glándula de su propia pared y son producidos probablemente por la obstrucción del ostium de drenaje de una determinada lesión pseudoquistica en cavidad paranasal (CPN)⁽¹⁾.

Entre las causas de obstrucción del ostium de drenaje de una CPN, se pueden mencionar 3 tipos⁽¹⁾:

1. Factores del hueso como tumores, cirugías o traumatismos.
2. Factores de la mucosa como rinitis crónica alérgica, infecciosa, vasomotora, poliposis, etc.

3. Factores de la secreción como, por ejemplo, fibrosis quística, enfermedad en la que se produce una secreción espesa que no puede ser evacuada con facilidad.

Es importante mencionar que estos mucocelos se diferencian de un quiste de retención debido a que presentan un comportamiento expansivo, produciendo una gradual remodelación y erosión del hueso circundante, razón por la cual pueden llegar a extenderse intraorbitariamente o intracranealmente⁽³⁾.

En general, la localización más común de los mucocelos es el seno frontal o frontoetmoidal, seguidos por los del seno maxilar y siendo los del seno esfenoidal los menos frecuentes, llegando al 1% de todos los mucocelos^(4,5).

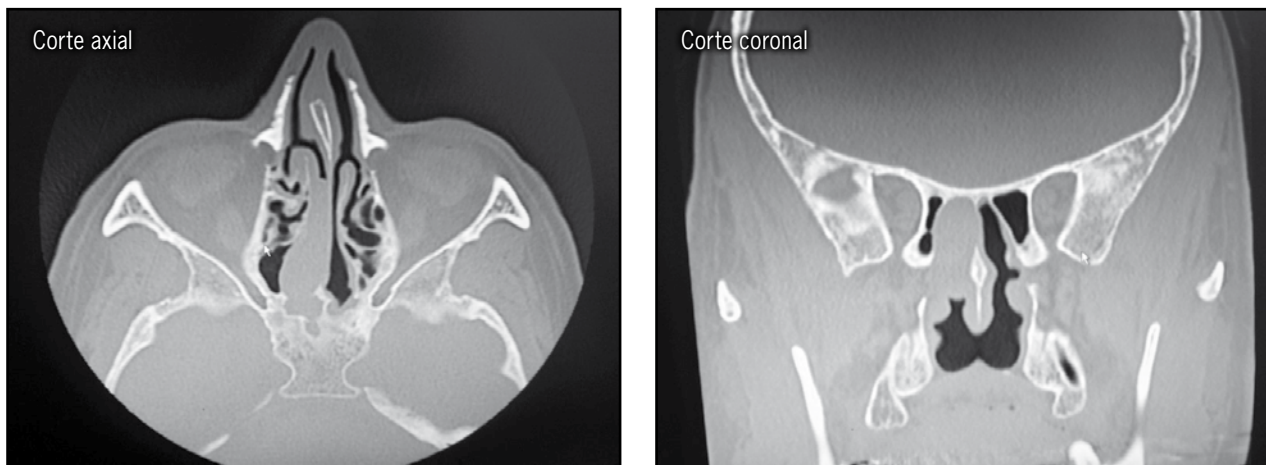


Figura 1. TC de CPN con imagen de masa que compromete región esfenoidal derecha.

Los síntomas más frecuentes de los mucocelos esfenoidales son la cefalea y la diplopía, pudiendo también presentarse otros síntomas como la obstrucción nasal, dolor facial o disminución de la agudeza visual. Dentro de su proceso diagnóstico ha cobrado gran relevancia el uso del TC CPN y la RNM, llegando a considerarse herramientas fundamentales a la hora del proceso diagnóstico inicial de estos pacientes⁽⁵⁾.

El tratamiento de esta patología es eminentemente quirúrgico, consistiendo él mismo en el drenaje y creación de una amplia comunicación de la cavidad del seno con las fosas nasales. Actualmente el abordaje endonasal mediante cirugía endoscópica es la técnica más aceptada^(3,4).

Presentamos el caso clínico de un paciente de 69 años con diagnóstico de mucocele esfenoidal.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 69 años con antecedentes de úlcera gástrica tratada, usuario de inhibidores de la bomba de protones, no fumador y con antecedentes quirúrgicos de una rinoseptoplastia en 1970 y una cirugía de Eyries a izquierda en el año 1973 (cirugía para el tratamiento de la rinitis atrófica u “ocena” donde se reduce el espacio de

la cavidad nasal para de esta manera restaurar la distribución del flujo aéreo nasal fisiológico); por esta razón realiza lavados nasales diarios a permanencia.

Acude a policlínico de ORL por historia de 3 meses de evolución de cefalea frontal en cintillo, además de congestión nasal bilateral e hiposmia moderada. Al examen físico, destaca a la rinoscopia una masa de aspecto pliploideo, que ocupa zona posterosuperior de la fosa nasal derecha, razón por la cual se decide controlar con TC CPN. El informe describe una masa de 34mm de longitud, ubicada en fosa nasal derecha con extensión a seno esfenoidal. Se realizó endoscopia nasal preoperatoria que muestra una masa polipoídea de aspecto liso en receso esfenoidal derecho. Se procede a un abordaje endoscópico, realizándose punción y luego apertura en región de la pared anterior, dando salida a líquido espeso mucoso. Se realiza una esfenoidotomía amplia, resecando masa polipoídea en su totalidad. Se envía muestra a biopsia, concluyendo posteriormente el diagnóstico histológico de pólipos.

DISCUSIÓN

Los mucocelos, denominados comúnmente como masas benignas de un determinado seno paranasal,

presentan un comportamiento expansivo que va produciendo una gradual remodelación y erosión del hueso circundante, razón por la cual pueden llegar a extenderse intraorbitaria o intracranialmente^(1,2).

Suelen ubicarse en su mayoría en el seno frontal⁽¹⁻⁵⁾, siendo el seno esfenoidal el menos afectado, tal como se observa en el trabajo de Bockmuhl *et al*, donde se estudiaron retrospectivamente durante un periodo de 18 años un total de 255 pacientes con 290 mucocelos de cavidades paranasales. En este estudio se encontró una razón entre hombre y mujer de 2:1 (170 hombres v/s 85 mujeres), con una edad media de 52 años, además de un 8,9% de mucocelos esfenoidales⁽²⁾. Algo mayor a lo expuesto en toda la literatura, pero que se puede explicar por el aumento del uso de la RNM o el TC de cavidades paranasales. Además, a pesar de que representen tan solo el 1 a 2 % del total de los mucocelos, esta patología presenta una prevalencia mayor en algunos pacientes como, por ejemplo, los postirradiados como bien se observa en el trabajo de Soon y Lim⁽⁷⁾.

Dentro de la sintomatología habitual se encuentra el aumento del volumen ocular, rinorrea, cefalea y trastornos diversos de la visión que van desde disminución de la agudeza visual hasta diplopía. Es importante señalar que el síntoma más frecuente en todos los pacientes con mucocelos esfenoidales es la cefalea en vértex craneal^(2,4,5), tal como se puede observar en nuestro paciente. Este diagnóstico debe sospecharse en caso de cefalea, asociado a congestión nasal bilateral que no mejoran con tratamientos sintomáticos de manera crónica. Es con todo esto, que el apoyo radiológico con TC se hace imprescindible para complementar el proceso diagnóstico.

En general, los exámenes habitualmente solicitados son la TC de CPN y la RNM. Los hallazgos encontrados con estos son diversos, pero dos

características que se dan constantemente son la opacificación del seno afectado y la disminución del grosor de las paredes de este mismo, tal como se expone en el trabajo de Yocoyama *et al*⁽⁵⁾.

Es importante tener un diagnóstico radiológico lo más preciso posible, ya que los mucocelos producidos en la región esfenoidal con extensión intracranial pueden ser fácilmente confundidos con lesiones que necesiten de tratamientos como la craneotomía. Algunos de estos incluyen a tumores pituitarios, craneofaringiomas, meningiomas, gliomas del nervio óptico, aneurismas y encefalocele, entre otros^(5,10).

Yocoyama menciona el hallazgo de una zona de alta intensidad de señal en las imágenes de RNM potenciadas en T1, como el momento del diagnóstico diferencial de otras masas extensibles alrededor del seno etmoidal y esfenoidal posterior, y concluye que la RNM cerebral, especialmente con cortes coronales y sagitales, es una de las mejores opciones imagenológicas para la realización de un diagnóstico correcto y precoz cuando existe compromiso intracranial en los mucocelos esfenoidales⁽⁵⁾.

Con respecto al tratamiento quirúrgico de los mucocelos, el abordaje ha visto un giro bastante vertiginoso, con la frontotomía externa como la técnica quirúrgica más utilizada a finales de los años 80 y 90. Esto se puede evidenciar claramente en el trabajo de Celedón *et al*, donde se realiza un seguimiento en dos periodos de tiempo (ambos con más de 10 años), en el que se observa la frontoetmoidectomía externa tipo Lynch como el abordaje más utilizado en la primera mitad de la década (46%), siendo posteriormente desplazado por la cirugía con abordaje endoscópico (32% de las cirugías realizadas en este estudio)⁽³⁾.

Luego, con el trabajo de Nazar *et al* quien realiza un nuevo estudio retrospectivo de 46 pacientes

con diagnóstico de mucocèle de senos paranasales durante un periodo de 8 años, seguido al del estudio de Celedón y en el mismo Hospital Clínico Universidad de Chile, se puede ir observando cómo dentro del un mismo recinto hospitalario, el manejo quirúrgico habitual cambia radicalmente al abordaje endoscópico nasal durante el transcurso de los años, donde el 87% del total de los pacientes recibe éste exclusivamente y solo el 4,3% es tratado con frontoetmoidectomía externa⁽⁴⁾. Todo esto probablemente dado por los beneficios de esta técnica quirúrgica, como la preservación del marco óseo del seno comprometido, la disminución del tiempo quirúrgico, evitar la incisión externa y la disminución de los costos de hospitalización; características que hoy en día lo convierten en la primera línea de tratamiento^(8,9).

Además, como se observa en el trabajo de Har-El, se aprecia que la recurrencia de esta patología

con el abordaje endoscópico es casi nula, reportándose solo una en este estudio (0.9%) de un mucocèle frontal⁽⁶⁾, sin significar esto que los pacientes sometidos por esta técnica no deban tener un adecuado seguimiento clínico en el largo plazo.

CONCLUSIÓN

Con el presente caso clínico, hemos tratado de explicar no solo las características específicas de un paciente que se presenta con diagnóstico de mucocèle esfenoidal, sino que también ahondar en la literatura y generar una revisión del tema, donde se destaca el progreso que se ha ido viendo en los últimos años con el advenimiento de nuevas técnicas quirúrgicas como el abordaje endoscópico nasal, el cual ha llegado a considerarse hoy en día la técnica quirúrgica de elección en los pacientes que presentan esta patología.

REFERENCIAS

1. Borley JL. Mucocelos of the frontal sinus. Causes and treatment. *Ann Otol Thinol Laryngol* 1973;82:696-702.
2. Bockmühl U, Kratzsch B, Benda K, Draf W. Surgery for paranasal sinus mucocoeles: efficacy of endonasal micro-endoscopic management and long-term results of 185 patients. *Rhinology* 2006;44:62-7.
3. Celedón C, Inzunza F, Olavarría C, Silva C, Tamblay N, Tapia L. Estudio y manejo de mucocelos de cavidades perinasales. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2003;63:29-34.
4. Rodolfo Nazar, Alfredo Naser, Javiera Pardo, Juan Fulla, Jesús Rodríguez-Jorge y Paul H. Délano. Manejo endoscópico de mucocelos de senos paranasales: experiencia en 46 pacientes. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011;62:363-6.
5. Yokoyama T, Inoue S, Imamura J, Nagamitsu T, Jimi Y, Katoh S *et al.* Sphenothmidal mucocelos with intracranial estension. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 1996;36:822-8.
6. Har-El G. Endoscopic management of 108 sinus mucocelos. *Laryngoscope* 2001;111:2131-4.
7. Soon SR, Lim CM, H Singh, DS Sethi. Sphenoid sinus mucocelo: 10 cases and literature review. *J Laryngol Otol* 2010;124:44-7.
8. Beasley NJP, Jones NS. Paranasal sinus mucocelos: Modern management. *Am J Rhinol* 1995;9:251-6.
9. Khong JJ, Malhotra R, Selva D, Wormald PJ. Efficacy of endoscopic sinus surgery for paranasal sinus mucocelo including modified endoscopic Lothrop procedure for frontal sinus mucocelo. *J Laryngol Otol* 2004;118:352-6.

CORRESPONDENCIA

Dr. José Tomás San Martín Morandé
Servicio Otorrinolaringología
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Fono: 9863 1095 / 56 2 2955 1180
E-mail: josetomas.sanmartin@gmail.com

