

Los Mucocelos del Seno Frontal

(Experiencia sobre seis casos)

Por

Dr. Joaquín Berrocal B. *

INTRODUCCION:

En dos años y medio de actividades en el Hospital San Juan de Dios, Hospital Central del Seguro Social y clientela particular hemos podido seguir y tratar satisfactoriamente seis casos de Mucocelo Frontal. El objeto de este trabajo, tras una breve revisión del tema, es exponer las enseñanzas, observaciones y experiencias de estos seis casos.

LOS MUCOCELES:

Recibe el nombre de "Mucocelo" la retención a nivel de una cavidad sinusal, de un líquido mucoso, cuya acumulación progresiva lleva a la distensión y reabsorción de la pared ósea del sinus que la contiene. Se presenta bajo el aspecto de un tumor líquido de los sinus de la cara, con carácter extensivo, pero benigno y no resicidivante cuando su tratamiento quirúrgico ha sido completo.

Esta afección interesa tanto al O. R. L., como al oftalmólogo. Tal vez este último tiene a veces más ocasión de encontrarlo a causa de los síntomas oculares frecuentes que anuncian el principio del padecimiento y que lleva al paciente a consultar. Su sitio de elección es el seno frontal, pero se lo encuentra a nivel de cualquiera de los otros senos. En el etmoides es muy frecuente, en el esfenoides bastante raro, y en el seno maxilar, excepcional y discutido. En términos generales los mucocelos fronto-etmoidales representan el 75 al 80% de los casos.

Frecuencia: Es un tumor relativamente raro, las diversas estadísticas lo prueban: Konrad Fleischer (1951) no encuentra más que

* Profesor de O. R. L. Facultad de Medicina de Costa Rica. Trabajo presentado al IV Congreso Centroamericano de O. R. L. en Panamá.

25 casos en Leipzig de 1924 a 1950; C. Larroude en Lisboa totaliza 20 casos y Kitamura y S. Nakagawa en el Japón han operado sólo 5 casos en 15 años.

Sexo y edad: Parece ser que existe predominancia por el sexo masculino, aunque algunos autores lo niegan. Puede encontrarse a cualquier edad, pero es mayor la frecuencia entre los 28 y los 76 años.

Volumen: Es variable y depende de la antigüedad del proceso. En nuestros días el diagnóstico suele hacerse precozmente, aunque no en todos los casos.

Etiopatogenia: recorriendo la literatura, se da una cuenta que la etiología y la patogenia son confusas. La mayor parte de los autores al tratar de determinar la causa, se extienden sobre los mecanismos de desarrollo del mucocoele. El trauma y los procesos inflamatorios han sido invocados como los causantes de obstrucción de una de las cavidades sinusales con la formación posterior del Mucocoele. Más recientemente para la variedad Fronto-etmoidal, parece ser que el proceso reside en la estimulación de las mucogénesis de una célula etmoidal exuberante. En este sentido Y. Tomoda (1958) ha realizado experiencias interesantes. La teoría embriogénica de Reverchon y Worms, atribuye el proceso a un vicio de desarrollo, a un trastorno de la evolución de la región etmoidal con degeneración quística de las células etmoidales, desviadas de su evolución normal. La analogía con los quistes dentales, sería muy marcada y atestiguaría de la validez de la teoría. En síntesis, hay que distinguir dos formas: las congénitas y las adquiridas. En los dos tipos de Mucocoele (congénito o adquirido), siempre existe una obliteración del canal excretor. Han sido tales las dificultades en la etiopatogenia de este proceso, que J. Terracol habla más bien de un "síndrome Mucocélico".

Anatomía Patológica: 1) El contenido del mucocoele es característico. Se trata de un líquido filante, viscoso, cuya consistencia a veces más espesa evoca clásicamente la "pasta de flan". De color variable, a veces amarillento, citrino, grisáceo o café oscuro después de pequeñas hemorragias. Este líquido es moco, reconocible por sus características físicas, presentando las reacciones químicas de las sustancias coloides. Contiene constantemente cristales de colesterol, reconocibles a veces a simple vista, gracia a su refringencia particular. Es estéril aunque a veces el Mucocoele se infecta y se convierte en un "Piocoele". 2) La pared ha dado lugar a discusiones: a) en cuanto a su existencia, para la mayoría es constante. Siempre existe una bolsa limitante individualizada, blanquecina, muy parecida a la del quiste paradentario. Para algunos la presencia de líquido no implica la exis-

tenencia de bolsa limitante. b). En cuanto a su naturaleza, muchos consideran que está constituida por la mucosa sinusal que empujada, isquemiada por la compresión lenta y continua del líquido, sufre una transformación atrofo-quística, que toma el aspecto de una membrana fibrosa semejante a la bolsa de los quistes paradentarios.

CUADRO CLINICO:

El Mucocèle frontal, objeto de este trabajo, es el más frecuente. Pasa por dos fases evolutivas: una **fase pre-tumoral** endosinusal y una **fase tumoral**, que traduce la exteriorización del Mucocèle. La primera se caracteriza por la latencia y la insidiosidad; casi siempre en este estadio, el Mucocèle escapa al diagnóstico. Sin embargo algunos síntomas pueden llamar la atención: ciertas neuralgias frontales o fronto-orbitarias irradiando a toda la cabeza, particularmente al vertex y al occipucio, trastornos oculares, como disminución de la visión o diplopía intermitente, o un escurrimiento mucoso nasal unilateral. Estos signos pueden llevar a practicar una radiografía reveladora, aunque esta eventualidad es rara y el Mucocèle en este estadio es casi siempre silencioso.

En la fase de exteriorización, el Mucocèle se caracteriza por un signo mayor: la aparición de una tumefacción externa fronto-orbitaria, indolente y progresiva. Esta tumefacción aparece en el ángulo supra-interno de la órbita, cuyo contorno se deforma, apareciendo de volumen variable según el estadio en que se examina al paciente. La piel es móvil sobre el tumor sub-yacente y la palpación indolora da la sensación de dureza ósea, y en estadios más avanzados la característica sensación de "crepitación apergamada", de los quistes paradentarios. Una tumoración fronto-orbitaria como la descrita, provoca trastornos oculares: a) exoftalmos, b) diplopía, c) disminución de la visión.

La evolución del Mucocèle es variable. Continúa creciendo y aumentando de volumen, invadiendo las estructuras vecinas. En algunos casos se abre espontáneamente a la nariz, o se fistuliza a la piel. Puede infectarse secundariamente, y dar lugar ulteriormente a un flegmón de la órbita. Habitualmente en los períodos avanzados el paciente recurre al médico y el tratamiento quirúrgico es instaurado.

CASUÍSTICA:

Se presentan seis casos (ver cuadro), cuyas edades varían entre los 16 y los 71 años. Sin embargo, excepto el paciente de 16 años, todos los casos se presentaron en pacientes con edades por arriba de los 41 años.

Casos	Edad	Sexo	Diagnóstico	Síntomas	Antecedentes Sinusales	Trastornos Oculares
G. S. S.	66	Masc.	Mucocele Frontal Izq.	Cefaleas	Ninguno	Molestias Oculares Vagas
R. G. H.	16	Masc.	Mucocele Frontal Der.	Ninguno	Ninguno	Ninguno
G. A. A.	54	Masc.	Mucocele Frontal Der. (infectado)	Cefaleas	Pansinusitis desde 1960	Exoftalmos Derecho
D. F. S.	41	Fem.	Mucocele Frontal Der.	Cefaleas	Sinusitis frontal bilt. y Max. Derecha	Ninguno
F. D. C.	70	Fem.	Mucocele Frontal Izq. (infectado)	Cefaleas	Ninguno	Exoftalmos Izquierdo
M. P. A.	71	Masc.	Mucocele Fronto-etmoidal Der. (infectado)	Cefaleas	Poliposis Naso-sinusal	Ceguera (no a consecuencia del Mucocele)

Cinco casos fueron diagnosticados en **fase Tumoral**, de exteriorización del Mucocele, y solo un caso (el de 16 años), fue diagnosticado en **estadio pre-tumoral**. Esto se debió a que fue un hallazgo radiológico en un control por cuadro Meníngeo, en un paciente con historia de rinitis previas.

En cuanto al sexo, hubo predominio del masculino, pero los dos casos en mujeres, es una estadística tan pequeña, pareciera indicar que no existe realmente exclusividad para uno u otro sexo.

En cinco casos el diagnóstico fue de Mucocele frontal, y en un caso Fronto-etmoidal, coincidiendo con la opinión general de la mayor frecuencia en estas cavidades.

En tres casos había infección secundaria ("Piocel").

El síntoma dominante fue la cefalaea, excepto para un caso que no la presentó por ser un Mucocele en fase pre-tumoral. Esta cefalea en varios casos tenía varios años de evolución.

En tres casos habían antecedentes francos de sinusitis previa, que explicarían el Mucocele por el proceso inflamatorio y la obstrucción Naso-frontal posterior.

Los trastornos oculares fueron variables, traduciendo la mayor o menor invasión a la órbita, en ningún caso severos.

Todos los pacientes se intervinieron quirúrgicamente con éxito, utilizando la técnica habitual de trepanación frontal y la extirpación total del Mucocele.

RESUMEN

Tras una breve revisión del tema de los "Mucocelos", se exponen las experiencias y enseñanzas en cinco casos de Mucocelo Frontal y un caso de Mucocelo Fronto-Etmoidal, tratados quirúrgicamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1--GUNS P.: Mucocelo, *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*, tomo II. N° 20465 A 10, 1965.
- 2--ANTHONY W. P. and WILLIAMS H. L.: Unilateral Pansinal Mucocelo Simulating a Malignant Neoplasm, *Archives of Otolaryngology* 53: 189-194 (Febr. 1951)
- 3--MORMAN W. D.: Mucocelo of Fronto-Etmoid Area: report of 2 cases, *Ann Otol, Rhin, Laryng.* 56: 927-931 (Dec) 1947.
- 4--LILLIE, H. L., and LAKE, C. F.: Mucocelo, Pyocelos and Cystic degenerative Lesions of the Frontal and Etmoidal Sinuses. *Tr. Am. Laryng. A.* 69: 110-121, 1948.
- 5--GIRAUD J. CH.: Mucocelo, "*Encyclopedie Medico-Chirurgicale*" Tomo II, N° 20465 - 1951.