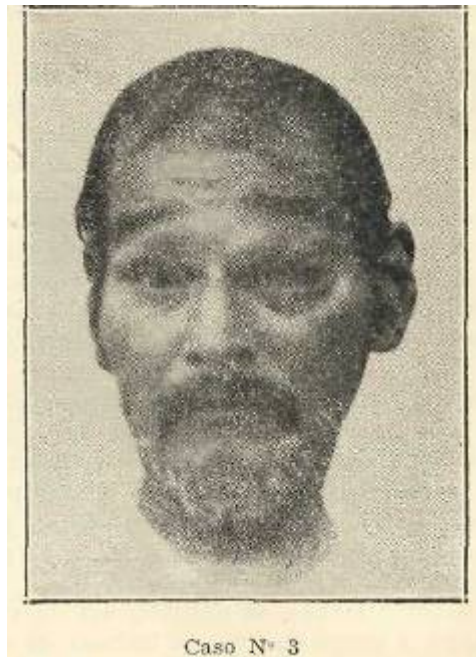


MUCOCELE FRONTO-ETMOIDAL

Por el Dr. J. Napoleón Alcerro

Los quistes benignos de los senos paranasales, se dividen en dos grupos: los que nacen de la mucosa del seno, y los que teniendo origen dentario, invaden el seno maxilar. El primer grupo comprende los quistes no secretores y los quistes secretores; entre estos últimos se encuentra el Mucoccele, objeto de nuestro estudio.



Paciente **presenta** tumor bilateral en *Ángulos* superointernos de órbitas

y los quistes por retención glandular. Los quistes de origen dentario son de dos clases: los quistes foliculares y los quistes radiculares.

EL MUCOCELE es una de las formas de quiste benigno secretor, que se localiza especialmente en los senos **frontales y etmoidales**, y muy raramente en los senos maxilares y esfenoidales. Constan de una envoltura quística, que no es sino la capa mucoperiostica distendida del seno, y de un contenido líquido, de color citrino, que contiene productos de secreción, de descamación y de inflamación; a veces ese líquido se vuelve purulento.

La etiología del mucocele no es muy clara, pero se cree **que** los traumatismos frontales, las neoplasias y las infecciones repetidas son la causa más probable de su formación. También hay quienes sostienen (Reverchon y Worms) que el mucocele tiene origen congénito, y admiten que el quiste es el resultado de alteraciones en el desarrollo embriológico de la región **fronto-etmoidal**.

La patogenia es mejor conocida, ya que el factor determinante es la obstrucción del conducto naso-frontal, o de uno de los conductos especiales de comunicación de las celdas etmoidales a la nariz. La posición especial del conducto naso-frontal, predispone

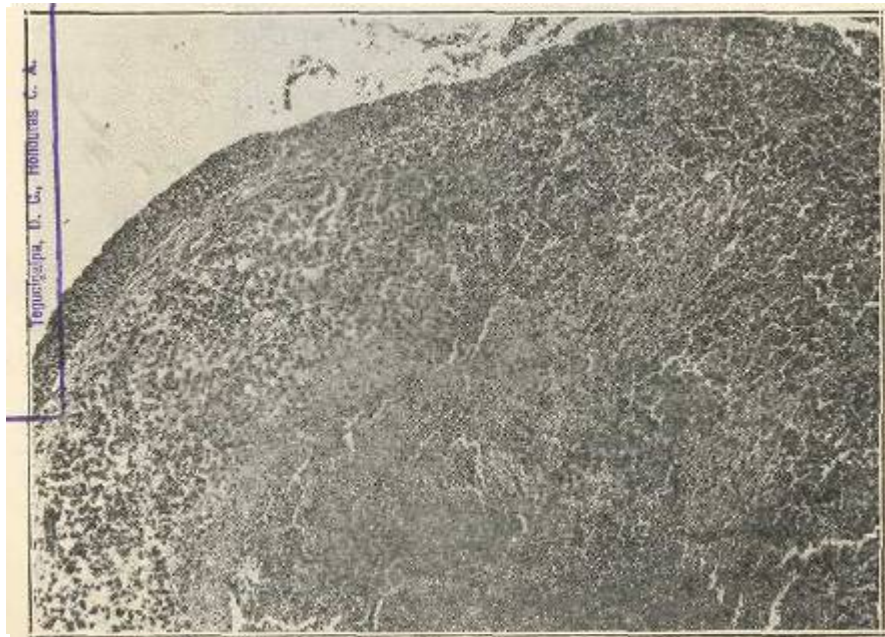


a la obstrucción, que se produce, ya sea por una inflamación **aguda** repetida o por una inflamación crónica, por traumatismo, y por neoplasias, de las cuales el **osteoma** es el más frecuente. Cualquiera que sea la causa de la producción del mucocele, parece ser que cierta forma de degeneración quística de la mucosa del seno se lleva a cabo, antes de que se **forme** dicho quiste mucoso.

Histológicamente estudiada la pared del **quiste**, se comprueba que no es sino la capa mucoperióstica del seno distendida; el epitelio se vuelve pavimentoso por la compresión prolongada; **las** glándulas acinosas disminuyen aparentemente de número y se encuentran comprimidas. El epitelio se encuentra rodeado de **una**

densa capa de tejido conjuntivo, infiltrado de pequeñas células redondas.

Los Síntomas varían según el estado en que se encuentra el mucocele. En el período latente de la afección, es difícil hacer el diagnóstico, ya que los síntomas pueden inducir a pensar en una sinusitis crónica: cefalalgias frontales fugaces o permanentes, pesadez frontal, falta de deseos de estudiar y trabajar, y a veces, neuritis óptica. Es tan difícil hacer el diagnóstico en este período, que sólo un estudio detenido clínico y radiológico puede establecerlo; generalmente la intervención quirúrgica es la que descubre un mucocele en su primer estadio de evolución.



Corte histológico de la pared del mucocele extraído del paciente N¹¹ 3. Puede verse el epitelio completamente aplanado por la compresión. El subepitelio consiste en una densa capa de tejido conjuntivo infiltrada de células redondas

En su desarrollo, el mucocele aumenta de tamaño destruyendo las paredes óseas que lo aprisionan, siendo las más delgadas las primeras en desaparecer: tabiques de las celdas etmoidales, tabique medio frontal, piso y pared posterior del seno frontal. Después que el piso del seno frontal ha sido destruido, se hacen aparentes los signos y síntomas de exteriorización; son éstos tan claros, que difícilmente se puede confundir el mucocele. En el ángulo supero-interno de la órbita, se observa una tumoración más o menos grande que desplaza el globo ocular hacia afuera y abajo, I produciendo o no, diplopia; a veces hay lagrimeo por compresión I

del saco lagrimal. A la palpación, la tumoración uni o bilateral, puede apreciarse ya sea con sensación de crepitación cuando hay una delgada capa ósea que recubre el tumor, o una fluctuación manifiesta, cuando todo vestigio óseo ha desaparecido, y únicamente el revestimiento mucoperióstico se encuentra bajo la piel. Cuando el mucocele es unilateral, la palpación descubre una fluctuación clara, pero hay resistencia a la presión del dedo que palpa; cuando es bilateral, esa sensación de resistencia es menor, y el dedo colocado en el tumor del lado opuesto, percibe la ola líquida desplazada por el dedo opresor, porque generalmente la lámina intersinusal frontal, ha desaparecido. Cuando el mucocele es fronto-etmoidal, o etmoidal puro, puede invadir la fosa nasal produciendo obstrucción nasal uní o bilateral, y el tumor se hace aparente a la rinoscopia anterior, en la bóveda -:-9 la fosa.

En la Radiografía se pueden hacer aparentes diversas formas, según el estado en que se encuentre el tumor, y la localización del mismo; la sustitución del aire del seno por el líquido del Mucocele, produce sombras muy evidentes.

El diagnóstico es difícil durante el período de latencia, y no es sino después de una intervención quirúrgica por supuesta sinusitis, que se ha logrado hacerlo, (hallazgo quirúrgico). En "el periodo de exteriorizaron no hay ninguna duda respecto a la naturaleza de la tumoración, ya que los síntomas son típicos; ¿sin embargo, a veces es necesaria ana punción para estar completamente seguros de que se traía de un quiste mucoso,

El tratamiento es eminentemente quirúrgico. Los mucocelos . etmoidales y los fronto-etmoidales con expansión a la nariz, son ' susceptibles de la extirpación endonasal; pero generalmente se prefiere la vía externa para quitarlos,, ya que se obtiene mayor visibilidad y con ello mayor corle;->. do limpiar bien todas las celdas etmoidales tomadas.

Al hacer la extirpación del quiste, es necesario quitar completamente la pared del mismo, y después dejar una amplia comunicación de los senos a la nariz para facilitar el drenaje y evitar las recidivas por nueva obstrucción del conducto si queda estrecho. Si el quiste es bilateral, .es necesario abrir a ambos lados, porque no es posible darse cuenta pe: un sólo lado de la extensión del opuesto. Terminada la operación, se deja un tubo de goma que de los senos pasa a la fosa, y ese tubo se quita a las 24, 48 o 72 horas, según el caso.

CASUÍSTICA

En mi práctica hospitalaria he logrado diagnosticar y operar tres casos; dos fueron enviados en interconsulta del servicio de Oftalmología del Hospital General, y el otro del Pensionado Civil del mismo Centro.

Caso N° 1.—P. S., de 40 años de edad, nacida en Santa Rita, Santa Bárbara, ingresó al Servicio de Oftalmología del Hospital General, quejándose de un tumor en la órbita izquierda y desplazamiento del globo ocular, hacía abajo y afuera.

Diez años antes, la paciente comenzó a notar la aparición de un pequeño tumor en el ángulo supero-interno de la órbita izquierda, que fue creciendo poco a poco hasta llegar al tamaño de una aceituna mediana; con el crecimiento del tumor, el ojo se desviaba hacia afuera. Como síntomas, la paciente dice que le ha molestado una sensación de peso en la frente, obstrucción nasal, especialmente del lado izquierdo, y catarros nasales frecuentes. No tuvo tratamiento médico, y vino a consultar únicamente porque el tumor le había desviado el ojo.

Al examen clínico, se encontró un tumor en el ángulo supero-interno de la órbita izquierda, de consistencia blanda pero elástica; dicho tumor había desviado el globo ocular hacia abajo y afuera, pero sin producir diplopia; los movimientos del ojo izquierdo hacia arriba y adentro estaban limitados. La rinoscopia anterior mostró un tumor a nivel de la bulla etmoidal (fosa izquierda) de igual consistencia del tumor externo y con trasmisión de la ola líquida desplazada por el dedo opresor. La radiografía a pesar de haberse repetido, no mostró la destrucción ósea del piso del seno, que se encontró al practicar la operación. En el examen físico general únicamente se encontró en la paciente la falta de algunas piezas dentarias, y el mal estado de otras. Los exámenes de laboratorio, mostraron la presencia de quistes de amiba histolítica, en las heces; trazas de albúmina y células de pus en la orina.

El 19 de junio de 1952, con anestesia general con tubo endotraqueal, se practicó una sinusostomía frontal izquierda, constatándose que se trataba de un mucocelo fronto-etmoidal que había destruido la pared medio frontal, todos los tabiques de las celdas etmoidales y el piso del seno frontal izquierdo. Se hizo la extirpación de toda la capa mucoperióstica, dentro de la cual se encontró un líquido citrino, turbio y con mal olor. Una amplia cavidad quedó en el sitio que ocupaba el quiste, la cual se comunicó ampliamente con la fosa nasal y se dejó un tubo de drenaje por espacio de 48 horas.

El post-operatorio fue bueno, y la paciente dejó el hospital 20 días después de la operación.

Caso N° 2.—J. R. O., de 49 años de edad, casado, nacido en Choluteca y vecindado en Comayagüela, ingresó al Pensionado Civil del Hospital General, en el mes de junio de 1952, quejándose de cefalalgia frontal. En su historia cuenta el paciente que padece de cefalalgia desde hace un año; que en el mes de marzo anterior fue tratado con antibióticos e inductotermia frontal, porque le diagnosticaron sinusitis crónica; que con ese tratamiento mejoró de su cefalea; que dos meses después, en mayo, comenzó a notar que tenía una pequeña tumoración en el ángulo supero-interno de la órbita izquierda, y otra más pequeña en el lado opuesto; que pal-

pando cualquiera de ellas que eran blandas, se transmitía una ola que iba de uno a otro lado.

A su ingreso en junio el paciente me fue enviado para diagnóstico y tratamiento. Clínicamente se hizo el diagnóstico de mucocele bilateral frontal; la radiografía no mostró el mucocele.

Al examen clínico encontré dos pequeños tumores en los ángulos supero internos de las órbitas, pequeños, blandos, con sensación de ola líquida que se transmitía de uno al otro, al comprimirlos; la piel a nivel de los tumores era delgada y de color más oscuro que el resto de la piel de la cara. No habían producido desviación de los ojos, ni otras molestias oculares. Fuera de la cefalalgia y la falta de deseos de trabajar, no había más síntomas. Tanto el examen clínico como los exámenes de laboratorio, fueron negativos por otras enfermedades.

El paciente fue operado con anestesia local con meticaína al 1%, adrenalina y wydase, el 4 de julio de 1952. Se operó primero el lado izquierdo por ser más grande el tumor, y después el lado derecho; en el izquierdo habían sido destruidos todos los tabiques etmoidales, y la pared interna del seno frontal presentaba una perforación de un centímetro de diámetro aproximadamente que dejaba ver la duramadre. El piso del seno frontal había desaparecido completamente. El lado derecho había destruido únicamente los tabiques de las celdas etmoidales anteriores y los dos tercios internos del piso del seno frontal, el tabique medio frontal había desaparecido; al ser extirpados completamente ambos mucoceles, quedó una amplia cavidad fronto-etmoidal, que se comunicó con las fosas nasales por amplios túneles en los que se colocó un tubo de goma que se retiró a las 72 horas. El post-operatorio sin complicaciones, fue benigno, y el paciente dejó el Hospital a los 10 días de operado.

Caso N^o 3.—J. A. C, de 68 años de edad, soltero, labrador, nacido en Santa Fe, Ocotepeque, ingresó al servicio de Oftalmología del Hospital General, el 30 de diciembre de 1952, quejándose de tumores en las órbitas.

Un año y medio antes el paciente comenzó a notar la aparición de unas prominencias en la parte superior interna de las órbitas, bajo las cejas; poco a poco le fueron creciendo, especialmente la del lado izquierdo, produciéndole desviación marcada del globo ocular hacia abajo y afuera; sentía sensación de peso en la frente, ardor en los ojos y lagrimeo en ojo izquierdo.

Al momento del examen el paciente (Fig.....) presentaba un tumor en ángulo supero-interno de órbita izquierda del tamaño de una ciruela, que desviaba el ojo hacia abajo y afuera y limitaba los movimientos de ese órgano. En el lado derecho, tumor más pequeño, sin producir desviación del ojo ni otros trastornos oculares; tumores blandos con sensación de fluctuación que se transmitía de uno a otro de los dedos opresores.

Diagnosticado el caso de Mucocele fronto-etmoidal bilateral, se operó con anestesia local con meticaína al 1%, adrenalina; se practicó sinusostomía frontal bilateral comprobando el diagnóstico

clínico. Se extirpó completamente la cápsula del quiste mucoso bilateral, que había convertido las celdas etmoidales de ambos lados y los senos frontales, en una amplia cavidad. Como en los otros casos, se hizo comunicación, a la nariz y se dejó drenaje con tubo de goma por espacio de 72 horas. El paciente recuperó completamente, y a los 15 días se le dio el alta.

NOTA: Al único paciente que he seguido observando es el del caso N° 2, que vive en Comayagüela; si presente se encuentra perfectamente curado de sus síntomas subjetivos (cefalalgia frontal y falta de deseos de trabajar), y no hay vestigio de los tumores.

BIBLIOGRAFÍA

- Benign Cysts of the Paranasal Sinuses, Harold F. Schuknecht, M. D. and John F. Lindsay. M. D. *Archives of Otolaryngology*, Volumen 49, Number 6. June 1949.
- Mucocele Do Seio Maxilar, Fabio Barreto Mathus, *Revista Brasileira de Oto-Rino-Laringología*. Vol. **XX**. Número 2, Marzo-Abril de 1952.
- J. E. Rezende Barbosa — Cândido Souza M. Sobre tres casos de Mucocele, *Revista Brasileira de Oto-Rino-Laringología*, Vol. **XII** Número 1 — 1944. Enero y Febrero.
- Otorrinolaringología Práctica. Segura, Canuyt, Errecart y Viale del Canil.