



Mucoceles sinusales y pneumosinus dilatans

H. Benkhatar, A.-L. Gaultier, P. Halimi, P. Bonfils

Un mucocele sinusal es un quiste, delimitado por un epitelio respiratorio y lleno de moco, que se desarrolla a partir de un seno paranasal y que es capaz de expandirse. Su fisiología es compleja y no unívoca. Su frecuencia ha aumentado desde el desarrollo de la videocirugía endoscópica nasal. Los mucocelos afectan en la mayoría de los casos al seno frontal y a la región frontoetmoidal. Los síntomas se deben la mayoría de las veces a la extensión extrasinusal del mucocele, pero también pueden detectarse en una tomografía computarizada sin que todavía exista ningún signo clínico. Las pruebas de imagen son el elemento esencial del diagnóstico, sobre todo la resonancia magnética. La evolución clásica de un mucocele es una expansión lenta que evoluciona a lo largo de muchos años y que se mantiene asintomática mucho tiempo. El tratamiento es quirúrgico. Un hiperseno es un seno hiperaireado, sin alteración de las paredes óseas sinusales, ni de la forma del hueso afectado. Un pneumosinus dilatans es un seno cuya hiperaireación llega a deformar el hueso implicado, pero sin alterar las paredes óseas del seno. Un mucocele sinusal es un seno hiperaireado cuyas paredes óseas se expanden, pero también presentan un adelgazamiento y/o una erosión. La fisiopatología del pneumosinus dilatans no es unívoca. Se han propuesto varios mecanismos etiológicos y patogénicos, en gran medida teóricos. Se han descrito menos de 150 casos de pneumosinus dilatans en la literatura. El seno frontal es el que se afecta con más frecuencia (63% de los casos), seguido del esfenoidal (24%), del maxilar (20%) y del etmoidal (19%). La opción quirúrgica sólo se propone en caso de alteración estética o funcional invalidante para el paciente.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Mucocele; Pneumosinus dilatans; TC; RM; Videocirugía endoscópica

Plan

| | |
|---|---|
| ■ Mucoceles | 1 |
| Definición | 1 |
| Fisiopatología | 1 |
| Localización | 2 |
| Diagnóstico | 2 |
| Pruebas de imagen | 2 |
| Patología | 4 |
| Diagnóstico diferencial | 4 |
| Evolución | 5 |
| Tratamiento | 5 |
| Evolución postoperatoria | 5 |
| Conclusión | 5 |
| ■ Pneumosinus dilatans | 6 |
| Definición. Terminología | 6 |
| Fisiopatología | 7 |
| Diagnóstico clínico | 7 |
| Pruebas de imagen. Patologías asociadas | 7 |
| Tratamiento | 8 |

■ Mucoceles

Definición

Un mucocele sinusal es un quiste, delimitado por un epitelio respiratorio y relleno de moco, que se desarrolla a partir de un seno paranasal y que es capaz de expandirse [1], lo que le distingue de una retención sinusal simple. La primera descripción de un mucocele correspondería a Langenbeck, quien describió una «hidátide» sinusal en 1819 [2]. En 1896, Rollet fue el primero en utilizar el término «mucocele» [3].

Fisiopatología

La fisiopatología de los mucocelos sinusales se ha descrito generalmente como el resultado de una obstrucción de un ostium sinusal y de una reacción inflamatoria mucosa. Sin embargo, esta configuración es bastante frecuente en patología rinosinusal, aunque no todos estos pacientes desarrollan un mucocele. La mucosa del mucocele presenta, respecto a la mucosa sana, un aumento de distintos mediadores inflamatorios, como la interleucina

1 α y 1 β , el factor de necrosis tumoral α (TNF- α) y ciertas moléculas de adhesión endotelial (E-selectina y molécula de adhesión intercelular) [4]. La capacidad de expansión de los mucocelos podría implicar un tercer factor: un metabolismo óseo perimucocele particular. En este sentido, los procesos de reabsorción ósea superan a los procesos de regeneración ósea en contacto con el mucocelo [4, 5]. Se han demostrado algunos factores que favorecen la reabsorción ósea en la mucosa del mucocelo, como la prostaglandina E₂, los leucotrienos y algunas citocinas [5]. La hipersecreción de moco favorecida por los mediadores de la inflamación, como la interleucina 1 β y el TNF- α , aumentaría la presión en el interior del mucocelo y sería un cuarto factor de expansión de éste [6, 7]. La presencia de antígenos bacterianos podría ser un quinto factor iniciador de la inflamación mucosa crónica, que provocaría una reabsorción ósea lenta y una hipersecreción de moco. En efecto, el cultivo del contenido de los mucocelos, incluso asintomáticos, no siempre es estéril, y se ha demostrado la presencia de microorganismos aerobios (*Staphylococcus aureus*, estreptococos alfa-hemolíticos, *Haemophilus* y bacilos gramnegativos) o, en menos casos, anaerobios (*Propionibacterium acnes*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella* y *Fusobacterium*) [8, 9].

Los factores que favorecen el desarrollo de un mucocelo aún están mal definidos. Se observa un factor traumático en la mayoría de los casos, como un antecedente quirúrgico (endonasal, orbitario o que afecta a la base del cráneo) o un antecedente de traumatismo frontonasal. El plazo entre el traumatismo y el diagnóstico de un mucocelo es largo, a menudo de varios años, y oscila de unos meses a más de 20 años. En menos ocasiones, se observa un factor inflamatorio o infeccioso (rinosinusitis crónica, poliposis nasosinusal, bola fúngica), óseo (osteoma o enfermedad de Paget) o radioterapéutico [10-13]. Los mucocelos de la infancia son más raros que los del adulto. Suelen producirse después de una infección rinosinusal. Su plazo de aparición es relativamente corto (hasta 22 meses) [14]. En alrededor de un tercio de los casos, no se observa ningún factor favorecedor.

Localización

Los mucocelos afectan en el 90% de los casos al seno frontal y a la región frontoetmoidal y, en menos ocasiones, las celdillas etmoidales de forma aislada (sobre todo, etmoidales anteriores). Los senos esfenoidales y el seno maxilar se afectan en menos casos [15]. Esta distribución refleja probablemente la mayor complejidad de drenaje de la región frontoetmoidal en comparación con las otras localizaciones. No existe predominio derecho o izquierdo. Los mucocelos pueden ser bilaterales o plurifocales, sobre todo después de la cirugía endonasal por una poliposis nasosinusal. De forma excepcional, un mucocelo también puede desarrollarse en el interior de una concha bullosa [16], de la apófisis crista galli [17] o debajo de un colgajo mucoso de reconstrucción de un defecto óseo de la base del cráneo [18].

Diagnóstico

Los mucocelos son relativamente raros, debido a los factores etiológicos citados previamente. Sin embargo, el desarrollo de la cirugía nasosinusal, sobre todo desde el auge de la videocirugía endonasal, ha dado lugar a un número creciente de publicaciones de series de mucocelos operados. Este aumento podría ser secundario al riesgo de mucocelo inducido por este tipo de cirugía o, debido al desarrollo de la tomografía computarizada (TC) de las cavidades nasosinusales, a una detección mejor de estas complicaciones [19, 20]. Los mucocelos se producen sobre todo en la edad adulta, pero los casos descritos abarcan un rango de 2 años a más de 80 años [14, 15, 21].

Semiología

Localización frontal y etmoidal

Los síntomas rinológicos suelen ser leves o ausentes. La mayoría de los pacientes consultan con el oftalmólogo por exoftalmos axial o no axial (lateral o inferior). Este exoftalmos puede acompañarse de una diplopía, primero en las posiciones extremas de la mirada y más tarde en posición primaria. En menos ocasiones, una cefalea frontal o una tumefacción subcutánea supraorbitaria (indicativa de la lisis de la pared anterior del seno frontal, e incluso del techo de la órbita) también pueden revelar la presencia de un mucocelo, aunque no esté infectado. La disminución de la agudeza visual es infrecuente, a menudo en relación con una sobreinfección del mucocelo (mucopiocele). Un número cada vez mayor de mucocelos frontales o etmoidales se diagnostican antes incluso de la aparición de una complicación, en el marco del seguimiento mediante TC de los pacientes operados.

Localización esfenoidal

El cuadro suele manifestarse por cefalea, e incluso por una disminución de la agudeza visual súbita por compresión del nervio óptico. Se han descrito casos de meningitis y de síndrome de hipertensión intracraneal [22], así como un caso de diabetes insípida por compresión hipofisaria [23].

Localización maxilar

Los mucocelos maxilares son inicialmente asintomáticos y después de manifiestan por una obstrucción nasal y/o lagrimeo (por erosión seguida de compresión del conducto nasolagrimal). En las formas avanzadas, puede haber una tumefacción yugal y/o sublabial.

Exploración física

En la exploración nasofibroendoscópica, se puede observar en ocasiones un abombamiento de la mucosa de la pared lateronasal. En los mucocelos frontoetmoidales, puede haber edema (o una tumefacción renitente) palpebral superomedial. Una placa inflamatoria a este nivel señala la sobreinfección del mucocelo y, en ocasiones, puede evolucionar hacia la fistulización cutánea (o, en menos casos, orbitaria) [24]. En caso de mucocelo, es preferible drenar de entrada el mucopiocele por vía endonasal y remitir su contenido para su análisis bacteriológico (cf infra).

Pruebas de imagen

Tomografía computarizada

La tomografía computarizada de las cavidades nasosinusales (con reconstrucción en los tres planos del espacio) es la prueba de imagen de primera elección cuando se sospecha un mucocelo sinusal (Figs. 1 a 3). Las imágenes suelen mostrar una ocupación sinusal y una dilatación sinusal multidireccional con un aspecto expandido de las paredes óseas, de las que sólo queda una fina cubierta ósea alrededor del mucocelo [25].

La densidad de la ocupación sinusal depende del contenido proteico del mucocelo. Cuando el contenido proteico es escaso, se observa una hipodensidad líquida evidente. Cuando el contenido proteico aumenta, lo que suele suceder con el tiempo, se vuelve isodenso, e incluso hiperdenso en caso de mucocelo muy deshidratado.

La ausencia de expansión sinusal no descarta el diagnóstico de mucocelo, sobre todo cuando las paredes óseas del seno que presenta la ocupación están muy engrosadas o condensadas debido a los antecedentes de rinosinusitis crónica, o en caso de poliposis nasosinusal operada con una recidiva importante de la poliposis. La cubierta que rodea el mucocelo puede ser discontinua y relacionar la pared mucosa del mucocelo con el periostio orbitario de la duramadre frontal. Esta discontinuidad explica la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8798025>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8798025>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)