

SOBRE UN CASO
DE MUCOCELE FRONTO-ETMOIDAL (1)

DR. JOSÉ LUIS CAMACHO BELTRÁN
OTORRINOLARINGÓLOGO
LINARES (JAÉN)

Por considerarlo de interés vamos a exponer un caso de mucocèle fronto-etmoidal:

Se trata de la enferma P. R. S. de 42 años, casada, natural de Madrid. Nos la envían del servicio de Oftalmología donde había ido, porque desde hace un año le apareció una formación en el ángulo interno y superior de órbita izquierda que ha evolucionado hasta alcanzar el tamaño de una almendra. Dolor fuerte de cabeza desde esa época que se extiende a región frontal de lado derecho y hacia raíz de la nariz. Solo manifiesta haber tenido escasa mucosidad por fosas nasales.

Exploración.-- A la inspección observamos una tumoración del tamaño de una almendra en ángulo interno del ojo que al tacto es duro, sin fluctuación, la piel es depresible a este nivel, presenta aspecto normal y no es doloroso. El párpado superior se encuentra algo descendido y existe una asimetría facial por elevación de la ceja izquierda.

Por rinoscopia anterior observamos mucosa de fosas nasales de buen aspecto, sin mucosidad, igual en lado derecho que en el izquierdo. Rinoscopia posterior es normal.

(1) Sección del Seminario del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Provincial de Madrid, del que es jefe el Profesor A. M. Calderín.

No se lleva a cabo la punción exploradora porque consideramos no debe realizarse una vez que la radiografía de senos fronto-maxilares en posición anterior y otra lateral nos informan de mayor opacidad de seno frontal del lado izquierdo con desaparición del techo de la órbita en pequeña extensión y opacidad en seno etmoidal del mismo lado. Estableciendo por tanto el diagnóstico de mucocele fronto-etmoidal del lado izquierdo.

Tratamiento.—Anestesia de base morfina-escopolamina media hora antes de la operación y local con novocaína-adrenalina al 1 % y de fosa nasal incluida cornetes y meatos con la misma novocaína-adrenalina. Se practica una incisión desde la mitad interna de la ceja aproximadamente hasta un poco por debajo de la raíz de la nariz, igual que se procede en la sinusitis frontal para abrir el seno frontal. Separados los tejidos blandos y legrado el periostio se procede a separar la cortical con gubia y martillo para ampliar la abertura que había labrado el mucocele en techo de órbita, apareciendo el mucocele envuelto en su bolsa que se extiende a etmoides anterior y posterior, por lo que se limpian estas celdas. Una vez limpia la cavidad se drena ampliamente por fosa nasal poniendo un tubo de goma que desde seno frontal sale por fosa nasal. Sulfatiazol esteril en cavidad y se sutura. Se inyecta con penicilina el mismo día de la operación y durante cinco días más, poniéndole 400.000 U. I. diarias.

A los cinco días se levanta el apósito y se quitan los puntos y a los doce días se retira el drenaje y se da de alta por curación.

A los seis meses de la operación vuelve por consulta encontrándose bien y habiéndole desaparecido todas sus molestias.

COMENTARIO

El MUCOCELE es una afección más bien rara, pero haciendo notar como se dice en los libros, que tiene mucho interés por el desconocimiento de su etiopatogenia o no mostrarse esta demasiado clara, de tal forma que desde el año 1839 en que fué señalado como enfermedad independiente hasta la fecha no hemos hecho ningún adelanto sobre este punto.

Se caracteriza el mucocelo, por una distensión en el interior del seno y formación de un líquido o sustancia mucosa. No es un verdadero tumor; es una formación mixta de tipo pseudotumoral, de evolución crónica que puede tener períodos de reagudización cuando se infecta en cuyo caso se llama piocele.

Según el sitio de frecuencia se señala la máxima para el seno frontal, siguiéndole el etmoides y por último el seno maxilar, aunque se discute su existencia y por muchos autores incluso negado, pero este es un concepto que tiene que ser modificado puesto que el profesor CALDERIN nos relató dos casos por él vistos de mucocelo maxilar. Más rara es su localización en seno esfenoidal.

Etiología.—No obstante la mayor predilección por sujetos jóvenes, aparece en sujetos entre 20 a 60 años.

ROSENBERG y KINNEI presentaron un caso de 13 años. EDWARD y STEWART de 20 casos recopilados dan un promedio de 42 años.

Patogenia.— Hemos de señalar tres teorías que tienen más posibilidad de certeza, aunque haya otras que no se mencionan en las obras modernas, por ejemplo la bacteriana y la neurovegetativa. Estas tres teorías son las siguientes:

1.^a Teoría de obstrucción del ostium, 2.^a Dilatación quística glandular y 3.^a Teoría embriogénica. Algunos autores mencionan una 4.^a Teoría de origen degenerativo que es la más aceptada por los anatómo-patólogos, según los cuales el mucocelo se origina por degeneración quística de un pólipo. WOLFF opina que se debería a una degeneración de la mucosa del seno.

La obstrucción del ostium, puede ser por un traumatismo, una compresión, infección u obliteración congénita. Dentro del traumatismo que puede ser accidental o quirúrgico se explicaría por la formación de un callo que bloqueando el ostium sinusal daría lugar a la acumulación de líquido.

La compresión sería originada por un tumor benigno o maligno y así HOWARTH tiene publicado un caso en 1924 de mucocelo producido por la retención debida a un osteoma que cerró el ostium. THOMSON señala un caso de mucocelo desarrollado a consecuencia de una leontiasis ósea y PASCUAL DE JUAN publica en los Anales de Valdecilla un caso de osteoma con mucocelo frontal.

La infección que puede ser del tipo aguda virulenta o una infección lenta catarral y prolongada, daría lugar a un bloqueo por espesamiento de la mucosa de los ostium, acompañándose de una hipersecreción mucosa que se acumularía.

La obstrucción del ostium que si bien es verdad se encuentra en muchos casos, no sucede en otros como se puede comprobar en el momento de la operación o de la necropsia y así TURNER de siete mucocelos por él vistos, solo en dos encontró cerrado el ostium.

Dilatación quística glandular por la existencia de glándulas de moco en la mucosa de los senos y GANEAU ha notado su tendencia a la transformación quística por obliteración canalicular o por proliferación del tejido glandular.

La teoría de tipo embriogénico que la explica por vicios de desarrollo en la región etmoidal o por degeneración quística.

PROETZ opina que el mucocelo se formaría por la destrucción de las células ciliadas al no poder desempeñar su misión de llevar el moco hacia el ostium.

De todas las teorías expuestas, aunque la obstrucción del ostium sea la más admitida, opinamos que no tiene gran valor puesto que son muy frecuentes, como todos hemos visto, las obstrucciones en las alergias nasosinusales y el mucocelo en cambio no lo es tanto y además no comprendemos porque se va a producir una neoformación por el solo hecho de no estar ventilado el seno. Sobre la segunda teoría de dilatación quística glandular, aunque aceptable, no existen documentos anatómopatológicos y la tercera teoría embriogénica parece ser la más aceptable aunque es difícil de demostrar.

Anatomía patológica.—El líquido extraído por punción o durante la intervención no contiene gérmenes o sea que es estéril en el 90 % de los casos, es de color amarillo, aunque puede ser de color rosa-grisáceo, más o menos fluido, viscoso en otras ocasiones, que contiene como principal elemento cristales de colessterina.

Rodeando al mucocelo existe una bolsa, que es la pared del mucocelo.

Sintomatología.—Podemos distinguir dos fases en la evolución del mucocelo: 1.^a Fase pretumoral, 2.^a Fase de exterioriza-

ción o tumoral, caracterizada esta por su salida de los límites del seno. La fase pretumoral se caracteriza por su silencio, siendo por lo tanto difícil su diagnóstico en esta fase. No obstante puede haber la siguiente sintomatología: 1.º dolores frontales o fronto-orbitarios que se irradian a toda la cabeza, 2.º alteraciones oculares del tipo de disminución de la agudeza visual y la diplopía y 3.º descargas mucosas intermitentes del lado donde asienta el mucocele. A pesar de esto, el primer síntoma que nota el enfermo es la deformidad que se establece poco a poco en ángulo interno del ojo, por lo que muchos enfermos consultan antes con un oftalmólogo siéndonos enviados por estos como ocurrió en el caso que exponemos. La fase de exteriorización se caracteriza por la aparición lenta en la mayoría de los casos de una tumoración, no dolorosa, en ángulo interno del ojo, de volumen que oscila entre una avellana, una nuez e incluso hasta el tamaño de un huevo. Da al tacto sensación de dureza o de crepitación como si hubiese debajo de la piel cáscaras de huevo, que es debido a la fragilidad del hueso de neoformación y otras veces da la sensación de una colección líquida bajo una piel de aspecto normal a ese nivel. La exoftalmia y la diplopía son otros síntomas, existiendo la diplopía incluso en la fase pretumoral, como hemos señalado antes. La exploración rinoscópica es negativa en el mucocele. La epífora puede ser precoz o tardía y es producida por irritación y bloqueo del conducto lagrimal.

Evolución.—Al aumentar de tamaño el mucocele, puede hacerlo hacia la parte interna de la órbita, destruyendo el suelo del seno frontal, puede atravesar la pared intersinusal ocupando el seno frontal del otro lado o crecer hacia atrás hasta llegar a contactar con la duramadre cerebral. La pared anterior del seno frontal es muy resistente por lo que es difícil su destrucción, aunque en este curso hemos tenido un caso de fistulización externa a través de pared anterior de seno frontal. Continuando su evolución puede producir incluso ceguera por presión sobre el nervio óptico o sobre la arteria central de la retina. Puede infectarse el mucocele y ocasionar una osteomielitis dando lugar a complicaciones sobre la órbita, por ejemplo el flemón de órbita.

Diagnóstico.—Lo podemos hacer por anamnesis, sintomatología, estudios complementarios y dentro de estos por la

diáfanoscopía que apenas nos da datos o son de poco valor. El análisis de sangre no sufre alteración en su fórmula leucocitaria ni en su velocidad de sedimentación a no ser en un estadio avanzado. La punción del seno o el cateterismo frontal no debe realizarse a no ser que exista confusión con un tumor maligno. La radiografía es lo que tiene más valor por darnos la imagen de desaparición de los contornos del seno, desaparición de base de seno frontal y de seno velado. La radiografía con sustancias opacas, bien por el método de PROETZ o de punción externa no puede obtenerse en el mucocele frontal por estar ocupado totalmente el seno frontal.

EDWARD recomienda la prueba de ejercer una fuerte presión sobre esa tumoración existente en ángulo interno del ojo si ésta presenta consistencia elástica, porque sale una descarga mucosa por la nariz, en ocasiones, que nos confirma el diagnóstico, pero en nuestra opinión esta maniobra no debe realizarse por su peligrosidad, fácilmente explicable por la región en que se realiza.

Diagnóstico diferencial.—Se puede hacer con el vacum sinum o seno mal ventilado ya que seno vacío no existe (Calderín). Con la sinusitis crónica, pero nos aclarará la radiografía y la rinoscopia. Con los tumores benignos que son poco frecuentes por ejemplo el papiloma, el adenoma, el fibroma, poco frecuentes en los senos. Los más frecuentes son el quiste sinusal y el osteoma que nos da una imagen redondeada típica que parte del suelo del seno y da sintomatología a no ser en periodos avanzados al hacer presión sobre las paredes del seno. Con los tumores malignos y de estos con el epiteloma cilíndrico, salvo en el etmoides, el epiteloma epidermoide espinocelular, el sarcoma osteogénico y tumores linfoides, en los cuales la sintomatología en su localización en seno frontal es la siguiente: 1.º algias supraorbitarias, 2.º supuración fétida, 3.º epistaxis o secreción mucopurulenta, 4.º mamelones de crecimiento en meato medio.

Con la periostitis sífilítica, se hace por la serología, antecedentes y sintomatología general. Con el quiste dermoide de la órbita que se localiza en el ángulo superointerno y que se adhiere a menudo a la pared ósea, pero que la radiografía nos aclarará ya que el seno está libre. Con el meningocele en ocasiones de

diagnóstico bastante difícil pero que nos aclarará la radiografía lateral de cráneo indicando la procedencia del tumor.

Tratamiento.—La punción solo es un método de diagnóstico y por lo tanto incapaz de asegurar la curación definitiva por lo cual se impone el tratamiento quirúrgico extenso después de trepanar el seno por vía externa.

RESUMEN

El mucocèle no es un tumor, sino una formación mixta de tipo seudotumoral; no es tan raro como se dice en los libros. También puede presentarse en el seno maxilar.

Hasta ahora se desconoce su patogenia, por lo cual hay muchas teorías, prueba de que ninguna es la verdadera, siendo la más aceptable la teoría embriogénica.

Está envuelto en una bolsa y contiene un líquido amarillento en el que se reconocen cristales de colessterina.

Tiene dos fases en su evolución que son la pretumoral y la tumoral o de exteriorización, caracterizada por la formación de una tumoración en ángulo interno del ojo que en su crecimiento ocasiona exoftalmia y diplopia.

En su evolución destruye las estructuras contiguas e incluso la tabla anterior del seno frontal.

Para el diagnóstico contamos como dato de más valor la radiografía en posición anterior y en incidencia lateral.

Se debe evitar la punción del seno y sobre todo la manobra de EDWARD de ejercer fuerte presión sobre la tumoración, por ser peligrosa.

El diagnóstico diferencial lo haremos con los tumores benignos, malignos, con el meningocèle cuyo diagnóstico es a veces bastante difícil y como tratamiento se impone el quirúrgico extenso por vía externa.

BIBLIOGRAFÍA

- SUNE MEDAN.—Mucocele etmoido-frontal. Médica Clínica, Enero 1944.
- PORTELA.—Mucocele Frontoetmoidal supurado. Revista española y americana de L. O. R. Mayo 1944.
- ANTOLI CANDELA.—Dos casos de mucocele etmoidal y un caso de mucocele frontal. Revista española de Laringología, 1927.
- ARAUZ.—Seno frontal. Monografía. El Ateneo Buenos Aires 1943.
- BERTAN CARRASCAL.—Contribución al estudio del mucocele frontal. Tesis. Tesis de la Facultad de Medicina de Bolonia. 1930.
- BOILE, J.—Le mucocele du sinus frontal et de signes orbito-oculaires. Tesis doctoral. Facultad de Lyon.
- CALICETI.—Trattato di Patologia e Otorrinolaringología. 1948.
- GENET y MOUNIER.—Mucocele frontal. Anales O. R. L. 1946.
- CABOCHE.—Mucocele du sinus frontal ayant succédé a une sinusite frontal superieure. Revista de Laryng. Junio 1945.
- MOURE.—Des mucoceles etmoidales. Revista de Laringología. Enero. 1922.