

Rinosinusología y Base de Cráneo

Lesiones esfenoidales aisladas

Isolated sphenoid sinus disease

Lesões esfenoidais isoladas

Dra. Vanesa Bruvera ⁽¹⁾, Dr. Oscar Paoletti ⁽¹⁾, Dr. Mario Zernotti ⁽¹⁾

Resumen

Introducción: La enfermedad aislada del seno esfenoidal es rara y representa el 1-2% de todas las patologías inflamatorias sinusales y < 0,05% de las lesiones malignas sinusales. Es difícil establecer el diagnóstico debido a la presentación clínica inespecífica. La cefalea frontal y/o retroocular es la principal manifestación. El retraso en el diagnóstico y tratamiento puede resultar en serias complicaciones debido a sus relaciones anatómicas.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en lesiones esfenoidales aisladas, analizando sintomatología, etiología, diagnóstico y tratamiento de las mismas.

Material y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de patología esfenoidal aislada que concurren a la consulta, en el período comprendido entre mayo de 2011 y mayo de 2017, en el Servicio de Otorrinolaringología del Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

Resultados: Se estudiaron 15 pacientes adultos con diagnóstico de patología esfenoidal aislada. El síntoma más frecuente fue cefalea frontal y retroorbital en 10 casos (66,67%) sin síntomas nasales. La principal patología encontrada fue la fístula de líquido cefalorraquídeo de origen traumático en 3 casos (20%) y el quiste de retención o mucocelo en 3 casos (20%).

Conclusión: Los síntomas tempranos no son específicos, por lo que el retraso en el diagnóstico es frecuente. En nuestro estudio el abordaje transnasal a través del receso esfenoidal fue preferido en todos los casos, porque en nuestra opinión es el método más seguro y con menor índice de complicaciones por la amplia exposición del seno esfenoidal.

Palabras clave: patología esfenoidal aislada, cefalea, seno esfenoidal.

Abstract

Introduction: Isolated sphenoid sinus disease is rare and accounts for 1-2% of all inflammatory sinus pathologies and <0.05% of malignant sinus lesions. It is difficult to establish the diagnosis due to its nonspecific clinical presentation. Frontal and/or retro-ocular headache is the main symptom. Delay in diagnosis and treatment can result in major complications due to their anatomical relationships.

Objective: Present our experience in isolated sphenoid injuries, through the analysis of symptomatology, etiology, diagnosis and treatment of them.

Material and method: An observational, descriptive and retrospective study was carried out on patients with diagnosis of isolated sphenoid pathology who attended the Otorhinolaryngology Service consultation of Sanatorio Allende, in Córdoba, Argentina from May 2011 to May 2017.

Results: Fifteen adult patients with diagnosis of isolated sphenoid pathology were studied. The most frequent symptom was frontal and retro-orbital headache in 10 cases (66.67%) without nasal symptoms. The main pathology found was the cerebrospinal fluid fistula of traumatic origin in 3 cases (20%) and the retention cyst or mucocoele in 3 cases (20%).

Conclusion: Early symptoms are not specific, thus, delay in diagnosis is frequent. In our study, the transnasal approach through sphenoidal recess was preferred in all cases because, in our opinion, it is the safest method and the one with the lowest rate of complications due to the wide exposure of the sphenoid sinus.

Key words: Isolated sphenoid pathology, headache, sphenoid sinus.

Resumo

Introdução: a doença isolada do seno esfenoidal é rara e representa entre 1% e 2% de todas as pa-

⁽¹⁾ Médicos del Servicio de ORL, Sanatorio Allende, Córdoba Capital. Argentina.

Mail de contacto: vane_bruvera@hotmail.com

Fecha de envío: 2 de marzo de 2018 - Fecha de aceptación: 31 de mayo de 2018.

tologías inflamatorias sinusais e menos de 0,05% das lesões malignas sinusais. É difícil estabelecer o diagnóstico devido a apresentação clínica inespecífica. A cefaleia frontal e/ou retro-ocular é a principal manifestação. O atraso no diagnóstico e no tratamento pode causar complicações sérias devido à suas relações anatómicas.

Objetivos: Apresentar nossa experiência em lesões esfenoidais isoladas, analisando a sintomatologia, etiologia, diagnóstico e o tratamento.

Material e método: Foi realizado um estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Incluíram-se pacientes com diagnóstico de patologia esfenoidal isolada que compareceram à consulta no período compreendido entre maio de 2011 e maio de 2017, no Serviço de Otorrinolaringologia do Sanatório Allende, em Córdoba, Argentina.

Resultados: Foram estudados 15 pacientes adultos com diagnóstico de patologia esfenoidal isolada. O sintoma mais frequente foi cefaleia frontal e retro-orbital em 10 casos (66.67%) sem sintomas nasais. A principal patologia encontrada foi a fístula de líquido cefalorraquidiano de origem traumático em 3 casos (20%) e o cisto de retenção ou mucocele em 3 casos (20%).

Conclusão: Os sintomas precoces não são específicos pelo que o atraso no diagnóstico é frequente. Em nosso estudo a abordagem transnasal a través do recesso esfenoidal foi o preferido em todos os casos, já que na nossa opinião é o método mais seguro e com o menor taxa de complicações por ampla exposição do seno esfenoidal.

Palavras-chave: Patologia esfenoidal isolada, cefaleia, seio esfenoidal.

Introducción

La enfermedad aislada del seno esfenoidal es rara y representa el 1-2% de todas las patologías inflamatorias sinusales y < 0,05% de las lesiones malignas sinusales. ⁽¹⁾

El seno esfenoidal tiene relación con importantes estructuras, entre ellas, la arteria carótida interna, el nervio óptico, los pares craneales III, IV y VI, la primera y segunda rama del nervio trigémino, el seno cavernoso y la duramadre y, por lo general, los síntomas se correlacionan con la afectación de dichas estructuras. ⁽²⁾

Es difícil establecer el diagnóstico debido a la presentación clínica inespecífica. La cefalea frontal y/o retroocular es la principal manifestación sintomática de patología esfenoidal, puede estar asociada con rinorrea purulenta con drenaje retrofaríngeo, obstrucción nasal y defectos visuales. ⁽³⁾

El retraso en el diagnóstico y tratamiento puede resultar en serias complicaciones debido a sus relaciones anatómicas. ⁽¹⁾

La enfermedad más común del seno esfenoidal es la sinusitis y el mucocele es la lesión ocupante de espacio más común. Los papilomas invertidos habitualmente resultan de la extensión de los tumores antrales y etmoidales pero se han reportado tumores primarios del esfenoides. Las lesiones malignas rara vez ocurren, pero incluyen los carcinomas de células escamosas, adenocarcinomas, linfopiteliomas, melanomas, y varios sarcomas. ⁽⁴⁾

La prueba diagnóstica decisiva es la tomografía computada (TC), ya que presenta la mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la patología sinusal. ⁽⁵⁾

El uso rutinario de la endoscopia nasal y la introducción de nuevas técnicas de imagen ha permitido más frecuentemente el diagnóstico de lesiones esfenoidales aisladas, antes consideradas raras. ⁽⁴⁾

Objetivos

Presentar nuestra experiencia en lesiones esfenoidales aisladas, analizando sintomatología, etiología, diagnóstico y tratamiento de las mismas.

Material y método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de patología esfenoidal aislada que concurren a la consulta en el período comprendido entre mayo de 2011 y mayo de 2017, en el Servicio de Otorrinolaringología del Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

El método de recolección de pacientes fue a través de una revisión de historias clínicas y se incluyeron 15 pacientes con patología esfenoidal aislada.

El rango de edad de los pacientes seleccionados fue de 17 a 60 años, de ambos sexos.

Se excluyeron pacientes con compromiso de otros senos paranasales y con tumores provenientes de tejidos adyacentes.

Los principales síntomas asociados a la patología fueron cefalea frontal y retroorbitaria sin síntomas nasales, afectación visual, rinorraquia, rinorrea posterior y epistaxis.

A todos los pacientes se les realizó un examen físico otorrinolaringológico completo.

El método diagnóstico utilizado en todos los casos fue la TC de senos paranasales sin contraste y resonancia magnética (RMN) con gadolinio complementaria.

Las patologías halladas fueron 3 casos de fistulas de líquido cefalorraquídeo (LCR), 3 quistes de retención o mucocele, 2 sinusitis fúngica, una esfenoiditis bacteriana, una displasia fibrosa, un papiloma invertido, un caso de tumor neuroectodérmico primitivo (PNET), un teratoma, un pseudoaneurisma carotídeo y un caso de metástasis secundaria.

Todos los pacientes con sospecha de patología infecciosa aguda (esfenoiditis) fueron tratados previamente con antibioticoterapia sistémica, con ampicilina sulbactam y corticoides por vía sistémica por siete días.

Técnica quirúrgica

Todos los pacientes fueron operados bajo anestesia general, en posición de decúbito dorsal. Se realizó antisepsia con Iodopovidona y topicación de la mucosa con adrenalina mediante planchas de algodón previamente sumergidas en ésta, lo que permite la descongestión y el menor sangrado de la mucosa.

Bajo visión con endoscopio de 0° y 30° se identificó el cornete medio y se lo movilizó lateralmente. Luego se identificó el receso esfenoidomaxilar, localizado entre los cornetes medio y superior y entre el techo de la coana y el ostium esfenoidal.

Una vez identificado el ostium del seno esfenoidal, se removió con pinza Kerrison de 2 mm (inicialmente en sentido medial e inferior) la pared anterior del seno y una vez dentro del mismo se procedió a la resección tumoral y de la mucosa inflamatoria afectada. Deben identificarse los siguientes reparos anatómicos: el plano esfenoidal, el clivus, las protuberancias de ambas carótidas internas, la prominencia de ambos nervios ópticos, los recesos opticocarotídeos y la silla turca.

En este abordaje uno de los principales potenciales inconvenientes es el desarrollo de fistula de LCR, pero en nuestra serie ningún paciente sufrió dicha complicación.

Se realizó reconstrucción en caso de ser necesario y por último se colocó taponaje anterior por 48 horas.

Trece pacientes fueron tratados con esfenoidotomía transnasal bajo visión endoscópica. Un caso de fistula de líquido cefalorraquídeo traumática se resolvió espontáneamente sin tratamiento. En un caso de pseudoaneurisma de carótida interna se realizó embolización de la misma.

El período de seguimiento postoperatorio de todos los pacientes incluidos fue de al menos 6 meses.

Sólo en el 13,33% hubo recidiva de la enfermedad y en un solo caso el paciente falleció debido a la enfermedad.

Resultados

Se estudió a 15 pacientes adultos con diagnóstico de patología esfenoidal aislada.

La edad media de los pacientes seleccionados fue de $37 \pm 13,8$ años.

La muestra nos arrojó un mayor porcentaje de pacientes de sexo masculino, 66,67%, que presentaron la patología.

El síntoma más frecuente fue cefalea frontal y retroorbitaria en 10 casos (66,67%) sin síntomas nasales. (Tabla 1)

Tabla 1. Síntomas de presentación.

SÍNTOMAS	PACIENTES
CEFALEA	66,67%
AFECCIÓN VISUAL	53,33%
RINORRAGIA UNILATERAL	20,00%
RINORREA POSTERIOR	13,33%
EPISTAXIS	6,67%

La principal patología encontrada fue la fistula de líquido cefalorraquídeo de origen traumático en 3 casos (20%) y el quiste de retención o mucocele en 3 casos (20%) (Tabla 2).

Tabla 2. Diagnóstico etiológico de lesiones esfenoidales aisladas.

DIAGNÓSTICO	PACIENTES	%
Fistula de LCR	3	20,00
Mucocele	3	20,00
Sinusitis fúngica	2	13,33
Sinusitis bacteriana	1	6,67
PNET	1	6,67
Displasia fibrosa	1	6,67
Teratoma	1	6,67
Papiloma invertido	1	6,67
Pseudoaneurisma carotídeo	1	6,67
Metástasis	1	6,67
TOTAL	15	100

El tratamiento de elección fue cirugía endoscópica nasal en el 86,67% (Tabla 3).

El 80% de los pacientes no tuvo recidiva de la patología esfenoidal luego de realizado el tratamiento.

Discusión

La enfermedad esfenoidal aislada es rara y ocurre en 2-3% de todas las enfermedades sinusales. ⁽³⁾

Castelnuovo y col., en un trabajo publicado en 2004 sobre tratamiento endoscópico, operaron a 41 pacientes con lesiones esfenoidales aisladas, de los cuales 11 casos fueron sinusitis fúngicas, 10 mucocelos, 7 sinusitis bacterianas, 7 fistulas de LCR, 3 papilomas invertidos, un condrosarcoma, un fibroma osificante y un cuerpo extraño. ⁽⁵⁾ Lo cual se condice con nuestros resultados, dado que las patologías más frecuentes que encontramos fueron benignas, como sinusitis fúngicas, mucocelos y fistulas de LCR.

El principal síntoma en nuestra revisión es la cefalea frontal y retroorbitaria, sin síntomas nasales.

Tabla 3. Pacientes con lesiones esfenoidales aisladas.

SÍNTOMAS / DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO	SÍNTOMAS / DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO				SÍNTOMAS / DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO		
	CEFALEA	RINORRAQUIA	RINORREA	ALT. VISUALES	DEFICIT PARES CRANEALES		
Fistula de LCR (n=3)	0	3	0	0	0	TAC Y RMN	2: CENS underlay y overlay.
Mucocele (n=3)	3	0	1	1	1: III, IV y VI	TAC Y RMN	ANTIBIOTICOTERAPIA Y CENS
Sinusitis fúngica (n=2)	2	0	1	1	0	TAC Y RMN	CENS
Sinusitis bacteriana (n=1)	1	0	0	1	0	TAC Y RMN	ANTIBIOTICOTERAPIA Y CENS
PNET (n=1)	1	0	0	1	III, IV, VI	TAC Y RMN	CENS
Displasia fibrosa (n=1)	1	0	0	0	0	TAC Y RMN	CENS
Teratoma (n=1)	1	0	0	0	VI	TAC Y RMN	CENS
Papiloma invertido (n=1)	1	0	0	1	III	TAC Y RMN	CENS
Pseudoaneurisma carotideo (n=1)	0	0	0	0	0	TAC Y RMN	EMBOLIZACIÓN
Metástasis secundaria (n=1)	0	0	0	1	II, III, IV, VI	TAC Y RMN	CENS

En el trabajo de Socher y col. ⁽³⁾ el principal síntoma fue cefalea frontal y retroorbitaria seguida de obstrucción nasal.

Celenk y col. ⁽⁶⁾ concluyeron que el síntoma más común de presentación fue la cefalea, la cual mejoró luego de esfenoidotomía endoscópica, y que la enfermedad esfenoidal aislada debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan cefalea crónica o subaguda. En nuestra experiencia la cefalea mejoró o se resolvió luego de la cirugía.

El seno esfenoidal puede ser afectado por muchas patologías, tales como infección aguda o crónica, neoplasias benignas, malignas o metástasis, enfermedad osteofibrosa, lesión vascular, malformación y trauma. ⁽⁴⁾

En la reciente revisión sistemática de Knisely y col. se demostró que una opacificación aislada del seno esfenoidal es sugestiva de neoplasia en un 18% y de malignidad en 7-10% de los pacientes con esos hallazgos radiológicos. ⁽⁷⁾

Con la implementación de la endoscopia nasal de rutina y la tomografía computada se mejoró el algoritmo diagnóstico para esta patología.

Una opacidad del seno esfenoidal en la TC debe ser correlacionada con los síntomas y la respuesta al tratamiento médico.

La RMN complementaria se utiliza en pacientes con sospecha de lesión expansiva o erosión ósea para determinar los límites de la patología, relación con la duramadre, hipófisis, seno cavernoso, nervio óptico y arteria carótida interna.

Chen y col. ⁽⁸⁾ remarcan la dificultad para el diagnóstico temprano, debido a la sintomatología inespecífica y a la ausencia de signos nasales, por lo que concluyen que la TC y RMN son el mejor método para el diagnóstico de patología esfenoidal aislada.

Conclusión

Los síntomas tempranos no son específicos, por lo que el retraso en el diagnóstico es frecuente.

El mejor método diagnóstico para la patología esfenoidal aislada son la TC y RMN de macizo cefal.

La patología esfenoidal aislada benigna fue lo más encontrado en nuestra revisión, principalmente fístula de LCR y mucocele.

Con el desarrollo de los endoscopios rígidos de nariz se hizo posible un abordaje más directo del seno esfenoidal, además de más seguro para el paciente, con disminución de tiempo operatorio, del sangrado intraquirúrgico, de la morbilidad y el tiempo de hospitalización. La ampliación del ostium natural es una técnica segura, y el riesgo de dañar una estructura neurovascular es reducido.

En nuestro estudio el abordaje transnasal a través del receso esfenoidal fue preferido en todos los casos, porque en nuestra opinión es el método más seguro y con menor índice de complicaciones por la amplia exposición del seno esfenoidal.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Manjula B, Nair A, Balasubramanyam AM y col. Isolated sphenoid sinus disease: a retrospective analysis. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2010; 62(1):69-74.
2. Timothy J, Timothy L, Smith M y col. Evaluation y surgical management of isolated sphenoid sinus disease. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; Vol 28, 1413-1419.
3. Socher J, Cassano M, Filho C, Cassano P, Felippu A. Diagnosis and treatment of isolated sphenoid sinus disease: a review of 109 cases. *Acta Oto-Laryngologica*, 2008; 128: 1004-1010.
4. Ribeiro Marcoloni T, Safráider MC, Socher J, Lucena G. Differential Diagnosis and Treatment of Isolated Pathologies of the Sphenoid Sinus: Retrospective Study of 46 Cases. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2015;19:124-129.
5. Castelnuovo P, Pagella F, Semino Lucia y col. Endoscopic treatment of the isolated sphenoid sinus lesions. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262:142-147.
6. Celenk F, Gulsen S, Gonuldas B y col. Isolated sphenoid sinus disease: an overlooked cause of headache. *J Craniomaxillofac Surg* 2015; 43(9):1914-7.
7. Knisely A, Holmes T, Barham H y col. Isolated sphenoid sinus opacification: a systematic review. *Am J Otolaryngol*. 2017 Mar - Apr; 38(2):237-243.
8. Chen Y y col. Diagnosis and endoscopic treatment of isolated sphenoid sinus disease. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2014 Jun;28(11):760-3.