

Osteomas Paranasales

(Experiencia en la Cirugía de los Osteomas de Cavidades Para-nasales)

Joaquín Berrocal Bindé*

Pedro J. Beirute Blanco*

INTRODUCCION

La cirugía de los Osteomas de las Cavidades Para-Nasales no es frecuente y presenta aspectos a tomar en consideración como son: a) el tipo de abordaje quirúrgico, b) el respeto a las estructuras anatómicas, c) la exclusión del orificio de drenaje en ciertos casos, d) la conveniencia o no de utilizar material de "relleno" etc. Por esto, pensamos de interés exponer nuestra experiencia de diez años en esta cirugía, nuestros resultados y las normas a seguir.

BREVE RESEÑA

El Osteoma de las cavidades Para-Nasales, corroborando lo anteriormente dicho, se encuentra en el 0.25% de los exámenes radiológicos de rutina de "senos Para-Nasales". El sitio más frecuente es el seno frontal y en una serie de trescientos Osteomas reportados en la literatura de principios de este siglo, el 80% se encontraba en el seno frontal, el 16% en el seno etmoidal y el 4% en el antro maxilar. Más frecuente en el hombre, se presenta con predilección en la pubertad¹. No hay una patogenia satisfactoria. La creencia que prevalece es que el Osteoma es una *neoplasia mesenquimatosa benigna*, que se desarrolla como resultado de metaplasia del tejido conectivo con la formación de hueso, actuando la mucosa sinusal como periostio². En general los Osteomas no dan síntomas ni signos.

Hay sin embargo reportes de pequeños Osteomas que causaban dolor local y cefalea, habiendo cedido con la extirpación quirúrgica del Osteoma. La dirección que toma el Osteoma en su crecimiento gobierna el tipo de síntoma. El aumento de presión intra-sinusal produce neuralgia frontal y sensibilidad en la zona. La dirección más frecuente de expansión del tumor es hacia la órbita como sería de esperar por su menor resistencia, en los Osteomas fronto-etmoidales. La consecuencia es una diplopia al desplazarse el contenido orbitario hacia arriba o hacia afuera. Puede haber infección secundaria y "proptosis". En un caso excepcional, hemos tenido personalmente, compresión del canal lacrimonasal (ver cuadro). El tabique interfrontal (inter-frontal) puede estar desplazado o destruido por presión u erosión. La extensión más temida es hacia la lámina cribosa³, produciendo cefaleas, vértigo, confusión, náuseas y vómitos al inicio, encontrándose posteriormente "edema de papila". Se han reportado incluso hemiplejía, ataques epileptiformes y pneumocéfalo como complicaciones severas. El Pneumocéfalo puede ser seguido de rinoorra cerebro-espinal, meningitis, y absceso cerebral. Dichosamente estos casos son verdaderas excepciones, ya que la radiología detecta estos tumores en períodos no tan avanzados. Llama la atención sin embargo que gigantescos tumores como algunos que presentamos en este trabajo, no dieran sino leves síntomas. Esto será comentado al analizar nuestros casos.

* Servicio de O.R.L. Hospital San Juan de Dios.

CUADRO No. 1

CASO	EDAD	SEXO	LOCALIZACION	SINTOMAS	AÑO	RESPECTO ESTRUCTURAS ANATOMICAS	TAMAÑO	ABORDAJE QUIRURGICO
No. 1 H.V.G.	37	FEMENINO	SENO FRONTAL IZQUIERDO	NINGUNO	1966	SI	PEQUEÑO	INCISION CURVILINEA SOBRE CEJA
No. 2 I.R.V.	33	FEMENINO	SENO FRONTAL IZQUIERDO	CEFALEAS FRONTALES	1967	SI	PEQUEÑO	IDEM.
No. 3 A.M.L.	45	FEMENINO	FRONTO- ETMOIDAL DERECHO	COMPRESION CANAL LAGRIMO- NASAL (Epifora)	1967	SI	MODERADO	INCISION CURVILINEA SOBRE CEJA AMPLIADA
No. 4 T.S.C.	45	FEMENINO	SENO FRONTAL DERECHO	CEFALEAS FRONTALES	1970	SI	PEQUEÑO	INCISION CURVILINEA SOBRE CEJA
No. 5 S.Q.L.	63	FEMENINO	SENO FRONTAL DERECHO	CEFALEAS FRONTALES	1971	SI	MODERADO	IDEM.
No. 6 W.M.P.	14	MASCULINO	SENO FRONTAL DERECHO	TUMORACION FRONTAL (sin cefaleas)	1972	NO (exclusión Ostiurr. relleno grasa)	GRANDE	IDEM.
No. 7 A.H.M.	15	MASCULINO	FRONTO- ETMOIDAL DERECHO	DIPLOPIA TUMORACION FRONTO-ORBITARIA		SI	MODERADO	IDEM.
No. 8 L.M.R.	18	MASCULINO	SENO FRONTAL DERECHO	NINGUNO		SI	GRANDE	BITEMPORAL (CORONAL)

MATERIAL QUIRURGICO (Ver cuadro adjunto)

Se analizan ocho casos operados en diez años de "Osteoma" en las cavidades para-nasales. Las edades variaron entre catorce y sesenta y tres años con predominio del sexo femenino. La localización predominante fue sobre el seno frontal (seis casos) y fronto-etmoidal (dos casos). La sintomatología en general fue pobre y estuvo en relación con la extensión del tumor a las estructuras vecinas. En un caso hubo compresión del canal lacrimonasal con epífora, y en otro diplopia por invasión a la órbita. Debe notarse que estos tumores eran de tamaño "moderado". Tiene interés señalar que los síntomas están en relación no sólo con el tamaño del tumor, sino también con el seno que contiene dicho tumor. Así en forma paradójica, los tumores denominados en el cuadro como "grandes", no dieron síntomas o leves cefaleas, pero el seno que los contenía era sumamente grande.

MANEJO QUIRURGICO

La experiencia en el manejo quirúrgico nos lleva a considerar que en la mayoría de los casos es posible y debe respetarse al máximo las estructuras anatómicas del seno (mucosa sinusal y ostium). Así en los ocho casos, siempre se respetó, excepto en el caso número seis en que el tamaño del tumor fue tan grande que obligó a reseca la mayor parte de la pared anterior del seno frontal de ambos lados. Ante la posibilidad de un hundimiento post-operatorio de la región frontal preferimos usar "grasa" tomada del abdomen, como material de relleno y excluir el ostium de drenaje de dicho seno. En este tumor denominado "grande" usamos la vía habitual (incisión curvilínea sobre la ceja) y tuvimos gran dificultad en su extirpación. Con esta experiencia, en el caso número ocho también "grande", preferimos el abordaje "bitemporal" el cual nos dió una amplia visión, no teniendo necesidad de "relleno", pues se pudo hacer una técnica osteoplástica (reponiendo luego los fragmentos de hueso frontal) y respetando el ostium de drenaje. Para sostener los fragmentos anteriores (del hueso frontal), se dejó "Gel-Foam" intra-sinusal, que se reabsorbió perfectamente, como lo demuestran los estudios radiológicos post-operatorios.

RESUMEN

Se analizan las ventajas e inconvenientes, dificultades técnicas e indicaciones de los diversos abordajes quirúrgicos en caso de "osteoma" de las cavidades para-nasales. Se utiliza como material, los casos operados por los autores en diez años. Las conclusiones sumariadas a que llegan son: 1) La ventaja del colgajo "Bitemporal" para abordar grandes Osteomas. 2) La necesidad de respetar al máximo las estructuras anatómicas que rodean al Osteoma, para obtener mejores resultados.

SUMMARY

A balance of technical difficulties in surgical approach of "Osteoma" of the Para-Nasal-Sinuses is made by the authors. Ten years experience is review. Summarized conclusions are: 1) Best results with "Bitemporal" approach, in big Osteomas. 2) Maximum respect of anatomical structures surrounding the Osteoma, has proved to give the best results.

BIBLIOGRAFIA

1. Ballenger, J.J.: Diseases of the Nose, Throat and Ear, II Ed. Philadelphia Lea Febiger, 1972.
2. Brunner H. and Spiesman I.C.: Osteoma of the Frontal and Ethmoid sinuses. Ann. Otol. Rhin. Laryng. 57:714-737, 1948.
3. Jackson C. and Jackson C.L.: Disease of the Throat and Ear. Philadelphia W.B., Saunders Co. 1943.
4. Lederer, F.L. Diseases of the Ear Nose and Throat, 6th Ed. Philadelphia, F.A. Davis Co. 1953.
5. Sasso B. and Smolcic V.: Ocnog Odjela. Opce Bolnice U Sibenicku T. Usnog Odjela Med. Ark. 9:117, 1955.