

Caso clínico

Tratamiento endoscópico de mucocelos aislados del seno esfenoidal

Endoscopic treatment of isolated sphenoid sinus mucocelos

Dr. Juan Petrini, Dra. Nirzha Terán, Dra. María Laura Villalta,
Dr. Carlos Santiago Ruggeri

Summary

Isolated sphenoid sinus mucocelos are rare.

The treatment of this condition is always surgical, and the endoscopic transnasal approach is preferred.

The objectives of this study are to demonstrate the efficacy of the endoscopic marsupialization via transnasal approach for the treatment of sphenoid sinus mucocelos and to determine the prevalence of this condition and the changes in visual function that can be caused by this rare entity.

8 patients with isolated sphenoid sinus mucocelos were treated at the Department of Otolaryngology of the Hospital Italiano de Buenos Aires between October 1995 and March 2010.

Two of the patients presented visual disturbances; in both of the cases the disease was treated effectively and no complications were associated to the procedure.

Conclusions: The endoscopic transnasal approach is the best option for the treatment of isolated sphenoid sinus mucocelos due to its high effectiveness and low morbidity.

The prevalence of this rare condition in our population was 19% and visual disturbances were presented in 25% of the patients.

Key words: mucocelo, sphenoid, endoscopic surgery.

Resumen

Los mucocelos aislados del seno esfenoidal son infrecuentes.

El tratamiento es quirúrgico, siendo la primera elección el abordaje endonasal asistido con endoscopios.

El objetivo de este trabajo es demostrar la eficacia de la cirugía endonasal con endoscopios con técnica de marsupialización para tratar mucocelos

del seno esfenoidal, y determinar la prevalencia de mucocelos aislados en el esfenoides y de alteraciones en la visión producidas por mucocelos del seno esfenoidal.

Fueron tratados 8 pacientes por mucocelos aislados del seno esfenoidal en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Italiano de Buenos Aires entre octubre de 1995 y marzo de 2010.

Dos tuvieron alteraciones en la función visual.

En todos se resolvió la enfermedad y no hubo complicaciones.

Conclusiones: el abordaje quirúrgico endonasal asistido con endoscopios es la mejor opción, por su eficacia y mínima morbilidad para tratar mucocelos aislados del seno esfenoidal.

La prevalencia de mucocelos esfenoidales en nuestra población de pacientes tratados por mucocelos de senos paranasales fue de 19%.

Las alteraciones en la visión se produjeron en el 25% de los pacientes.

Palabras clave: mucocelo, esfenoides, cirugía endoscópica.

Introducción

Las enfermedades aisladas del seno esfenoidal son infrecuentes: representan del 2% al 3% de todas las lesiones de los senos paranasales. La etiología más común es la inflamación, siendo responsable del 61% al 80% de todos los casos.

Los mucocelos del seno esfenoidal representan aproximadamente el 17% de todas las lesiones inflamatorias sinusales.

Muchas veces son asintomáticos, y sólo presentan síntomas cuando por su tamaño comprimen estructuras nerviosas, produciendo cefaleas y con menos frecuencia alteraciones en la visión.

Objetivo

Demostrar que la cirugía endonasal asistida con endoscopios es efectiva para tratar mucocelos esfenoidales y determinar la prevalencia de mucocelos aislados en el seno esfenoidal y de alteraciones en la visión producidas por mucocelos del seno esfenoidal.

Diseño

Retrospectivo y descriptivo.

Material y método

Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes que fueron tratados, por vía endonasal, con endoscopios por mucocelos de senos paranasales, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Italiano de Buenos Aires entre octubre de 1995 y marzo de 2010.

Se analizó específicamente a los pacientes que padecieron mucocelos aislados en el esfenoides.

Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, motivo de consulta, patologías asociadas, antecedentes de cirugías previas, hallazgos en las imágenes y del exámen otorrinolaringológico, procedimiento quirúrgico, complicaciones y evolución.

Todos los pacientes fueron evaluados por rinofibrolaringoscopia, y tomografía computada (TC), y 4 además con resonancia magnética nuclear (RMN).

El tratamiento quirúrgico se realizó bajo anestesia general, por vía endonasal, con endoscopios de 45º y consistió en marsupializar la lesión.

No se utilizó taponaje nasal.

Los controles se hicieron mediante videorinofibrolaringoscopia flexible, para evaluar la permeabilidad de la apertura del rostro esfenoidal y por TC.

Resultados

Cuarenta y dos pacientes fueron tratados por mucocelos de senos paranasales.

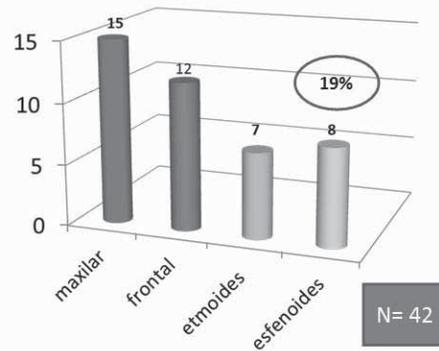


Fig. 1 - Prevalencia de mucocelos de seno esfenoidal.

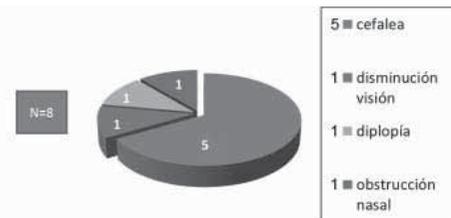


Fig. 2 - Síntomas de presentación de mucocelos esfenoidales.

En 8 la lesión se localizó en el seno esfenoidal (19%). Fig. 1

Hubo cuatro mujeres y cuatro hombres; la edad media fue de 54 años.

Los motivos de consulta fueron cefalea (5/8), alteraciones en la función visual (2/8) y obstrucción nasal unilateral(1/8). Fig. 2

Uno de los pacientes con alteraciones visuales tuvo diplopía por paresia del músculo recto externo producida por disfunción del nervio motor ocular externo en el seno cavernoso, provocada por la compresión del mucocelo. Foto 1

Otro enfermo tuvo antecedentes de tratamiento con quimioterapia y radioterapia concurrente y cirugía 12 años antes, por un carcinoma neuroendocrino.

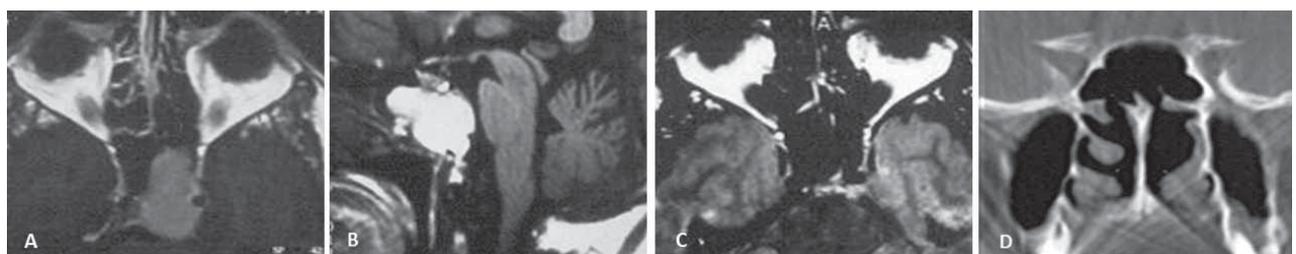


Foto 1. A-B: Mucocelo esfenoidal con paresia del recto externo. C-D: postoperatorio.

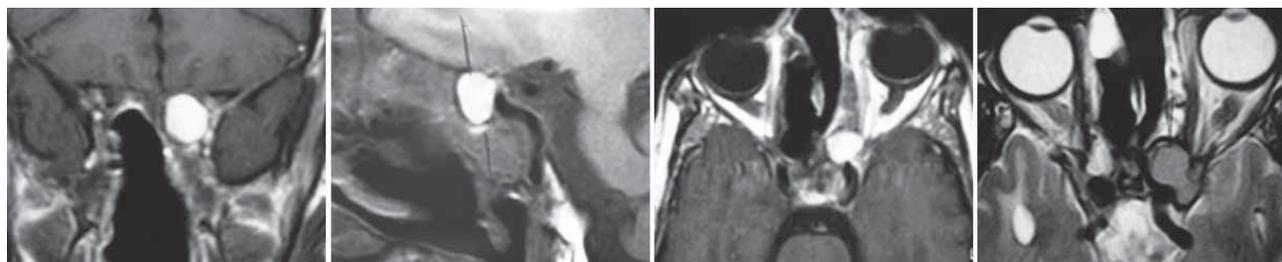


Foto 2- RMN: mucocele de seno esfenoidal con disminución de la visión del ojo izquierdo. Se observa el contacto de la lesión con la arteria carótida interna y el nervio óptico.

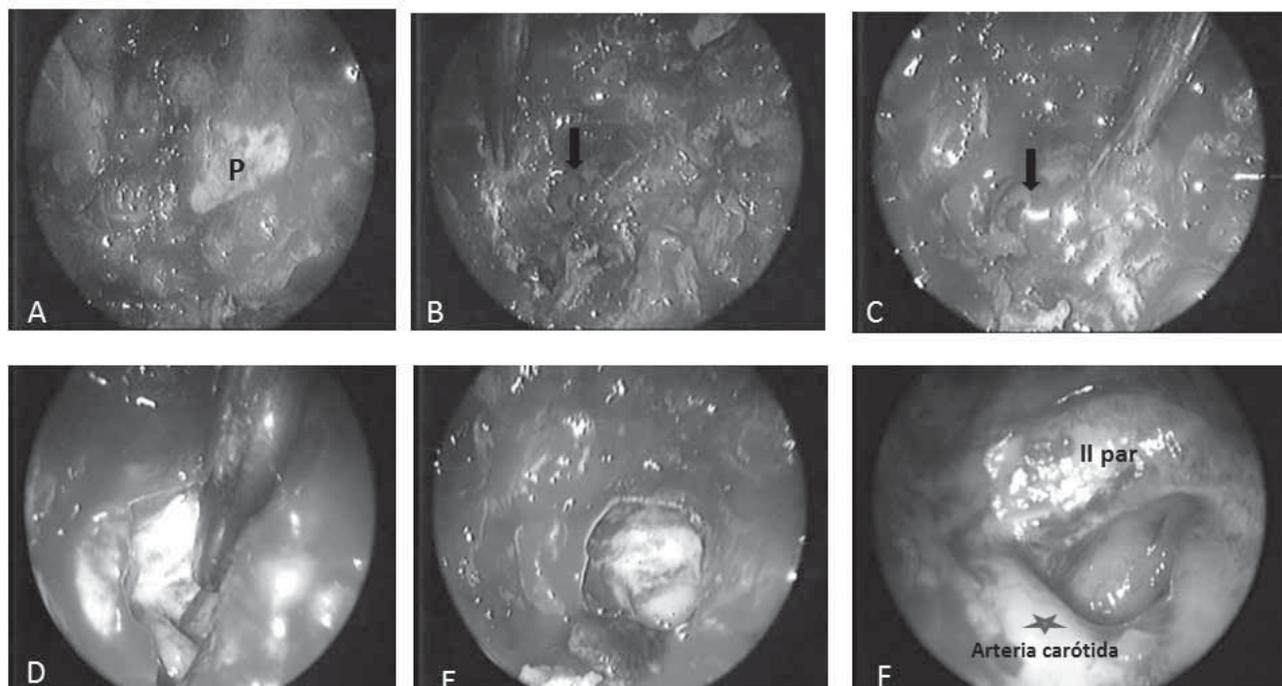


Foto 3- Mucocele de esfenoides con disminución de la visión del ojo izquierdo. Visión endoscópica - A: periórbita (P) expuesta para ubicar el apex orbitario. -B: resto de esfenoides y moco del mucocele (flecha)- C: moco del mucocele (flecha). -D-E: marsupialización. - F: se ve arriba el nervio óptico y abajo la arteria carótida interna.

Los controles oncológicos fueron normales.

Padecía ciega derecha como consecuencia del tratamiento radiante y una disminución progresiva de la agudeza visual izquierda (visión bulto) de 6 meses de aparición. Fotos 2-3

En dos pacientes los mucoceles estuvieron asociados a tumores (2/8): prolactinoma de hipófisis y carcinoma de rinofaringe.

Tres tuvieron antecedentes de cirugías previas (3/8): abordaje endoscópico a la región selar, cirugía craneofacial y abordaje paralateronasal.

Todos los pacientes fueron tratados por vía endonasal con asistencia endoscópica con técnica de marsupialización. Foto 4

En cinco la cirugía fue ambulatoria y tres estuvieron internados 24 horas.

Los dos enfermos con alteraciones de la visión recuperaron la función inmediatamente después de la cirugía.

Ninguno tuvo complicaciones y durante el seguimiento promedio de 5 años no hubo recurrencias.

Discusión

Las lesiones esfenoidales aisladas tienen el potencial de provocar complicaciones graves como déficits de pares craneales o incluso de poner en riesgo la vida del paciente.

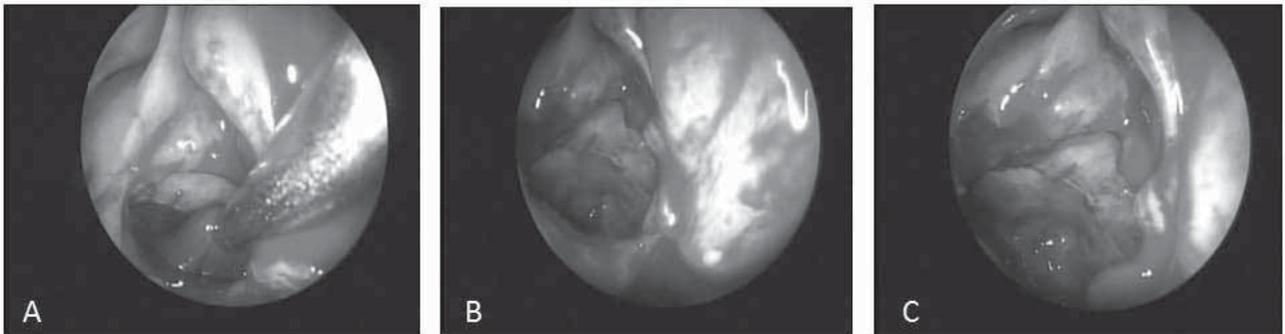
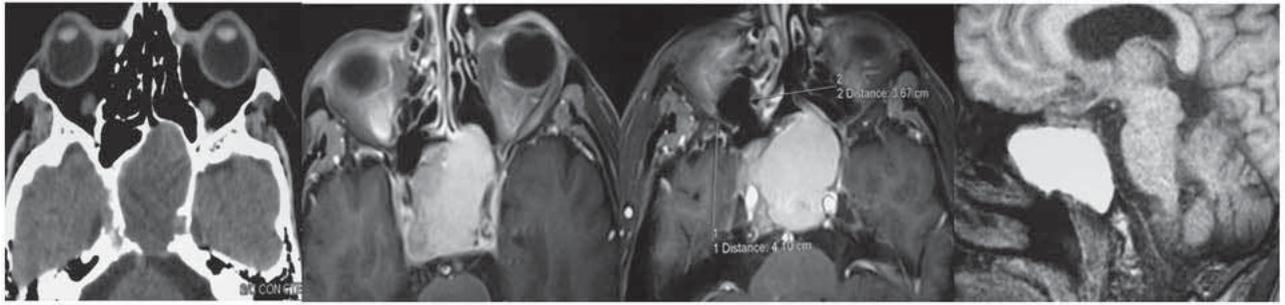


Foto 4 – Marsupialización de mucocele esfenoidal: A: apertura del rostro esfenoidal y aspiración de moco, B y C: visión endoscópica después de la aspiración de secreciones mucosas dejando la cápsula intacta.

Muchas lesiones inflamatorias aisladas del seno esfenoidal son diagnosticadas como hallazgos imagenológicos.

El principal síntoma de enfermedad esfenoidal es la cefalea, que es refractaria al tratamiento médico.

En diferentes series de pacientes tratados por lesiones aisladas del esfenoides la cefalea estuvo presente en 70 a 90% de los casos. En cuatro trabajos que separaban enfermedad inflamatoria de patología neoplásica, la cefalea fue más prevalente en el primer grupo. (1)

Por lo general la localización de la cefalea es inespecífica. Abramovich y Smelt reportaron casos de sinusitis esfenoidal que presentaron cefalea bi-temporal, frontal y dolor retroorbitario.

El dolor es conducido vía el ganglio esfenopalatino y el nervio trigémino, y se produce por irritación directa de su primera o segunda división.

Las alteraciones visuales siguen en frecuencia a la cefalea como motivo de consulta en lesiones esfenoidales aisladas.

El nervio óptico es el par craneal más afectado.

Los mecanismos que explican la disminución o pérdida de la visión son la neuritis que resulta de

la inflamación adyacente, la isquemia del nervio producida por compresión o por tromboflebitis o vasculitis.

La incidencia de disturbios visuales reportados en series sobre enfermedad esfenoidal aislada varió entre 24% a 50%.

Lawson reportó una incidencia de alteraciones visuales en lesiones inflamatorias del 12%.

El nervio motor ocular externo es el siguiente par craneal más afectado.

La frecuencia de su compromiso ha sido atribuida a su posición medial en el seno cavernoso.

La diplopía por compromiso del sexto par, es un signo de posible patología esfenoidal.

También puede ser afectado el nervio motor ocular común y producir ptosis palpebral.

El sexto par fue involucrado en 6% de lesiones inflamatorias. (1)

El diagnóstico de patología esfenoidal se basa en el examen endoscópico y en la tomografía computada.

En casos de complicaciones o cuando se detecta erosión ósea es necesaria una RMN.

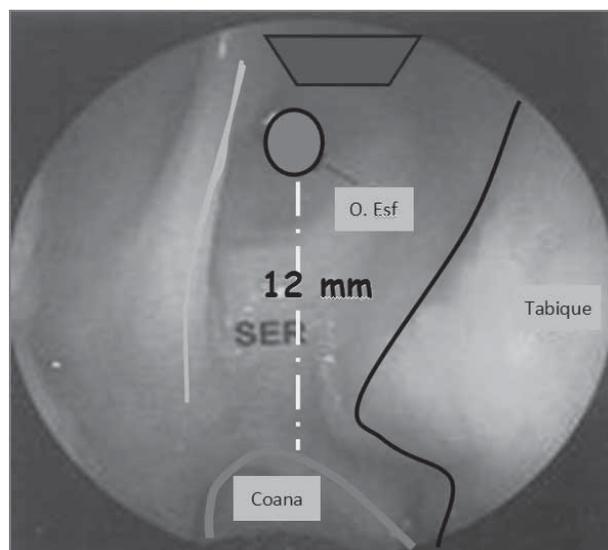


Fig. 3 -Reparos para hallar el ostium del seno esfenoidal.

Medial: tabique nasal.

Lateral: cornete medio y superior.

Superior: lámina cribosa.

Inferior: margen superior de coana.

La evaluación oftalmológica es imprescindible en mucocelos que se manifiestan con alteraciones visuales o disfunción de los nervios oculomotores.

El tratamiento de los mucocelos esfenoidales es quirúrgico, salvo en mucopioceles donde previamente a la cirugía el paciente debe recibir antibióticos.

El abordaje endonasal asistido con endoscopios es la técnica quirúrgica de elección. (6)

La visión magnificada y con ángulo que se obtiene con las endocámaras y los endoscopios es importante para visualizar el seno esfenoidal.

Es mejor acceder al rostro esfenoidal en forma directa, localizando la región del ostium medialmente a la cola del cornete superior y lateral al tabique nasal, aproximadamente a 1 cm por arriba de la coana. Fig. 3

En casos de patología etmoidal asociada puede utilizarse un abordaje transetmoidal.

La técnica quirúrgica consiste en reseca ampliamente la pared anterior del seno y del mucocelo (marsupialización), aspirando su contenido.

En algunos pacientes puede ser útil realizar una septectomía posterior mínima para acceder mejor a todo el seno esfenoidal a través de una fosa nasal.

No es conveniente reseca la cápsula del mucocelo, ya que su adherencia -sobre todo en la pared lateral- puede producir serias complicaciones nerviosas y vasculares.

Varios estudios han demostrado la recuperación de la corriente ciliar en el tejido que constituye la cápsula del mucocelo después de la marsupialización. (5)

Li-Ang Lee reportó 8 pacientes con disminución de la visión, por sinusitis (3/8), mucocelos (4/8) y aspergilosis (1/8) esfenoidal aislada y 5 con diplopía por parálisis de los nervios oculomotores (sinusitis 2/5 y aspergilosis 3/5).

Los mucocelos en su serie fueron tratados mediante un abordaje transnasal con endoscopios y con resección de la cápsula.

De los cuatro mucocelos con disminución de la visión, 2 tuvieron recuperación completa, 1 parcial y otro no mejoró. (3)

El pronóstico fue peor para pacientes que tuvieron disminución de la visión por neuritis que por neuropatía compresiva, y cuando la duración de la alteración visual previa al tratamiento fue mayor de 6 meses.

En el mismo estudio los pacientes con diplopía tuvieron mejor pronóstico; 4 de 5 tuvieron una mejoría completa.

La explicación que dan los autores es que el III y el VI par son más finos y frágiles que el nervio óptico, por lo cual son afectados inicialmente en el curso de la enfermedad y por lo tanto se recuperan mejor con el tratamiento precoz.

También la visión doble es un síntoma que probablemente lleva al enfermo a consultar antes que cuando nota una disminución progresiva de la visión.

En nuestra serie los dos pacientes que tuvieron alteraciones en la visión se recuperaron rápidamente posiblemente por la naturaleza compresiva de la disfunción visual.

Conclusiones

El abordaje quirúrgico endonasal asistido con endoscopios es la mejor opción, por su eficacia y mínima morbilidad, para tratar mucocelos aislados del seno esfenoidal.

La prevalencia de mucocelos esfenoidales en nuestra población de mucocelos de senos paranasales fue de 19%.

Las alteraciones en la visión se produjeron en el 25% de los pacientes.

Bibliografía

1. Lawson William, Reino Anthony. *Isolated Sphenoid Sinus Disease: An Analysis of 132 Cases.* *Laryngoscope* 1997;107:1590-1595.
2. Rosen F, Sinha, UK, Rice D. *Endoscopic Surgical Management of Sphenoid Sinus Disease.* *Laryngoscope*, 1999;109:1601-1606.
3. Li-Ang Lee, Chi-Che Huang, Ta-Jen Lee. *Prolonged Visual Disturbance Secondary to Isolated Sphenoid Sinus Disease.* *Laryngoscope* 2004,114:986-990.
4. Moriyama H, Hesaka H, Tachibana T, Honda Y. *Mucoceles of Ethmoid and Sphenoid Sinus with Visual Disturbance.* *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 1992;118:142-146.
5. Har-El G, Dimaio T. *Histologic and physiologic studies of marsupialized sinus mucoceles.* *J Otolaryngol* 2000;29:195-198.
6. Har-El, Gady. *Endoscopic Management of 108 Sinus Mucoceles.* *Laryngoscope* 2001;111:2131-2134.
7. Abramovich S, Smelt GJC. *Acute sphenoiditis alone and in concert.* *J Laryngol Otol* 1982;96:757.
8. Dr Federico Sala, Dra. Nirzha Teran, Dr. Carlos Ruggeri. *Abordaje Endoscópico y Externo en Mucoceles de Senos Parasales.* *Anales Otorrinolaringológicos del Perú.* 2008, Vol. 15, Nº2, Mayo-agosto 2008:83-92.

m INSTRUMED

INSTRUMENTAL MEDICO PARA OTORRINOLARINGOLOGIA
CLAUDIO A. CAPARRA

**YA CON MAS DE 25 AÑOS EN EL MISMO
LUGAR , Y CON LA MISMA DISPOSICION
DE SIEMPRE PARA ATENDERLO**



DISTRIBUIDOR OFICIAL DE: ORZAN INSTRUMENTAL QUIRURGICO (Córdoba – Argentina):
TODA LA LINEA COMPLETA EN INSTRUMENTAL PARA MICROCIRUGIA
DE LARINGE, NARIZ, OIDO, ENDOSCOPICA Y ENDONASAL, EN ACERO INOXIDABLE DE
PRIMERA CALIDAD Y PRECISION, CON MAS DE 25 AÑOS DE EXPERIENCIA Y TRADICION.

Y además, como siempre: tubos de ventilación, “diábolos”, vinchas para protección auditiva,
tapones de siliconas para oídos y tapones oclusores nasales.

Y productos GNICAR, IVALON, KIFER, MICROMEDICS, SANJOR, SILFAB y WELCH ALLYN

PAGOS CON CHEQUES, TARJETAS DE CREDITO VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS Y NARANJA.
HASTA EN 3 CUOTAS O CON TARJETAS DE DEBITO VISA ELECTRON Y MAESTRO EN UN PAGO, SIN RECARGO.

**ENVIENOS SU DIRECCION ELECTRONICA Y RECIBA SIN CARGO LISTAS DE PRECIOS
E INFORMACION SOBRE CURSOS Y CONGRESOS REGULARMENTE**

Sánchez de Bustamante 1695 - 4º D - C1425DUG CIUDAD DE BUENOS AIRES -
TELEFAX (011) 4821-6870 / 4824-3875

Email: instrumed@hotmail.com

HORARIO DE ATENCION: LUNES A VIERNES DE 14 A 19 HS

Con su compra, Usted contribuye a la Fundación “Felices los Caparra”.
Muchas gracias por su colaboración.