MUCOCELE DEL SENO FRONTAL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA. INFORME DE UN CASO

ATYPICAL FRONTAL SINUS MUCOCELE. A CASE REPORT

CULEBRO P¹, DE-BARCIA L¹, SALCEDO G¹, RODRÍGUEZ-REYES AA¹

RESUMEN

Caso clínico: Presentar un caso clínico de un mucocelo de características clínicas e histopatológicas atípicas. Se informa de una paciente femenina de 46 años quien presentó una masa dolorosa en el párpado superior izquierdo de 6 meses de evolución.

Discusión: Los sitios de origen más frecuentes de los mucocelos son los senos frontales seguidos de los senos etmoidales. Los mucocelos de origen frontal suelen desplazar el ojo hacia abajo y afuera; y pueden ser palpados por debajo del reborde orbitario anteromedial.

Palabras clave: Mucocelo, seno frontal, mucopiocele, tomografía computada, masa orbitaria.

ABSTRACT

Clinical case: We report a case of a 46-year-old woman who developed a tender, painful mass in the left superior eyelid over a period of about 6 months. This was a frontal mucocelo with atypical clinical and histopathologic features.

Discussion: Most mucocelos arise from the frontal or ethmoidal sinuses. Frontal mucocelos usually cause outward and downward displacement of the globe, and are often associated with fullness in the superonasal and medial canthal region and a palpable mass (*Arch Soc Esp Ophthalmol* 2006; 81: 611-614).

Key words: Mucocelo, frontal sinus, mucopyocelo, computed tomography.

INTRODUCCIÓN

Los mucocelos de los senos paranasales representan una causa frecuente como problema orbitario en adultos (1). Son lesiones quísticas de crecimiento lentamente progresivo, ocasionadas por la obstrucción del seno paranasal, con consecuente atrapamiento del epitelio mucosecretor. Pueden extenderse hacia la órbita adyacente, la nasofaringe o la cavidad craneana (2).

Los senos paranasales más frecuentemente afectados son los etmoidales y el frontal y ocasionalmente el maxilar (3,4).

Se describe el caso de una mujer adulta quien desarrolló un mucocelo del seno frontal con hallazgos clínico-patológicos poco comunes.

CASO CLÍNICO

Mujer de 46 años de edad quien ingresó al hospital en marzo del 2005 por presentar una masa dolorosa en el tercio externo del párpado superior izquierdo de 6 meses de evolución, acompañada de disminución de la agudeza visual (AV) ipsilateral. La paciente refirió el desarrollo de una masa simi-

Recibido: 5/10/05. Aceptado: 19/10/06.

Asociación para Evitar la Ceguera en México. Hospital «Dr. Luis Sánchez Bulnes», Servicio de Patología Ocular, Servicio de Oculoplástica. México D.F., México.

¹ Doctor en Medicina.

Correspondencia:

Patricia Culebro

Asociación para Evitar la Ceguera en México, Hospital «Dr. Luis Sánchez Bulnes»

Vicente García Torres, 46, Col. San Lucas Coyoacán, C. P. 04030

México D.F.

E-mail: pculebro@gmail.com

Fig. 1: Foto clínica. Lesión de aspecto quístico bien delimitada en el tercio externo del párpado superior izquierdo, que ocasiona ptosis mecánica ipsilateral.

lar 15 años previos a su ingreso, la cual fue manejada exitosamente con tratamiento médico no especificado. El resto de los antecedentes sin importancia para el padecimiento actual.

A la exploración oftalmológica se encontró una AV de 0,7 en el ojo derecho (OD) y 0,2 en el ojo izquierdo (OI). En el tercio externo del párpado superior izquierdo había una masa de $4 \times 3,5$ cm, dolorosa acompañada de ptosis, desplazamiento inferior del globo ocular del mismo lado (fig. 1). Presentaba limitación a la levosupraversion del OI. La exoftalmometría con base 100 fue de 17 mm

Fig. 2A: TC Coronal que muestra masa homogénea con destrucción del techo orbitario, extensión a la cavidad craneana y desplazamiento del globo ocular hacia abajo y adentro.

para ambos ojos. La apertura palpebral fue de 10 mm en el OD y de 4 mm en el OI. La función del músculo elevador izquierdo se encontraba limitada.

Se solicitó una tomografía computada de ambas órbitas con cortes axial y coronal en la que se demostró una masa temporal de aspecto quístico con destrucción ósea, que invadía la órbita y desplazaba el globo ocular izquierdo hacia abajo, aparentemente dependiente del seno frontal (figs. 2A y 2B).

Se realizó una aspiración de la masa, de la cual se obtuvo un líquido denso de color amarillento. En un frotis de dicho contenido se encontraron escasos cocos Gram positivos en pares y cadenas, acompañados de numerosos leucocitos polimorfonucleares y abundante moco. Se inició tratamiento con ampicilina, dicloxacilina y naproxeno vía oral y sulfacetamida tópica.

La paciente se sometió a drenaje del contenido del seno paranasal con remoción de su pared. Microscópicamente, las preparaciones teñidas con hematoxilina y eosina demostraron fragmentos revestidos por epitelio de tipo respiratorio. Por debajo del epitelio, la pared estaba formada por un estroma de tejido conectivo denso con zonas de hemorragia mezclada con cúmulos variables de infiltrado inflamatorio formados por linfocitos maduros, células plasmáticas, leucocitos polimorfonucleares y numerosos eosinófilos (figs. 3A y 3B). Se estableció el diagnóstico de mucocèle del seno frontal. La presencia de gran cantidad de eosinófilos como parte del infiltrado inflamatorio, sugirió una probable etiología de tipo alérgico o por hipersensibilidad.

Fig. 2B: TAC que muestra masa homogénea de densidad quística en sector superotemporal izquierdo.

Fig. 3A: Pared del quiste revestida por epitelio respiratorio y rodeada por estroma de tejido conectivo con fibrosis e inflamación crónica (Hematoxilina y eosina, ampliación original, x20).

Fig. 3B: Fotomicrografía a mayor aumento que muestra infiltrado inflamatorio rico en eosinófilos (Hematoxilina y eosina, ampliación original, x40).

DISCUSIÓN

Los pacientes con mucocoeles de los senos paranasales suelen presentar cuadros de cefalea, proptosis, alteraciones de la movilidad ocular o disminución de la agudeza visual (1).

La complicación más grave de los mucocoeles periorbitarios es la pérdida de la visión, debida a la compresión del globo ocular que lesiona el nervio óptico y el polo posterior (1-4).

Los sitios de origen más frecuentes de los mucocoeles son los senos frontales seguidos de los senos etmoidales (3). Los mucocoeles en general cursan más con desplazamientos del globo ocular que con proptosis. En los mucocoeles frontales, la desviación ocular frecuentemente es hacia abajo y afuera, mientras que en los etmoidales el desplazamiento es lateral. Los mucocoeles frontales pueden ser palpados por debajo del reborde orbitario anteromedial.

En el presente caso había una desviación del globo ocular hacia abajo, pero a diferencia de lo informado en la literatura, el principal aumento de volumen se encontraba en la región superotemporal izquierda.

Histopatológicamente, los hallazgos más frecuentes en los mucocoeles son la presencia de un proceso inflamatorio de predominio mononuclear en el tejido conectivo subepitelial, formado principalmente por linfocitos maduros y células plasmáticas. En casos de larga evolución con inflamación

crónica e irritación del epitelio respiratorio, pueden observarse cambios de metaplasia escamosa del epitelio de revestimiento.

En el caso que se presenta además de los elementos antes mencionados, se evidenció un gran número de eosinófilos, como sucede en algunas otras lesiones del tracto respiratorio superior relacionadas con antecedentes alérgicos, tal es el caso de los denominados pólipos inflamatorios o «alérgicos» (5).

Hasta donde es de nuestro conocimiento, este parece corresponder al primer caso informado en la literatura de mucocoele frontal asociado a una probable etiología de tipo alérgica o por hipersensibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. González F, García A, Prieto A. Mucocoele frontoetmoidal con afectación ocular. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2005; 80: 301-303.
2. Lai PC, Liao SL, Jaou JR, Hou PK. Transcaruncular approach of the management of frontoethmoid mucocoeles. *Br J Ophthalmol* 2003; 87: 699-703.
3. Ormerod LD, Weber AL, Rauch SD, Feldon SE. Ophthalmic manifestations of maxillary sinus mucocoeles. *Ophthalmology* 1987; 94: 1013-1019.
4. Kaufman SJ. Orbital mucopyoceles. Two cases and a review. *Surv Ophthalmol* 1981; 25: 253-262.
5. Davidsson A, Hellquist HB. The so-called «allergic» nasal polyp. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1993; 55: 30-35.