

Síndrome del seno silencioso: Una causa insospechada de retracción palpebral

Silent sinus syndrome: An unsuspected cause of palpebral retraction

Fernández Martínez J.A. • Maseda Álvarez E. • Martínez Ferreras A. • Lede Barreiro A.

RESUMEN

El síndrome del seno silencioso (SSS) consiste en una asimetría facial asintomática con retracción palpebral y enoftalmos, secundaria a una atelectasia crónica del seno maxilar. Es una patología muy rara. La revisión de la literatura muestra aproximadamente 120 casos publicados. Aunque con frecuencia este tipo de patología es presentada inicialmente al oftalmólogo, la mayoría de estos pacientes son enviados al otorrinolaringólogo para su adecuado tratamiento. Éste tiene dos objetivos: realizar una cirugía endoscópica para restaurar una adecuada ventilación del seno y, ocasionalmente, una reconstrucción del suelo de la órbita. Presentamos el caso de un varón de 17 años con SSS como causa de un proceso de expansión orbitaria, responsable de retracción palpebral y enoftalmos. Dado el caso presentado, se revisa detalladamente la literatura.

Palabras clave: Síndrome del seno silencioso. Asimetría facial. Atelectasia del seno maxilar. Retracción palpebral.

ABSTRACT

The silent sinus syndrome (SSS) consists of painless facial asymmetry characterized by palpebral retraction and enophthalmos, secondary to chronic maxillary sinus atelectasis. It is a quite rare clinical entity. A review of the literature reveals about 120 cases reported. Although this kind of pathology often initially is presented to ophthalmologist, most of these patients will be referred to ENT surgeon for suitable treatment. This has two objectives: to perform an endoscopic sinus surgery to restore adequate ventilation and, occasionally, plastic reconstruction of the floor of the orbit. We report a 17-year-old man with SSS as source of an orbital process responsible for palpebral retraction and enophthalmos. Regarding this case, the literature is also reviewed in detail.

Keywords: Silent sinus syndrome. Facial asymmetry. Maxillary sinus atelectasis. Palpebral retraction.

INTRODUCCIÓN

El término “síndrome del seno silencioso” (SSS), fue establecido por Soparkar *et al.*¹ en 1994, para describir un proceso de asimetría facial indolora que presentaba enoftalmos asociado a una atelectasia crónica del seno maxilar. Este fenómeno fue descrito por primera vez por Montgomery² en 1964 en un paciente con un mucocele maxilar. Eto *et al.*³ demostraron en 1993 la fisiopatología de este proceso. Su prevalencia es desconocida y han sido descritos en la literatura unos 120 casos aproximadamente. Destacan la revisión de Numa *et al.*⁴ de los 84 casos publicados hasta el año 2005, y la serie de Sivasubramaniam *et al.*⁵ con 23 casos.

Clínicamente cursa con enoftalmos espontáneo de varias semanas o meses de evolución e hipoglobo. La agudeza visual está típicamente conservada. La diplopía, por desplazamiento del globo respecto a la órbita, es infrecuente.

Uno de los signos más evidentes y precoces del SSS es la retracción palpebral con el hundimiento de los surcos orbitarios palpebrales, además del retraso en el acompañamiento palpebral en la mirada inferior. La retracción palpebral causa maloclusión, ojo seco, irritación y visión borrosa al no cubrir el globo ocular. Ésta, puede estar causada por variantes de la normalidad

Fernández Martínez J.A.

Servicio de ORL. Hospital da Costa, Burela, Lugo. España

Maseda Álvarez E.

Servicio de ORL. Hospital da Costa, Burela, Lugo. España

Martínez Ferreras A.

Servicio de ORL. Hospital da Costa, Burela, Lugo. España

Lede Barreiro, A.

Servicio de ORL. Hospital Comarcal de Valdeorras, Orense. España

Correspondencia:

Fernández Martínez J.A.

Hospital da Costa, Rúa Rafael Vior, s/n, 27880 Burela (LUGO). España.

Servicio de ORL

Tfn: 982589900 - Extensión ORL

Correo electrónico: jafermar123@hotmail.com

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

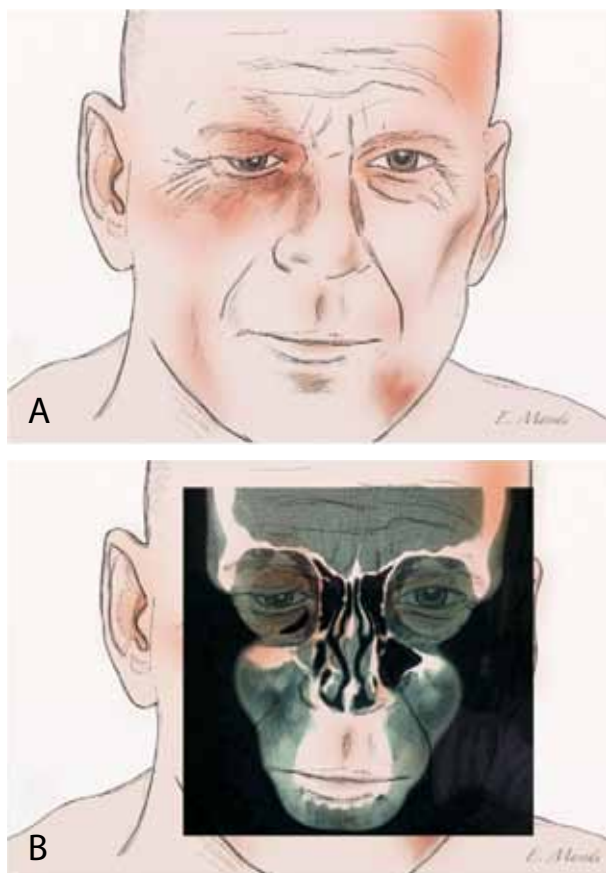
como huesos malares pequeños y órbitas grandes, envejecimiento, grandes miopías, enfermedades tiroideas, antecedentes de radioterapia, tumores o inflamaciones. Extremadamente infrecuente es la patología orbitaria como causante de dicho proceso. Presentamos el caso de un varón de 17 años, que consulta por asimetría facial y retracción palpebral progresiva unilateral al que se le detecta un enoftalmos radiológico causado por un SSS. Se revisa la literatura enfocando principalmente las variantes de presentación clínica y las perspectivas terapéuticas.

CASO CLINICO

Varón de 17 años sano, sin antecedentes traumáticos ni síntomas de sinusitis, que nota desde hace 2 meses asimetría facial derecha, retracción palpebral y retraso en el acompañamiento palpebral en la mirada inferior. En la valoración oftalmológica, donde fue inicialmente derivado, no se apreció enoftalmos, diplopía ni alteración en la agudeza visual. Solo se detectó maloclusión y leve retracción de párpados con retraso en el acompañamiento palpebral en la mirada inferior.

FIGURA 1

(A): esquema representativo de la asimetría facial derecha, retracción palpebral y ligero hipoglobo.
 (B): superposición del corte coronal más anterior del macizo facial, donde se aprecia el espacio aéreo originado por la retracción del párpado inferior, así como la retracción de la pared anterior del seno maxilar derecho

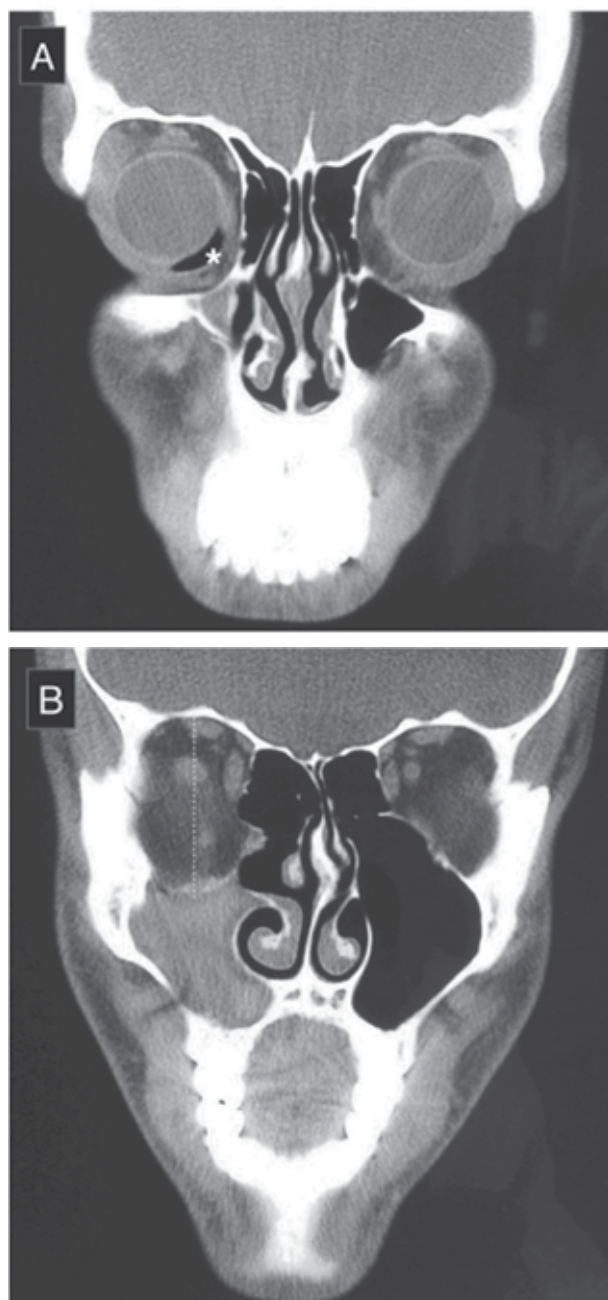


Se descartó patología ocular, sin sospechar patología orbitaria y se le derivó a su médico de cabecera para descartar patología sistémica. Fue derivado a nuestro servicio de otorrinolaringología, donde dada la

FIGURA 2

(TC, cortes coronales).

(A): Sección más anterior del macizo facial, donde se aprecia la retracción de la pared anterior del seno maxilar derecho y una burbuja de aire (asterisco) introducida hacia el espacio orbitario a consecuencia de la retracción del párpado inferior.
 (B): Sección más posterior, donde se aprecia el aumento del volumen orbitario derecho (línea vertical), causado por el hundimiento del suelo malácico de la órbita. El meato medio derecho es muy amplio y existe un riesgo anatómico de entrar a través de la lámina papirácea en la órbita durante el tratamiento quirúrgico endoscópico



asimetría facial y la clínica ocular (Fig.1), se le hace una exploración completa de pares craneales, que fueron normales. La endoscopia nasal mostró una desviación septal a fosa nasal izquierda y una fosa nasal derecha con amplio meato medio a consecuencia de la lateralización de la pared medial del seno maxilar. En dicha pared se apreció un hilo de moco espeso saliendo por el hiato semilunar hacia la rinofaringe.

La TC de senos paranasales reveló (Fig.2), una retracción de la pared anterior del seno maxilar derecho y una burbuja de aire introducida hacia el espacio orbitario

FIGURA 3

(TC, cortes transversales).

(A): Zona media de la órbitas, donde se aprecia con claridad la diferencia de posición antero-posterior de los dos globos oculares (línea de puntos), y el enoftalmos derecho.

(B): Desmineralización de las paredes del seno maxilar derecho (flechas), e implosión secundaria de las mismas causando atelectasia en sus tres paredes.



a consecuencia de la retracción del párpado inferior. El volumen orbitario derecho estaba aumentado a causa del hundimiento del suelo malácico de la órbita, el meato medio ensanchado y había un aumento de la grasa retroantral. En los cortes transversales (Fig. 3) se advirtió un enoftalmos derecho y una desmineralización con atelectasia en las tres paredes del seno maxilar. Con el diagnóstico de SSS, se realizó bajo anestesia general, una infundibulotomía y meatotomía media endoscópica, teniendo especial precaución en no entrar en la órbita a través de la lámina papirácea del etmoides, riesgo aumentado por la lateralización del proceso uncinado. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, notando a los pocos días mejoría progresiva por la aireación y expansión de las paredes colapsadas del seno maxilar, con adecuado cierre palpebral y corrección de la asimetría facial. El paciente no precisó ningún otro tipo de tratamiento.

DISCUSIÓN

Fue Eto *et al.*³, quien en 1993 dedujo que el colapso del seno obstruido y posterior enoftalmos, era causado por un aumento en la actividad osteoblástica y osteoclástica inducida por la inflamación crónica, causando consecuentemente una osteomalacia e implosión en el suelo de la órbita. En 1996, Kass *et al.*⁶ demostraron mediante manometría intrasinal la existencia de presión negativa en los casos de atelectasia (SSS), a diferencia de los senos normales o con sinusitis crónica, que eran isobáricos.

Su prevalencia es desconocida y han sido descritos en la literatura unos 120 casos aproximadamente. No hay preferencia en el género y suele afectar a edades entre la tercera y quinta décadas de la vida. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras causas que originan enoftalmos como la hipoplasia unilateral de seno maxilar, la lipodistrofia facial difusa, la asimetría facial congénita, los antecedentes traumáticos o quirúrgicos, o el síndrome de Parry-Romberg.

Aunque típicamente el SSS afecta a un seno maxilar, se han descrito esporádicamente casos con afectación maxilar bilateral, etmoidal o frontal^{7,8,9}.

La definición clásica del SSS describe un enoftalmos espontáneo a causa de un proceso de colapso del seno maxilar ipsilateral, en ausencia de trauma facial, mucocele o cirugía previa. Sin embargo, no todos los casos con cambios radiológicos como lateralización de la apófisis unciforme y aumento del volumen orbitario presentan enoftalmos clínico. Wise *et al.*¹⁰ describe esta situación en 2 de los 17 casos comunicados, interpretándolos como una etapa precoz del SSS previa al desarrollo del mismo.

Las alteraciones visuales y la diplopía son infrecuentes, dado el carácter progresivo durante semanas o meses, del proceso de colapso sinusal, sin embargo se han comunicado casos en los que el debut ha sido una

diplopía vertical aguda¹¹. Esta posible evolución hace recomendable establecer un diagnóstico precoz para evitar complicaciones orbitarias.

El tratamiento de este síndrome tiene dos objetivos: la restauración de la ventilación del seno maxilar, mediante una infundibulotomía y meatotomía media, para la expansión de sus paredes y, la reparación estética de la órbita. Los cambios anatómicos exigen un cuidado especial durante la cirugía endoscópica para evitar la lesión del contenido orbitario desplazado dentro del seno maxilar. Existe cierta controversia acerca de si es necesario la intervención de la órbita, el hipoglobo, en el mismo acto quirúrgico que la endoscopia nasal. En este sentido, algunos autores abogan por el tratamiento quirúrgico combinado, tratando la órbita en el mismo acto¹². Sin embargo, muchos otros opinan que la cirugía orbitaria debe reservarse para un segundo tiempo dado que la mayoría de sus pacientes presentaron reconstrucción espontánea del suelo de la órbita simplemente con la aireación sinusal^{13,14}. Entre éstos destacan la serie de Sivasubramaniam *et al.*⁵ en la que solo 1 de 23 casos precisó cirugía reconstructiva de la órbita, o la serie de Babar-Craig *et al.*¹⁵ en la que solo 2 de 16 casos de SSS precisaron un segundo tiempo orbitario.

Si bien el tratamiento habitual y ampliamente aceptado es la cirugía endoscópica nasosinusal, recientemente se han notificado buenos resultados con otras técnicas no quirúrgicas como la inyección de gel de ácido hialurónico intrasinusal¹⁶.

En el caso que presentamos, la aireación hace desaparecer la presión negativa del seno maxilar y el colapso de sus paredes, expandiéndose éstas en un periodo de tiempo corto, de escasos días. Corroboramos pues, lo descrito en otras series en las que se describe la no necesidad de tratar los problemas orbitarios en un primer tiempo quirúrgico, por su probable resolución espontánea en la mayoría de los casos. Creemos necesaria la difusión del conocimiento de esta rara patología sinusal (SSS) entre los otorrinolaringólogos, para establecer un diagnóstico y tratamiento precoz con el fin de evitar complicaciones orbitarias.

Referências bibliográficas:

1. Soparkar CN, Patrinely JR, Cuaycong MJ, Dailey RA, et al. The silent sinus syndrome. A cause of spontaneous enophthalmos. *Ophthalmology*. 1994 Apr; 101(4):772-8.
2. Montgomery WW. Mucocele of the maxillary sinus causing enophthalmos. *Eye Ear Nose Throat Mon*. 1964 May; 43:41-4.
3. Eto RT, House JM. Enophthalmos, a sequela of maxillary sinusitis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1995 Apr; 16(4 Suppl):939-41.
4. Numa WA, Desai U, Gold DR, Heher KL, et al. Silent sinus syndrome: a case presentation and comprehensive review of all 84 reported cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2005 Sep; 114(9):688-94.
5. Sivasubramaniam R, Sacks R, Thornton M. Silent sinus syndrome: dynamic changes in the position of the orbital floor after restoration of normal sinus pressure. *J Laryngol Otol*. 2011 Dec; 125(12):1239-43.
6. Kass ES, Salman S, Montgomery WW. Manometric study of complete ostial occlusion in chronic maxillary atelectasis. *Laryngoscope*. 1996. Oct; 106 (10): 1255-8.
7. Suh JD, Ramakrishnan V, Lee JY, Chiu AG. Bilateral silent sinus syndrome. *Ear Nose Throat J*. 2012 Dec; 91(12):E19-21.
8. McArdle B, Perry C. Ethmoid silent sinus syndrome causing inward displacement of the orbit: case report. *J Laryngol Otol*. 2010 Feb; 124(2):206-8.
9. Naik RM, Khemani S, Saleh HA. Frontal silent sinus syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013 Feb; 148(2):354-5.
10. Wise SK, Wojno TH, DelGaudio JM. Silent sinus syndrome: lack of orbital findings in early presentation. *Am J Rhinol*. 2007 Jul-Aug; 21(4):489-94.
11. Saffra N, Rakhimov A, Saint-Louis LA, Wolintz RJ. Acute Diplopia as the Presenting Sign of Silent Sinus Syndrome. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2012 Dec 28. (Epub ahead of print)
12. Sesenna E, Oretti G, Anghinoni ML, Ferri A. Simultaneous management of the enophthalmos and sinus pathology in silent sinus syndrome: a report of three cases. *J Craniomaxillofac Surg*. 2010 Sep; 38(6):469-72.
13. Babin E, Bertrand M, Retout A, Gardea E, et al. Silent sinus syndrome with spontaneous orbital floor reconstruction. *B-ENT*. 2009; 5(2):125-8.
14. Barbosa M, Portmann D, Potena M, Rezende R, et al. Silent sinus syndrome: two cases report. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2012; 133 (2): 101-3.
15. Babar-Craig H, Kayhanian H, De Silva DJ, Rose GE, et al. Spontaneous silent sinus syndrome (implosion antrum syndrome): case series of 16 patients. *Rhinology*. 2011 Aug; 49(3):315-7.
16. Mavrikakis I, Detorakis ET, Yiotakis I, Kandiloros D. Nonsurgical management of silent sinus syndrome with hyaluronic acid gel. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2012 Jan; 28(1):e6-7.