

Mucocele etmoidal con invasión de órbita anoftálmica. Caso clínico

F. Argila Loperena¹, S. Carrillo Gijón², E. Martínez de la Colina³,
J. Medín Catoira⁴

RESUMEN

Se realiza una breve síntesis de los mucocelos nasosinuales, presentándose el caso de un mucocelo postraumático (secundario a heridas de guerra), con evolución muy prolongada en el tiempo. Se describe asimismo el momento histórico y circunstancias en los que se produjo las mencionadas y graves heridas por arma de fuego.

PALABRAS CLAVE: mucocelo etmoidal - heridas de guerra - Guerra Civil Española

Med Mil (Esp) 1996;52 (4): 345-350

INTRODUCCIÓN

MUCOCELE NASOSINUSAL. CONCEPTO

El mucocelo nasosinusal es un seudotumor, una formación pseudoquistica de crecimiento expansivo originada en los senos paranasales, limitada por una pared de epitelio que puede ser de tipo cilíndrico —cúbico—, y secretante con abundantes células caliciformes o bien con una falta casi absoluta de epitelio por reacción esclerosa. Su contenido es un exudado inflamatorio mucoso con células de descamación, abundantes polinucleares y escasos cristales de colesterina, que ofrece un aspecto de líquido mucoso de consistencia espesa, por lo general estéril (2).

ETIOPATOGENIA Y CLASIFICACIÓN

En la etiopatogenia interviene la obstrucción del ostium de drenaje del seno junto a la inflamación de la mucosa sin que esté claro cuál de los dos factores actúa primero. Pese a que la reacción inflamatoria provoca obstrucción del ostium, es difícil asociar mucocelo a sinusitis, ya que mientras esta evoluciona con fenómenos puramente infecciosos, el mucocelo lo hace como un tumor.

La hiperviscosidad del moco, ha sido citada como causa, al existir mucocelos etmoidales en lactantes y niños de corta edad, incluso se ha relacionado mucoviscidosis y mucocelos.

Otro factor a tener en cuenta es el **traumatismo**, incluso iatrogénico. Pueden aparecer mucocelos después de etmoidec-

tomías, trepanaciones sinusales tipo Caldwell-Luc, polipectomías, dacriocistorrinostomias, etc.

En su evolución podemos distinguir dos fases:

1. Período inicial, latente o asintomático, el mucocelo se constituye en el interior de la cavidad sinusal.

2. Fase de exteriorización, cuando el mucocelo crece fuera de los límites del seno. Esta expansión viene provocada por la acción osteoclástica de sustancias activas en la síntesis de colagenasas, prostaglandinas y citoquinas, elaboradas por los fibroblastos del epitelio de la cápsula quística, compensada parcialmente por el proceso proliferativo osteoblástico (1).

Según su localización podemos diferenciar:

1. MUCOCELES ETMOIDO-FRONTALES O ANTERIORES

Son los más frecuentes, la clínica tiene una fase de latencia de duración muy variable, asintomática o bien pueden dar lugar a cefaleas, obstrucción nasal y/o rinorrea. Posteriormente, en la fase de exteriorización predominan los síntomas oftalmológicos como diplopia, exoftalmos lateralizado hacia abajo y hacia afuera lagrimeo junto a dolor nasofrontal o cefaleas difusas, hiposmia y obstrucción nasal unilateral.

Si continúa su crecimiento y progresión en la órbita se agravarán los signos oftalmológicos.

Cuando la expansión predomina hacia el seno frontal o posterior, pueden surgir complicaciones neurológicas si se rompe la pared posterior del seno y se afecta a la duramadre y lóbulo frontal.

También puede producirse el mayor crecimiento en dirección medial, con obstrucción nasal del ager nasi y de la bulla etmoidal desplazándose el cornete medio.

Por último, se describen progresiones anteriores con deformación de la región superciliar interna (1-2).

2. MUCOCELES ETMOIDO-ESFENOIDALES O POSTERIORES

Menos frecuentes que los anteriores, pueden originarse en una celda de onodi o bien en el seno esfenoidal, en cuyo caso

¹ TCol. San. Med. Otorrinolaringólogo.

² Cte. San. Med. Oftalmólogo.

³ Licenciado en Medicina y Cirugía.

⁴ Cap. San. Med. Oftalmólogo. Jefe de Servicio.

Servicios de ORL (Dr. Argila) y Oftalmología (Dr. Carrillo) del Hospital Naval de Ferrol.

Servicio de Urgencias del Hospital Juan Canalejo (Dr. Martínez), La Coruña.

Servicio de Oftalmología del Hospital Militar de Ceuta (Dr. Medín).

Dirección para la correspondencia: Dr. S. Carrillo Gijón. Servicio de Oftalmología. Hospital Naval de Ferrol. c/ San Pedro de Leixa, s/n. 15405 Ferrol (La Coruña).

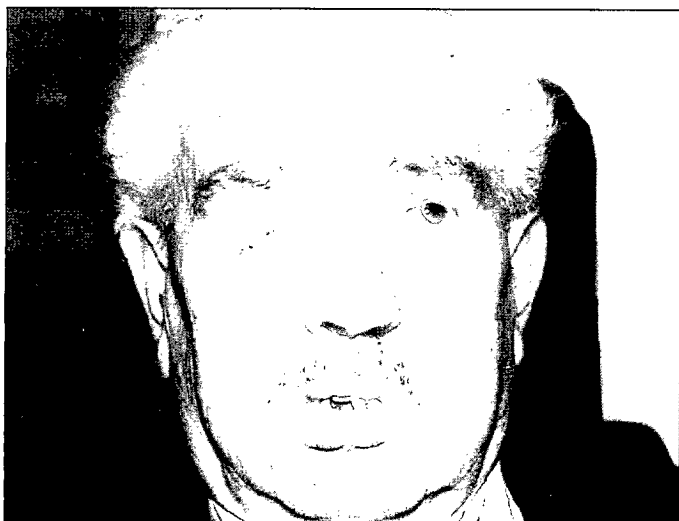


Figura 1. Paciente de 75 años de edad con graves secuelas cicatriciales de heridas por arma de fuego.

pueden hacerse bilaterales alcanzando gran tamaño. Según la dirección en que predomine su crecimiento pueden repercutir sobre ápex orbitario, afectando a II, III, IV, V, VI par y al seno cavernoso (4). Si progresa hacia arriba y atrás afectará a la hipófisis y quiasma óptica mientras que si su expansión es hacia adelante en dirección naso-etmoidal, la resistencia será escasa.

La sintomatología nasal (anosmia, obstrucción nasal, rino-rea, etc.), suele ser leve y las algias como síntoma más precoz serán típicamente periorbitarias y/o retrooculares.

3. MUCOCELES DEL SENO MAXILAR

Se manifiestan por abombamiento de la región yugal o bien por afectación óculo-orbitaria con exoftalmos lateralizados por desplazamiento del globo ocular hacia arriba y afuera y edema palpebral por comprensión venosa. Si la progresión es en profundidad la clínica será de ocupación en fosa pterigomaxilar.

Son de presentación rara y la mitad aproximadamente tienen antecedente de intervención Caldwell-Luc 10, 20 ó 30 años antes.

El diagnóstico se confirma mediante radiografías, ecografías y TAC y su tratamiento es quirúrgico con extirpación total (3-4).

Nuestro caso ofrece como características peculiares la invasión de una órbita anoftálmica, con ninguna sintomatología ocular por ello y como consecuencia curso muy dilatado en el tiempo, alcanzando gran tamaño.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 75 años de edad (Figura 1) afecto en la actualidad de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y desde hace cuatro años diabetes mellitus tipo II.

Al efectuar la anamnesis sobre las circunstancias de las heridas de guerra sufridas en 1938, nos refirió unos hechos de connotación épica tal, que nos parecieron más interesantes

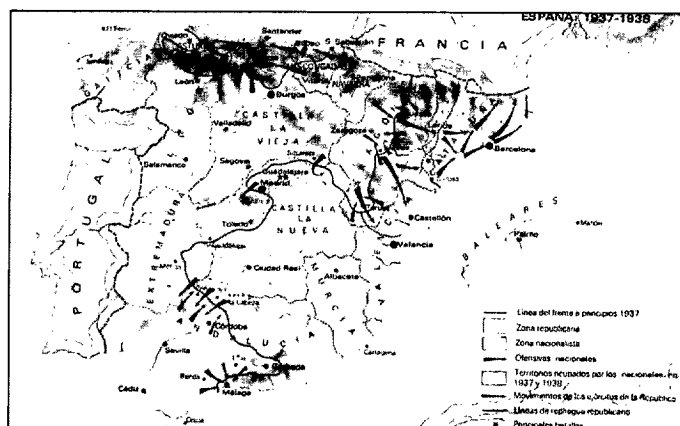


Figura 2. Situación de España a comienzos de 1938.

incluso que su propia patología y por lo cual nos hemos atrevido a transcribirlos íntegramente según nos lo ha relatado.

Hacemos hincapié en la gran capacidad de evocación memorística, ideación y expresión verbal de nuestro protagonista.

ANTECEDENTES HISTÓRICO-PERSONALES

En la Figura 2 vemos la situación de España a comienzos de 1938 en plena guerra Civil con la Zona ocupada por uno y otro (amarillo-nacional, violeta-republicano), así como las diferentes operaciones a realizar en dicho año. El día 15 de abril de 1938 las fuerzas nacionales bajo el mando del General Alonso Vega llegaban al Mar Mediterráneo. La ofensiva republicana sobrepasando el Ebro que para los estrategas del Alto Estado Mayor (ejército nacional) era una posibilidad bastante obvia, fue muy bien preparada por el General Vicente Rojo, quien estableció las 1h. 15 minutos del día 25 de julio para que sus tropas cruzasen el río Ebro por diferentes puntos simultáneamente, mediante 8 puentes flotantes (construidos durante las noches, ocultados por el día) y 350 barcas requisadas en la costa, que permitirían, según el proyecto definitivo de la operación, el paso de 8.000 hombres a la hora (6).

Se inició así la Batalla del Ebro (batalla de desgaste), que terminó el 18 de noviembre con la derrota estrepitosa del ejército de la república. El mundo entero y todos los españoles creyeron que la suerte de Cataluña bajo el signo republicano estaba echada y que la guerra duraría muy poco, al menos allí. El catalán medio se había desentendido de la guerra y el derrotismo corroía la zona republicana, que deseaba la paz y en la que crecían de modo inquietante los partidarios de que esa paz fuese presidida por el General Franco (6).

En la Figura 3 vemos el despliegue inicial de uno y otro bando antes de comenzar la campaña de Cataluña (7).

Los efectivos con los que se contaba en uno y otro lado eran de unos 260.000 hombres por parte del ejército nacional, mientras que en el republicano el total de soldados y Fuerzas de Orden Público alcanzó la cifra de 300.000, mayor número de armamento, a excepción de artillería en el ejército republicano y superioridad aérea nacional en la proporción 5 a 3.

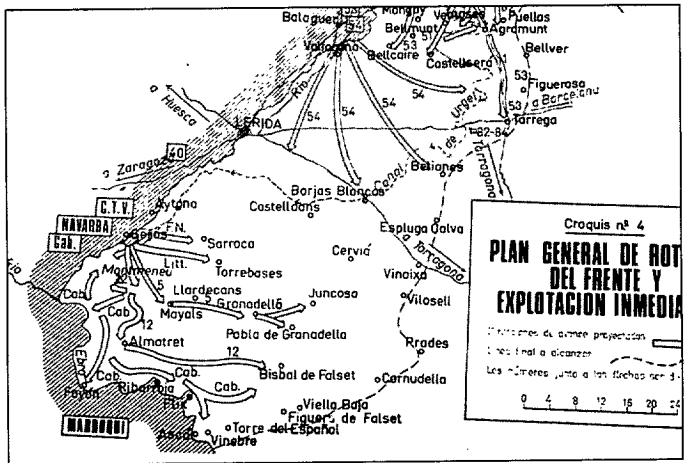
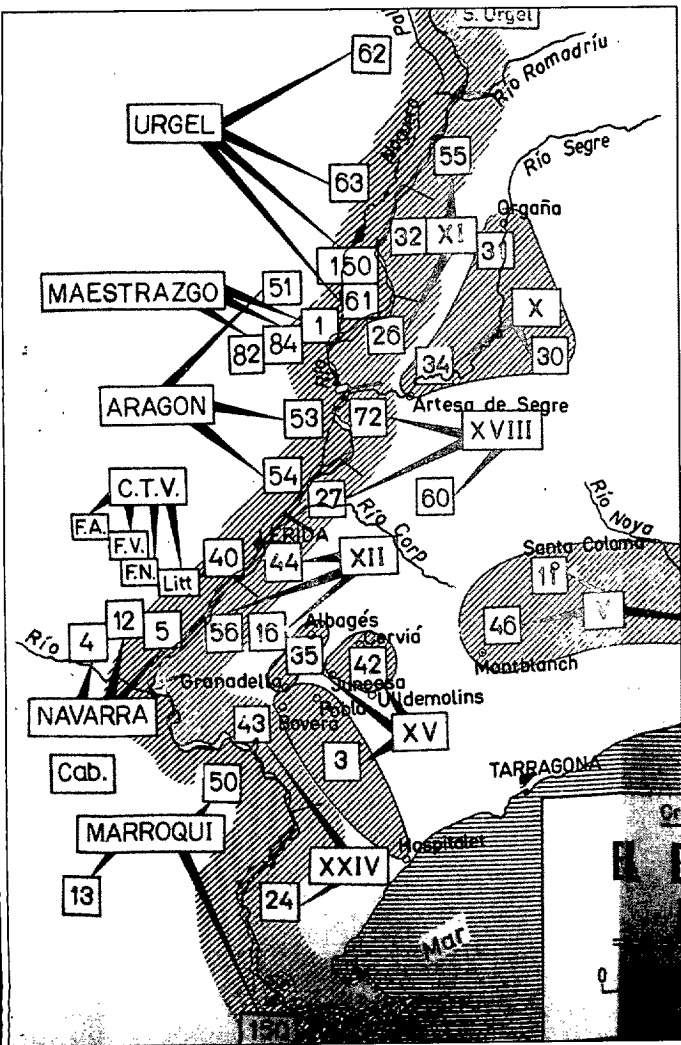


Figura 4. Intervención de la División 5 en el Plan General de Rotura del Frente.

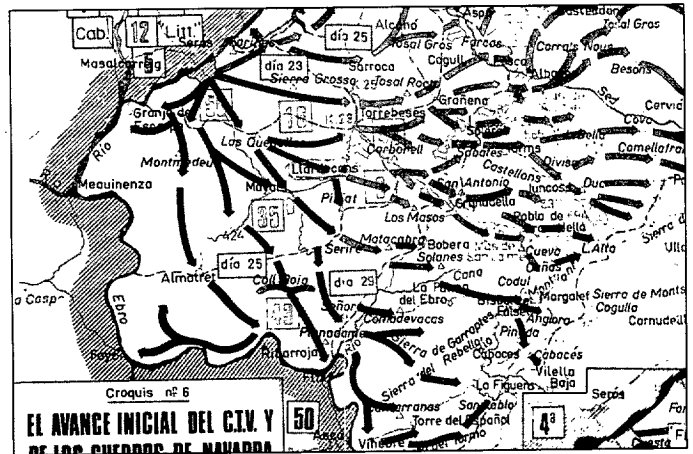


Figura 5. Curso de las operaciones en los primeros días de las unidades que penetran por la cabeza de puente de Serós.

Figura 3. Despliegue inicial de uno y otro bando antes de iniciarse la campaña de Cataluña. En la División 5 del Cuerpo de Ejército Navarra se encuentra nuestro soldado.

El General Franco pidió a Alemania una importante remesa de armas y aviones, la ayuda llegó ya dentro del año 1939, cuando realmente poca o ninguna falta hacía.

Para los republicanos las grandes cantidades de armamento que se estaban organizando para ser pasadas a través de la frontera francesa, no llegaron a ser recibidas pues la ofensiva se inició antes.

En borrador del General Franco sobre el plan de operaciones en Cataluña se dice:

“El objetivo será en primer lugar la destrucción del ejército rojo y en segundo la liberación y pacificación del territorio.”

El General Dávila (Jefe del Ejército Norte encargado de esta operación) dicta el día 10 de diciembre la instrucción: “Hay que proteger a las personas y bienes de los territorios que se vayan ocupando, ahorrando a las poblaciones toda vejación, que inútilmente se añada a los dolores que la guerra lleva consigo.”

La gran ofensiva pensada en un principio para el día 10 de diciembre, fue aplazada día tras día hasta el 23 por las inclemencias climatológicas (fuerte temporal de nieve) (7).

Nuestro hombre con 17 años era un soldado perteneciente al Cuerpo de Ejército Navarra en la 5.ª División bajo el mando

del General Sánchez González. Según vemos en las Figuras 4 y 5, dicha División estaba encargada de romper el frente en la cabeza de puente de Serós por el sector derecho, dilatando la brecha y penetrando rápida y profundamente en las organizaciones enemigas.

Comenzó la ofensiva con una preparación artillera y bombardeo de aviación de la violencia acostumbrada, la 5.ª División se lanzó al asalto de las posiciones enemigas a las 10.45 horas del día 23 de diciembre de 1938 consiguiendo los objetivos iniciales.

El día de Nochebuena habían conquistado el pueblo de Llardecans (Figura 4) y continuaron su progresión, pero 48 horas después (27 de diciembre) antes de conseguir su siguiente objetivo Granadella, se vieron sorprendidos en su marcha a pie, por una ametralladora enemiga instalada sobre una pequeña loma, cuya existencia era desconocida para ellos, que constituían la auténtica vanguardia del avance de la 5.ª División en la zona, dotada por tanto con escasas medidas de protección, solamente la seguridad de combate que le permitía su propio despliegue. Aunque el elemento sorpresa provocó gran número de bajas en su Compañía, reaccionaron de forma activa y mediante una pequeña maniobra envolvente,

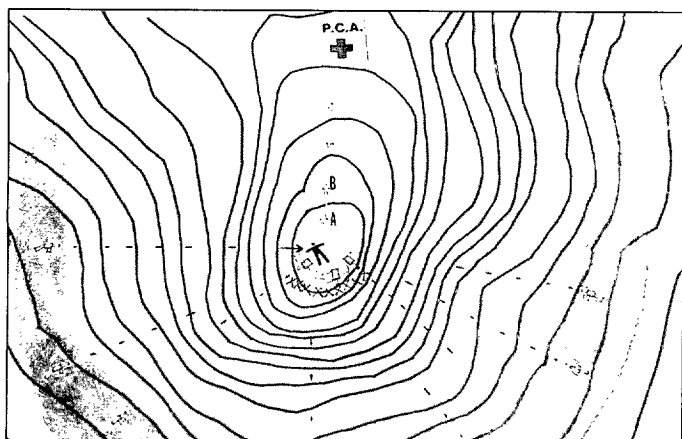


Figura 6. Dibujo que muestra la situación aproximada del terreno, en el momento en que resulta herido (27-12-1938).

tras combate de unas tres horas conquistaron la posición, muriendo en el mismo uno de los servidores de la referida ametralladora y haciendo prisionero al segundo. En el momento en que realizaban un primer interrogatorio a dicho prisionero sufrieron un potente contraataque republicano, haciéndoles fuego desde el frente y ambos flancos (Figura 6). Las características del terreno sólo permitían al enemigo el acceso a la cima mediante un ataque frontal, si bien ser perfectamente batida por fuego de fusil desde las posiciones que ocupaban en los flancos. Recibieron orden de atrincherarse y defender la cota en espera de la llegada de otras unidades de su División.

Refiere nuestro paciente que era el atardecer y a través de una pequeña ranura existente en las piedras detrás de las que se protegía, estuvo observando durante una media hora el relampagueo de una ametralladora enemiga situada en el flanco derecho, que les hacía fuego de forma casi continua, alternando con pequeños silencios periódicos. Esta observación le permitió fijar la posición aproximada donde debía encontrarse emplazada, introdujo un cargador de 100 balas en su fusil, puso el dispositivo de repetición y nada más acallarse el fuego de la misma, apoyándose sobre las piedras que le servían de protección disparó todo el cargador hacia el lugar donde había visualizado el relampagueo anteriormente.

En el instante mismo en que agotó su cargador y antes de ponerse a cubierto, recibió el impacto de una bala explosiva (*) en su fusil y un fragmento de la misma se dirigió hacia su órbita derecha ocasionando el estallido del globo ocular, con desgarros palpebrales y progresión hacia el interior, rompiendo las paredes orbitarias. Recuerda que no perdió la consciencia y oyó el comentario de un compañero "Gallego, te han dado". No describe dolor importante en esos momentos, pero sí gran hemorragia y que fue taponado con un vendaje comprensivo sobre su reborde orbitario derecho.

La situación del enemigo y las características del terreno en la posición que ocupaban (Figura 6), sólo permitían una vía de evacuación que en cierto tramo de la ladera (segmento

AB de Figura 6) se hallaba batida por fuego cruzado de ambos flancos. Ante esta dificultad, la única alternativa para atravesar dicha zona con el herido, fue envolverlo en una manta y dejarlo rodar ladera abajo, hasta que en una cota inferior, a cubierto de vistas y fuegos, los camilleros propios pudieron recogerlo. Pues bien, al recorrer este trayecto de la evacuación, cuando rodaba ladera abajo, fue alcanzado de nuevo por otro fragmento de bala explosiva que impactó sobre el malar izquierdo (véase cicatriz existente a ese nivel en Figura 1) y alcanzó la articulación temporo —maxilar homolateral—, incapacitándole para el lenguaje desde entonces de forma transitoria.

Atendido en el puesto de socorro, al apreciarle dos heridas faciales por arma de fuego, sin poder hablar, fue clasificado como de extrema gravedad, con pocas posibilidades de supervivencia y tras realizarse una primera cura aplicándole un vendaje craneofacial, fue colocado en una camilla al lado de otros moribundos.

En la mañana del 28 de diciembre, cuando un sacerdote procedía a dar la Extremaunción a cada uno de los que se encontraban en aquel lugar y antes de que hubiese llegado a él, se produjo el estallido de una granada de mortero a escasos metros de donde yacía. Esto provocó la muerte instantánea del sacerdote y de dos sanitarios que estaban de pie, recuerda cómo por la onda expansiva salió despedido junto con la camilla, recibiendo múltiples heridas superficiales, pero su posición de decúbito evitó el impacto de fragmentos de metralla que por su tamaño y poder de penetración hubieran sido mortales.

Fue evacuado, pasando sucesivamente por los hospitales de Fraga, Zaragoza, Palencia, Vigo y Hospital General de Santiago de Compostela donde se efectuó la enucleación de los restos del globo ocular derecho.

Las radiografías efectuadas en esta época mostraban cuerpos extraños metálicos intracraneales (fragmentos de balas explosivas), pero la ausencia de sintomatología neurológica determinó que en 1941 se le informara que era preferible no intentar extraerlos, por el gran riesgo vital que ello entrañaba en aquellos tiempos.

PATOLOGÍA ACTUAL

Según los datos reseñados en la historia clínica del paciente (Servicio de Oftalmología) en el antiguo Hospital Militar de La Coruña (hoy ya desaparecido como institución militar), aparecen manifestaciones de celulitis orbitaria derecha con importante dolor siempre localizado en ángulo superointerno del reborde orbitario, junto a edema palpebral, que cedían mediante tratamiento con antibióticos generales y corticoides. Estos episodios se repiten en las fechas:

Mayo (1969), abril (1979), enero (1983), agosto (1984), diciembre (1987), febrero (1993), octubre (1993) y febrero (1994).

Los citados episodios fueron interpretados en un principio como infecciones a cuerpos extraños intraorbitarios, pero en 1987 al practicarle uno TC craneal se puso de manifiesto el mucocele etmoidal (Figuras 7, 8 y 9) que ocupaba la casi totalidad de la órbita derecha, así como un fragmento de bala explosiva alojado en seno esfenoidal.

El paciente siempre ha rechazado la cirugía de exéresis del mucocele, cuyo abordaje por vía orbitaria anterior sería relati-

(*) Este fragmento de munición era el habitual en el bando republicano durante las últimas fases de la guerra.

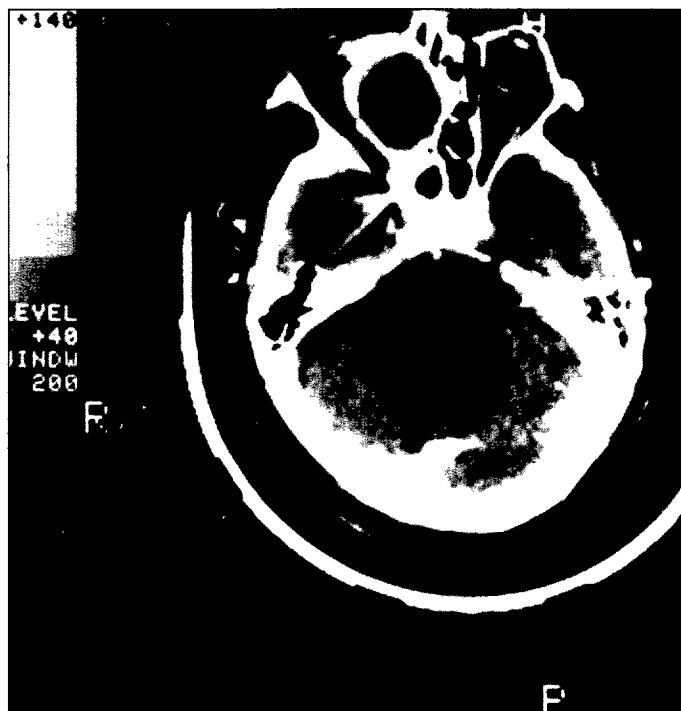
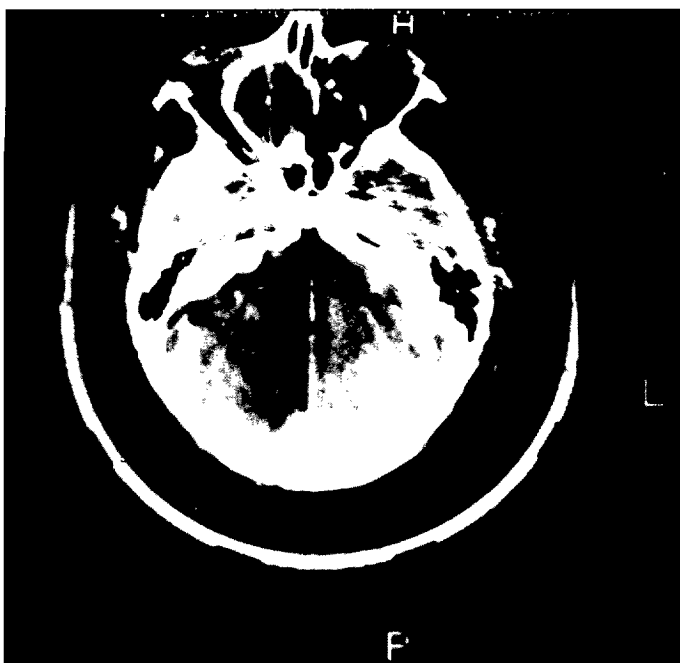


Figura 7. Imagen del TAC en que se visualiza el mucocele ocupando la casi totalidad de la órbita derecha. Nótese los artefactos a modo de radiaciones que emiten los cuerpos metálicos situados posteriormente a la tumoración.

Figura 8. Corte tomográfico en el que se puede comparar el tamaño del mucocele con el globo ocular izquierdo.

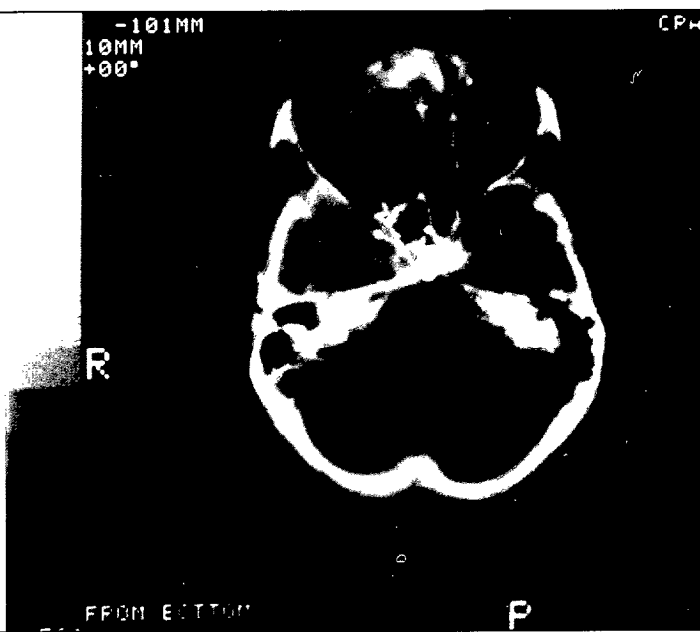
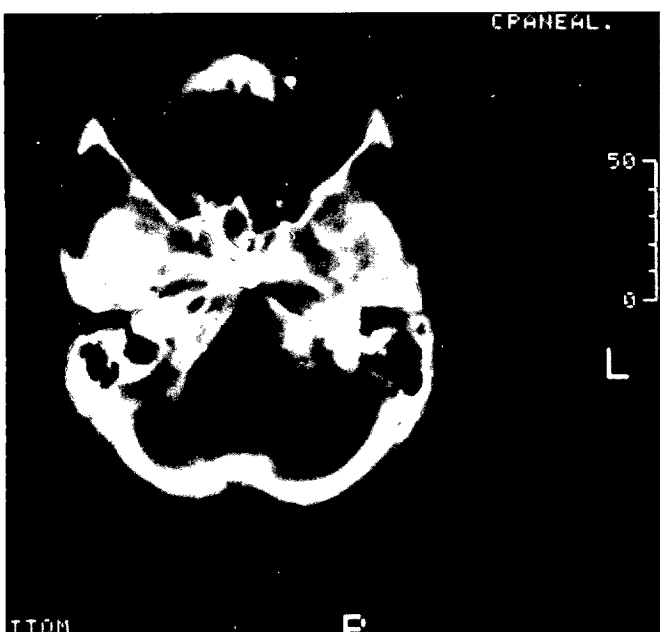


Figura 9. Imagen del TAC con efecto ventana hueso, apreciándose paredes del mucocele y fragmento de bala explosiva, uno de ellos a nivel de seno esfenoidal.

vamente simple, dada la ausencia de globo ocular, aduciendo la idea que le expresaran los cirujanos en 1941 del gran riesgo vital que supondría cualquier intento quirúrgico en dicha zona.

CONCLUSIONES

1. Aunque resulta típico por su etiología, este mucocele ofrece como características especiales la invasión de una órbita anoftálmica, lo que ha condicionado su evolución prolongada

alcanzando un volumen considerable (siendo muy llamativas las imágenes del TC orbitario), sin dar otra clínica que dolor y moderados signos de celulitis orbitaria filiados desde 1969.

2. Las tremendas heridas sufridas por el paciente, con mutilación de globo ocular derecho y graves secuelas estéticas faciales, con las circunstancias tan dramáticas y penosas en que fueron producidas a sus 17 años de edad, no impidieron el desarrollo de su vida completamente normal, destacando una personalidad equilibrada y envidiable para los que le hemos conocido.

AGRADECIMIENTOS

Conocer este ejemplo de sufrimiento humano, nos hace expresar nuestro más sincero homenaje de gratitud a todos los que como nuestro protagonista, con su lucha, consiguieron evitar que en la actualidad nuestra nación (España) fuera una república intentando salir del estalinismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ademá JM y Esteller E. Cirugía endoscópica nasosinusal. Ponencia Oficial de la XXXI reunión de la SEORL. Madrid 1994:189-191.
2. Avellaneda R y Conde C. Cirugía de la base del cráneo. Ponencia Oficial del XV Congreso Nacional de la SEORL. Cádiz 1993:49-60.
3. Lepori JC y Reny A. Tumeurs de l'orbite. Exyclopédie Médico-Chirurgicale. (Ophthalmologie). París 1993:21.650 A:10.
4. Pérez Moreiras JV. Patología orbitaria. LXII Ponencia de la Sociedad Española de Oftalmología 1986:211-222.
5. Nueva Acta 2000. Editorial Rialp. Volumen de historia. 1985:600.
6. Martínez Bande JM. La Batalla del Ebro. Servicio Histórico Militar Monografías de la Guerra de España. 1983:13, 70, 73, 83, 84, 93-97.
7. Martínez Bande JM. La Campaña de Cataluña. Servicio Histórico Militar Monografías de la Guerra de España", núm. 14. 1979:29-32, 35-36, 41, 43, 57, 77.