

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE  
"DR: ANTONIO LUACES IRAOLA"  
CIEGO DE AVILA

**Presentación de un caso de mucocele Maxilar.**

**A case report of maxillary mucocele.**

Luis Ernesto Pérez Paz(1), Francisco Álvarez Morales. Especialista(1), Frank Álvarez Llambia(2).

**RESUMEN**

Presentamos el caso de una enferma de 63 años de edad, blanca, con antecedentes de salud anteriores, que fue diagnosticada e intervenida de mucocele del seno maxilar izquierdo. Aprovechamos la ocasión para llevar a cabo una revisión de la bibliografía, para contribuir al mejor conocimiento de los mucocelos en sus aspectos clínicos, etiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos, dada la rareza de estos tumores en le seno maxilar.

(1,2)

1. Especialista en primer grado en ORL
2. Médico General.

**INTRODUCCION**

El Mucocele es considerado una tumoración benigna desde el punto de vista histopatológico, pero maligna por su comportamiento clínico. Es de consistencia quística, relleno de contenido mucoso que se desarrolla en los senos perinasales. Su etiología no está del todo aclarada, según la bibliografía revisada a nuestro alcance, que contaremos más adelante y su tratamiento es quirúrgico.

**CASO CLINICO**

Paciente de 63 años de edad, raza blanca, femenina, sin APP, que tiene como APF (hermana materna con neoplasia renal bajo tratamiento paliativo y hermano materno con neoplasia bucal, tratado quirúrgicamente), que hace aproximadamente tres meses relata aumento de volumen de la región geniana izquierda, con molestias al contacto de la prótesis dental con el paladar duro, así como cefalea intermitente en horas de la tarde, con buena permeabilidad nasal y sin epistaxis.

En la exploración se aprecia un abultamiento de la región geniana izquierda no doloroso a la palpación, de

consistencia renitente, superficie lisa, bordes regulares, límites no bien precisados, piel móvil, no aparece exoftalmos ni alteraciones de la movilidad ocular. Rinoscopia anterior y posterior negativas.

La radiografía simple de los senos perinasales (posición mentonasoplaca) muestra una opacidad de aspecto tumoral con destrucción de la pared ósea externa del seno maxilar izquierdo, y del malar del mismo lado. En los cortes tomográficos lineales se confirma la destrucción ósea y se observa abombamiento hacia el paladar, interpretado dicho resultado por el radiólogo como un tumor maligno del seno maxilar.

En la TAC se observa el seno maxilar izquierdo ocupado por un proceso predominantemente hiperdenso, aunque en la región interna tiene densidad irregular y algunas calcificaciones. Este proceso provoca abombamiento de las paredes del seno, con destrucción parcial de las mismas y lo ocupa en su totalidad, extendiéndose hacia abajo y hacia el contorno lateral del paladar duro, con destrucción parcial de la rama izquierda del maxilar.

Hacia la fosa nasal se expande ligeramente en su contorno superior; se sugiere realizarle biopsia y estudio micológico, cuyos resultados fueron negativos.

Se discute en colectivo y se decide realizar biopsia a cielo abierto, a través de una incisión gingivolabial, encontrando un enorme tumor de consistencia quística que destruía toda la pared anteroexterna del seno maxilar, difícil de extraer por dicha vía, por lo que decidimos realizar una incisión externa

(rinotomía lateral con extensión al labio superior y surco gíngivolabial), confirmando la presencia de una tumoración lisa de consistencia elástica, a tensión por la existencia de líquido en su interior, que ocupa todo el seno maxilar izquierdo con destrucción ósea de todos sus contornos, extendiéndose a etmoides y paladar duro. Al extraerlos, se rompe, saliendo un contenido líquido, mucoso y ambarino (achocolatado). Se limpia el seno maxilar y etmoides (que están en comunicación), practicando la técnica de Cadwell – Luc modificada, comunicando así la mucosa nasal con el seno, para facilitar el drenaje del mismo. Se reconstruye la pared por planos, dejando una sonda de balón #18 durante veinticuatro horas y taponamiento nasal anterior con gasa nitrofurasonada por igual tiempo, dando el egreso a las 48 horas de hospitalización.

#### **El estudio anatomopatológico de la pieza informa de:**

La pared: Macroscópicamente presenta un color blanquecino, de espeso variable y es dura y fibrosa, con resistencia al tacto y al corte. Microscópicamente está constituida por mucosa de epitelio cilindro aplanado, que ha perdido sus características, con atrofia glandular, desaparición de los cilios, reacción escleroinflamatoria, metaplasia conectiva y formación de tejido de granulación.

El contenido: A pesar de romperse en el acto quirúrgico, observamos la salida de secreción mucoide espesa, con un color pardo achocolatado, que normalmente es estéril en el 90% de los casos y puede contener cristales de colesterolina, glóbulos rojos y polimorfos nucleares.

#### **DISCUSION**

Los mucocelos se localizan en orden de frecuencia en seno frontal y en etmoides anterior, menos en etmoides posterior y seno esfenoidal, y son muy raros en senos maxilar, encontrándose en muchas ocasiones asociados, de aquí el interés de nuestra publicación.

No existe predilección por el seno, aunque para algunos autores (1), son más frecuentes en varones. Son diagnosticados más frecuentemente en adultos y rara vez son bilaterales (2,3).

En cuanto a su etiopatogenia, no está bien esclarecida pero existen varias teorías que podemos resumir en dos:

1. Alteraciones en la secreción mucosa, bien por aumento de la misma o bien por aumento de su densidad, como en la mucoviscidosis, en que existe un aumento de CINA y del CIK en el moco segregado.
2. Por alteración en la función de drenaje del seno, debido a muy diversas causas:
  - a) Deformaciones congénitas o de origen embriológico que den lugar a una disminución o cierre de las vías de drenaje sinusal.
  - b) Tumores, traumatismos (accidentales o quirúrgicos), infecciones o inflamaciones que produzcan obstrucción del ostium de drenaje, con la consiguiente retención de moco.

En el curso clínico de estos tumores se observan dos fases:

1- Fase de latencia. Suele ser muda y el hallazgo es radiológico y causal. Se puede acompañar de pesadez de cabeza, rinorrea, lagrimeo y crisis de estornudo.

2- Fase de exteriorización: En varias direcciones:

- Exteriorización anterior. Es más frecuente y produce un abombamiento de la región geniana, no doloroso y al tacto es de consistencia elástica. Vista ésta en nuestro paciente.
- Exteriorización orbitaria. Se manifiesta por diplopía, desplazamiento del globo ocular y pérdida de la depresión del ángulo interno del ojo. Se puede dar una exteriorización hacia delante y hacia el ojo, dando signos combinados.
- Exteriorización intracraneal. Puede dar meningitis secundaria y/o abscesos intracraneales, esta es la menos frecuente de las tres.

El diagnóstico es fundamentalmente radiológico:

·La radiografía simple anteroposterior y lateral, para valorar la pared anteroexterna del seno maxilar. Son signos radiológicos de mucocelo:

- Zona de mayor transparencia con variaciones en su densidad.
- Aumento del volumen sinusal, con pérdida de las digitaciones del seno maxilar.
- Deformidad de las paredes óseas del seno, con adelgazamiento de las mismas y engrosamiento de las zonas ósea vecinas. Aparecen imágenes de osteítis e hiperostosis.

**La tomografía convencional.** Nos valora la profundidad del mucocelo, evitando superposiciones.

**La TAC.** Nos indica la extensión de la lesión y la no interrupción de las paredes del seno en los distintos cortes. En general, la destrucción ósea y la invasión de las zonas vecinas es un signo de malignidad de la lesión. La expansión y no destrucción de las paredes es un signo de benignidad, sin embargo, el mucocelo, a pesar de su carácter benigno, puede romper las paredes óseas.

El diagnóstico diferencial lo debemos hacer con tumores malignos maxilares, sinusitis, osteoma, fibromas, sarcomas, quistes hidáticos y con el pneumosinus dilatans.

El tratamiento es quirúrgico, con la extirpación completa del quiste. Si quedan restos de mucosa, es muy frecuente la recidiva. Se debe realizar un amplio drenaje a las fosas nasales y hay que procurar no dejar alteraciones estéticas.

Para Rogers es siempre necesario un estudio anatomopatológico detenido de la pieza, por la posibilidad de una degeneración maligna.

La evolución es generalmente buena si se extirpa en su totalidad, habiéndose descrito períodos de recidiva entre unos días y veintidós años(3,4,5).

## **ABSTRACT**

The case of a sixty –three-year-old white ill patient is present, with history of prior healthy state, she was diagnosed of and underwent surgical intervention at our unit for mucocelo of left maxillary sinus. Taking advantage of this occasion, the bibliography is reviewed, so as to go deeper into the knowledge about mucocelos in their clinical manifestations: etiopathogenic, diagnostic and therapeutic; for the rarity of these tumors in the maxillary sinus.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1-Skoulakis CE, Velegrakis GA, Doxas PG, Papadakis DE, Bizakis JG, Helidonis ES. Mucocelo of the maxillary antrum in an eight-year-old boy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999; 47(3):283-7.

2- Le Guillon C. Mucocelos du Sinus Maxillaire, Problemes diagnostiques et therapeutiques. A propos de 5 cas. *Ann Oto Laryng* 1999;102:532-535.

3- Butugan O, Minoru Takeuti M, Ganz Sánchez T, Rezende de Almeida E, Medicis Sa Silveira JA, Miniti A. Mucocelo of the maxillary sinus. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1999;117(1):11-3.

4- Yue V, Bleach NR, Van Hasselt CA. Double maxillary antrum as a cause of maxillary sinus mucocelo. *Ear Nose Throat J* 1994 Nov;73(11):839-41.

5- Rogers H. Management of cysts, benign tumors and bone displasias of the maxillary sinus. *Otolaryngol Clin North Am* 1993;9(1):233-279.

6- Alargos A. Mucocelos atmoidale. *Acta ORL Esp* 1999; XIX(2):1-10.

7- Barsley RE. Maxillary Sinus Mucocelos. *Oral Surg* 1994;58:494-505.

8- Allard DHB. Mucosal antral cysts. *Oral Surg* 1999;51(1):2-9.

9- Siegel MJ. Paranasal Sinus Mucocelos in Children. *Radiology* 1997;133(3):623-626.

10- Castillo R, Lopez R. Sobre un caso de mucocelo de seno maxilar que fue seguido de ceguera irreversible unilateral debido al síndrome de robo de la oftálmica. *Acta ORL Esp* 1996; XXX:423-428.

FOTOS:



Foto 1. Paciente antes del acto quirúrgico.

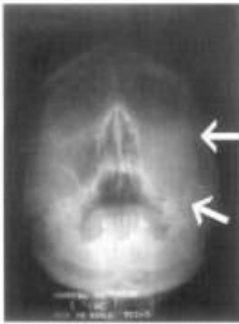


Foto 2. Rx de SPN en posición mentonasoplaca, que muestra una opacidad de aspecto tumoral con destrucción ósea.

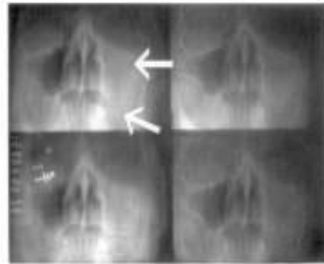


Foto 3. Tomografía lineal donde se confirma la destrucción ósea y se observa abombamiento hacia el paladar duro.



Foto 4. Paciente 24 horas de postoperatorio.



Foto 4. Paciente 21 días de postoperatorio.