

Mucocele Frontal

C. A. MARIANO, F. H. CONRADI*

En el presente trabajo relatamos un conjunto de casos no siempre frecuentes en la práctica diaria, como es el mucocele frontal y su complicación más común, el mucopiocele orbitario.

DEFINICION

Es una lesión quística destructiva y expansiva que resulta de la continua acumulación de secreciones mucosas en el interior de una cavidad sinusal, en este caso frontal. Se clasifica en: a) formas adquiridas: se producen por obliteración del conducto nasofrontal, con retención de secreciones mucosas en el interior de la cavidad sinusal, en este caso frontal. El óstium puede ser ocluido por causas inflamatorias, un osteoma o un fragmento de fractura desplazado (1); y b) formas congénitas: alteraciones del desarrollo de las celdillas etmoidales, con degeneración quística e incluidas en el seno frontal (2). Aunque infrecuente, ha sido observado en la fibrosis quística del páncreas en niños (3).

CUADRO CLINICO

Los pacientes concurren por molestias difusas en la región órbita-nasofrontal. En el estadio incipiente la inspección revela escasos datos, la palpación no es significativa, y la radiología muestra opacificación variable por el moco atrapado que desplaza el aire. En casos más avanzados los enfermos consultan por cefalea frontal, tumefacción orbitaria, ptosis palpebral y trastornos visuales: diplopía, disminución de la movilidad ex-

trínseca y exoftalmos. La inspección revela entonces detalles evidentes; la palpación externa detecta un tumor fluctuante y doloroso, y ocasionalmente crepitación por debilitamiento de la tabla externa. Radiológicamente se evidencia velamiento y zonas de erosión ósea.

CASOS CLINICOS:

Se describen cinco casos, indicándose sucintamente los síntomas recogidos y los hechos de observación personal.

Caso 1.

S. R., femenino, 26 años. Molestias periódicas en el arco superciliar derecho, con progresiva hinchazón de párpados. Ingresó con edema total de los mismos y velamiento del seno frontal. Se reseco un mucocele infectado a expensas de la celda orbitaria externa. Evolución favorable, sin recidiva.

Caso 2.

F. H., masculino, 35 años. Paciente recluido en hospital psiquiátrico. Ingresó con gran tumoración frontal izquierda, desviación del globo ocular con diplopía y exoftalmos marcado. Se extirpó un enorme mucocele, que al destruir el techo de la órbita empujaba desde adentro y atrás al globo ocular. Se efectuó técnica de Riedel (2), sin considerar el factor estético. Buena evolución, sin recidiva.

Caso 3.

R. K., masculino, 37 años, Cefalea de tres años de evolución; velamiento del seno frontal con trepanopunción positiva. Incisión en la ceja con formación de charnela. Se comprobó mucocele infectado con expansión

* Zelarrayán 83 - 8000 Bahía Blanca

hasta el etmoides, que fué necesario resecar parcialmente. Se cubrió la brecha con fascia lata, relleno de la cavidad con músculo. Buena evolución, sin recidiva.

Caso 4.

A. M., masculino, 47 años. Larga historia de sinusitis y cefaleas frontales. La radiografía mostraba defecto óseo en el techo de órbita externa. Se efectuó intervención tipo Killian (2), con conservación del puente óseo. Recidivó a los cuatro años de su resección. Se realizó entonces reintervención amplia con liberación de la celdilla orbitaria externa, causa de la recidiva.

Caso 5.

P. C., masculino, 43 años. Ingresó con sinusitis maxilar izquierda aguda. La radiografía mostraba velamiento del seno maxilar izquierdo y osteolisis del piso del seno frontal. Pese al tratamiento con antibióticos y corticoides, se produjo la infección del mucocelo frontal, inicialmente asintomático, con complicación orbitaria. Se reseco un mucocelo muy adherido a la cápsula del ojo. Buena evolución, sin recidiva.

DISCUSION

Se presentan cinco casos de mucocelo

frontal, que pueden permanecer inicialmente asintomáticos o con escasos síntomas semiológicos hasta su complicación piógena con expansión orbitaria, y cuyos síntomas oculares son variables según la evolución y localización del proceso. No insistimos en detalles de técnica quirúrgica, por otra parte conocidos, sino que hacemos hincapié en la urgencia de las complicaciones, con serio riesgo para la visión. Cabe agregar que la resección minuciosa de un seno frontal chico debe acompañarse de un amplio drenaje frontonasal por varias semanas. En senos grandes, con la seguridad de la extirpación completa, de ser posible optamos por técnicas osteoplásticas o con relleno de cavidad. El éxito de la intervención puede verse empañado por una recidiva, si no se tienen en cuenta los recesos del frontal, fundamentalmente la celda orbitaria externa, como así también las conexiones con el etmoides, el cual es necesario resecar a veces.

El correcto balance entre el criterio funcional y la resección amplia justifican la elección de la técnica a seguir para lograr la completa curación del proceso con un buen resultado estético (4).

Bibliografía:

1. Arauz SL: Seno frontal. El Ateneo, Bs As, 1943.
2. Kirschener M: Tratado de Técnica Operatoria. Ed Labor, Bs As, 1962.
3. Zizmor J, Noyek AM: Quistes y tumores benignos de los senos paranasales. Sem Roentgenol 12: 182, 1968.
4. Guns P: Mucocelo. Oto-Rhino-Laryng 2: 20456, 1965.