

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ"
MORÓN

Mucocele orbitario: informe de caso.

Orbital mucocele: a case report.

Julio César Martín Pardo (1), Julio Díaz Agramonte (2), Angel J. Lacerda Gallardo (3), Daiyan Martín Chaviano (4).

RESUMEN

Se presenta un paciente en el cual, secundario a un trauma craneoencefálico ligero, presentó una lesión ocupativa del espacio orbital derecho, la cual le provocaba proptosis, dolor, compromiso de la agudeza visual, incapacidad de realizar los movimientos oculares y alteraciones cosméticas. Se le realizaron estudios de imágenes, los cuales brindaron valiosos datos para la planificación quirúrgica, la cual se realizó con resultados favorables; el estudio histológico confirmó un mucocele.

Palabras clave: NEOPLASIAS ORBITALES/etiología, TRAUMATISMOS CRANEOCEREBRALES/COMPLICACIONES, NEOPLASIAS ORBITALES/cirugía.

1. Especialista en 1er Grado en Neurocirugía. Profesor Instructor.
2. Especialista en 1er Grado en Neurocirugía. Máster en Urgencias Médicas. Profesor instructor
3. Especialista de 2do Grado en Neurocirugía. Doctor en Ciencias Médicas. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar.
4. Residente de 2do Año de Neurocirugía. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones que ocupan espacio en la órbita son abordadas en su gran mayoría por neurocirujanos. Estas pueden responder a causas inflamatorias, endocrinas, vasculares, malformaciones óseas, tumorales y traumáticas. La órbita posee una microanatomía compleja compuesta por nervios, ganglios, vasos sanguíneos, músculos, grasa y globos oculares; esta es abordable gracias al desarrollo de los estudios de imagen, de la microcirugía y los medios de magnificación óptica, nuestro sistema ha capacitado a neurooftalmólogos los cuales son valiosos en el estudio, diagnóstico y apoyo al tratamiento de estas lesiones.

CASO CLÍNICO

Paciente RCH, blanco, masculino de 45 años de edad con antecedentes de haber sufrido un trauma craneoencefálico ligero hace aproximadamente dos años, lo que le produjo fractura de la base anterior del cráneo del lado derecho. Hace cuatro meses comenzó a notar dolor en el ojo derecho y disminución de la agudeza visual, motivo de consulta oftalmológica.

Se constata al examen físico disminución de la agudeza visual, además de alteración de los movimientos oculares. En consultas posteriores detectaron proptosis y desplazamiento del globo ocular hacia abajo y lateralmente, con evidente masa supraocular la cual aumentaba de tamaño de forma progresiva.

Se le realizaron estudios de tomografía axial computarizada con técnicas de reconstrucción donde se observó lesión isodensa intraorbitaria supraocular derecha (Figura. No. 1a).

Se le realizó tratamiento quirúrgico logró la exéresis total de la lesión (Figura No. 1b).

El paciente mantuvo evolución favorable con mejoría visual, cosmética y recuperación evidente de los movimientos oculares (Figura No. 2). El estudio anátomo patológico confirmó la presencia de mucocele intraorbitario.

DISCUSIÓN

Los mucocelos son lesiones quísticas benignas, no neoplásicas que se desarrollan en el interior de los senos perinasales producto de la oclusión del drenaje mucoso de los mismos que se acumulan y comienzan a expandir primero y erosionar después las paredes de dicha cavidad, también pueden ser secundarios a traumas craneales al fracturarse la pared del seno creciendo hacia estructuras vecinas tales como la órbita o la cavidad craneal. Ocupan entre el 1 y el 3%

de las lesiones expansivas de la órbita y predominan a partir de la tercera década de la vida. El 90% de todos los mucocelos comprometen de una u otra manera la función de las estructuras infraorbitarias, predominan los que provienen del seno frontal.

Sus manifestaciones clínicas son de instalación y progresión lenta, a los síntomas y signos de una sinusitis crónica se añade proptosis con desplazamiento ocular contrario al sitio de donde proviene la lesión, generalmente no hay dolor ni signos inflamatorios y existe limitación mecánica de la motilidad ocular pudiendo presentarse diplopía. Pueden producir disminución de la visión, sobre todo los que crecen desde el seno esfenoidal, al comprimir directamente el nervio óptico.

En la ecografía se demuestra una lesión redondeada, quística, homogénea y de baja reflectividad y a veces se puede comprobar el área de erosión ósea.

En los Rx simples se aprecia el aumento de la densidad del seno afectado, así como áreas de erosión o destrucción ósea y ocasionalmente aumento del volumen de la cavidad orbitaria.

En la TAC se aprecia claramente la lesión con una densidad similar a la del cerebro, así como los cambios a nivel del hueso. Con la inyección de contraste aumenta la densidad de la pared y no del contenido del quiste.

El tratamiento debe ser siempre la exéresis quirúrgica total que induya la resección de la mucosa y la apertura de una comunicación del seno afectado con la cavidad nasal.

ABSTRACT

It is presented a case which secondary to a slight cranioencephalic trauma began with occupying injury of right orbital space which caused him proptosis, pain, commitment of visual acuity, incapacity to make the ocular movements and cosmetic alterations, imaging studies were carried out which provided valuable data for surgical planning that it was carried out with favourable results, a mucocèle was confirmed by a histology study.

Key words: ORBITAL NEOPLASMS/etiology, CRANIOCEREBRAL TRAUMA/COMPLICATIONS, ORBITAL NEOPLASMS/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cogollo Vargas PA. Tratamiento quirúrgico de los tumores orbitarios. Experiencia de 11 años en el INN [tesis]. La Habana: INN; 2003.
2. Roig Ferrá A. Tumores de órbita. Unitat d'Oftalmologia. En: Enfermedades de la órbita. Barcelona: Doyma; 1997.
3. Wilches C, Henao L, Serrano LM. Imágenes de tumores benignos y malignos de la órbita en la población pediátrica. Rev. Colomb Radiol. 2009; 20(3):19-27.
4. Rivero García C, Méndez M, Tamayo M. La tomografía axial computarizada en los procesos expansivos infraorbitarios. Rev Arch Méd Camagüey. 2002; 6(Supl 1):27-32.
5. Infante Cossío P, Molina Martínez M, García Perla A, Espín Gálvez F, Romero Arce J, Gutiérrez Pérez JL. Orbitotomías óseas mediante abordaje coronal: estudio retrospectivo de 87 lesiones infraorbitarias. Neurocir Murcia. 2008; 19(4): 1130-1473.
6. Asamoto S. Introrbital mucocèle associated with old minor trauma, case report. Neurol Med Chir (Tokyo). 2003 Aug; 43(8): 383-5.
7. Hirschbein MJ, Collins S, Jean WC, Chang SD, Adler JR. Treatment of intraorbital lesions using the Accuray Cyber Knife system. Orbit. 2008; 27(2):97-105.
8. Mariniello G, Maiuri F, Strianese D, Donzelli R, Iuliano A, Tafa F, et al. Spheno-orbital meningiomas: surgical approaches and outcome according to the intraorbital tumor extent. Zentralbl Neurochir. 2008; 69(4):175-81.
9. Lee TJ, Li SP, Fu CH, Huang CC, Chang PH, Chen YW, et al. Extensive paranasal sinus mucocèles: a 15-year review of 82 cases. Am Otolaryngol, 2009; 30(4):234-8.
10. Oukabli M, Akhaddar A, Qamouss O, Chahdi H, Rimani M, Albouzi A. Nasoethmoidal psammomatoid cemento-ossifying fibroma with intraorbital extensión. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2010; 111(1):43-5.
11. John H, Britto JA. Nonchoroidal intraorbital malignant melanoma arising from naevus of Ota. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2010; 63(4):e387-9.
12. Civit T, Freppel S. Intraorbital schwannomas and solitary neurofibromas. Neurochirurgie, 2010; 56(2-3):137-41.
13. Jain D, Ebrahimi KB, Miller NR, Eberhart CG. Intraorbital meningiomas: a pathologic review using current World Health Organization criteria. Arch Pathol Lab Med. 2010; 134(5):766-70.

14. Li X, Lu Y, Li L, Chai X, Ren Q. Multi-channel visual evoked potential as an ancillary tool to diagnose intraorbital optic nerve lesions. *Vet Ophthalmol.* 2010; 13(2): 131-5.
15. Baysal E, MumbuAg S, Kanlikama M, KiliAg A, Alevik C. Intraorbital isolated mucocoele. *J Craniofac Surg.* 2011; 22(2): 754-5.

ANEXOS



Figura No. 1a

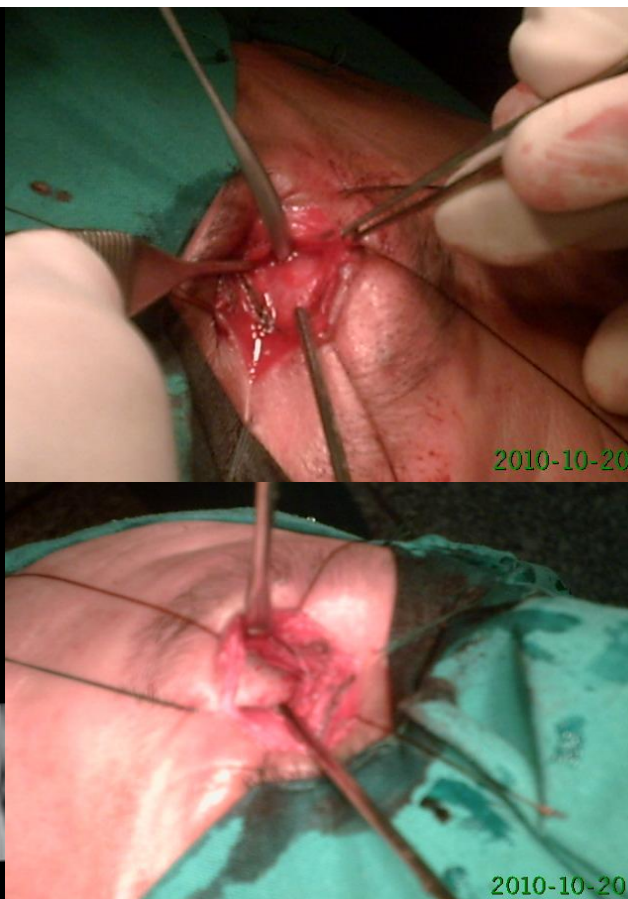


Figura No. 1b



Figura No.2