

Amaurose secundária a mucocele esfenoidal

Amaurosis secondary to sphenoid mucocele

Antonio Antunes Melo¹, Silvio da Silva Caldas Neto², Mariana Carvalho Leal Gouveia³, Patrícia Ferreira Santos⁴.

1) Doutor. Otorrinolaringologista - HC-UFPE.

2) Livre Docente. Professor Adjunto da Disciplina de Otorrinolaringologia do HC-UFPE.

3) Doutora em Otorrinolaringologia USP. Otorrinolaringologista do Hospital Agamenon Magalhães.

4) Mestre em Cirurgia - UFPE. Otorrinolaringologista do Hospital Agamenon Magalhães.

Instituição: Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Pernambuco.
Recife / PE - Brasil.

Endereço para correspondência: Antonio Antunes Melo - Rua Dom João de Souza 40, Apto. 2102 - Madalena - Recife / PE - Brasil - CEP: 50610-070 - Telefax: (+55 81) 3492-2695 - E-mail: antunes.ori@gmail.com

Artigo recebido em 21 de Julho de 2009. Artigo aprovado em 28 de Abril de 2011.

RESUMO

Introdução: A mucocele do seio esfenoidal é uma lesão rara e benigna. Essas lesões são provavelmente diagnosticadas tardiamente por serem assintomáticas ou causarem sintomas não específicos. As características clínicas dependem de sua localização e podem incluir dor fronto-orbitária, paralisia do nervo oculomotor, diminuição da acuidade visual, exoftalmia e anosmia. Os achados da tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) de nariz e seios paranasais aumentaram a precisão do diagnóstico. O tratamento consiste na marsupialização e drenagem da mucocele por via endoscópica nasossinusal. O prognóstico em relação à visão depende da duração da perda da acuidade visual pré-operatória.

Objetivo: Relatar um caso de mucocele esfenoidal de grandes dimensões.

Relato de Caso: Os autores relatam um caso de mucocele do seio esfenoidal em um paciente masculino de 48 anos de idade que apresentou amaurose subitamente.

Comentários Finais: As características da mucocele esfenoidal são revistas com especial atenção para os seus achados clínicos e radiológicos, bem como o tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: mucocele, seio esfenoidal, acuidade visual.

SUMMARY

Introduction: The mucocele of the sphenoid sinus is a benign rare lesion. Those lesions are probably diagnosed late because they are asymptomatic or cause non-specific symptoms. The clinical characteristics depend on its location and can include fronto-orbital pain, oculomotor nerve palsy, decrease of visual acuity, exophthalmos and olfaction disorders. The findings of the CT and the MRI of nose and paranasal sinuses have increased the diagnostic accuracy. The treatment consists of marsupialization and drainage of the mucocele via endoscopic sinus. The prognosis for vision depends on the length loss of the visual acuity preoperative.

Objective: Report a case of sphenoid mucocele of big dimensions.

Case Report: The authors report a case of sphenoid sinus mucocele in a male patient of 48 years old, that has suddenly presented amaurosis.

Final Comments: The characteristics of the sphenoid mucocele are reviewed with special attention for the clinical and radiological findings, as well as the surgical treatment.

Keywords: mucocele, sphenoid sinus, visual acuity.

INTRODUÇÃO

A mucocele esfenoidal é uma lesão benigna de desenvolvimento lento com manifestações clínicas tardias que rapidamente podem se agravar (1). As mucoceles são relativamente infrequentes, sendo mais comuns na região fronto-etmoidal (2). Desde a primeira mucocele esfenoidal identificada por ROUGE em 1872, os métodos diagnósticos têm progredido, principalmente a Tomografia Computadorizada (TC) e mais recentemente a Ressonância Nuclear Magnética (RNM), que tornaram o diagnóstico possível em um estágio mais precoce (1). O tratamento é cirúrgico e o prognóstico da mucocele depende do tempo de evolução. Neste artigo é descrito um caso de mucocele do seio esfenoidal dando especial atenção às manifestações clínicas, radiológicas e ao tratamento cirúrgico.

RELATO DE CASO

Um paciente do sexo masculino (S.J.S.), cor parda, 48 anos, foi admitido no serviço de Neurologia do Hospital da Restauração - PE com história de cefaleia frontal há cerca de 20 dias e dor em região orbitária à esquerda. Após 04 dias do início dos sintomas percebeu progressiva diminuição da acuidade visual bilateral sendo de menor proporção à direita. Referia também obstrução nasal bilateral. Foi submetido à TC de crânio onde foi evidenciada formação expansiva hipodensa que não sofreu impregnação pelo meio de contraste comprometendo o seio esfenoidal. Havia expansão do seio esfenoidal com adelgaçamento e remodelação de suas paredes ósseas, além de espessamento mucoso maxilar e etmoidal. A lesão deslocava superiormente o parênquima hipofisário alargando a sela túrcica com rechaço superior da região hipotalâmica quiasmática. Havia também abaulamento dos tecidos moles da rinofaringe obliterando sua luz e anteriormente estendia-se às porções posteriores das cavidades nasais promovendo remodelamento de alguns septos intercelulares etmoidais posteriores. Observou-se compressão dos canais ópticos, sobretudo à esquerda. Em vista de tratar-se de um processo expansivo de seio esfenoidal de etiologia desconhecida o paciente foi encaminhado ao Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) para avaliação. Ao exame otorrinolaringológico de admissão foi observada tumoração em fossa nasal esquerda com restante do exame normal. A avaliação da oftalmologia mostrou hipopigmentação difusa com áreas de atrofia iridiana, midríase média, opacificações vítreas cintilantes, palidez total da papila, escavação total e mácula normal em olho esquerdo. No olho direito observou-se papila e mácula sem alterações. A conclusão foi atrofia óptica e estrabismo divergente à esquerda. O paciente foi submetido à cirurgia endoscópica nasossinusal

em dezembro de 2000, observando-se no intra-operatório a expansão da parede anterior do seio esfenoidal até o terço médio das fossas nasais, mais importante à esquerda. Foi realizada a marsupialização por ressecção parcial da parede anterior da mucocele através de alargamento dos óstios esfenoidais. O paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, referindo melhora da cefaleia rapidamente e da acuidade visual à direita, porém sem alterações do quadro visual no olho esquerdo em relação ao pré-operatório. O paciente apresentou boa evolução clínica ao longo das revisões subsequentes e ao final de doze meses não havia sinais endoscópicos e radiológicos de recorrência da doença. A TC de seios paranasais após seis meses de pós-operatório mostrou extensa área pneumatizada em esfenóide estendendo-se às fossas nasais.

DISCUSSÃO

A mucocele apresentada neste trabalho era esfenoidal, condição rara quando se observa a frequência das mesmas dentre os diversos seios paranasais envolvidos. Conforme se encontra na literatura o paciente era do sexo masculino e pertencia à faixa etária mais comum de acometimento, geralmente quarta e quinta décadas de vida (1). Não foi encontrada associação com cirurgia prévia, nem passado de polipose nasal, todavia havia sinusite etmoidal crônica envolvida neste caso como pode acontecer em cerca de metade dos pacientes com esta doença (3, 4). Os sintomas que surgiram no paciente como obstrução nasal e cefaleia desapareceram após o tratamento o que faz pensar que a compressão direta fosse o mecanismo principal da origem das mesmas (5-7). No entanto, a perda visual melhorou apenas à direita sendo que houve lesão irreversível à esquerda. Este quadro talvez seja pela compressão indireta de origem vascular responsável pelos sintomas transitórios e reversíveis. A cefaleia que é o sinal mais precoce e constante foi um dos sintomas de abertura também neste caso e caracteristicamente retro-orbitária. O achado excepcional, segundo a literatura, é que neste caso um sinal oftalmológico, especificamente a amaurose, foi um dos sintomas que iniciou o quadro clínico (1). Apesar de outros pares cranianos (III, IV e VI) poderem estar afetados, neste paciente isto não ocorreu, nem também a exoftalmia. Também não encontramos sinais endócrinos ou de complicações intracranianas como, aliás, são infrequentes nestes casos (8, 9). Conforme descrito na literatura a mucocele adelgaçava as paredes do seio esfenoidal, preenchendo-o totalmente, porém o contraste utilizado na TC não modificava a sua densidade. Uma vez que a TC é o método de eleição para o diagnóstico e o mesmo foi definido não se considerou necessária à realização de RNM (10). A opção de tratamento cirúrgico foi de acesso trans-nasal endoscópico com abertura de

seio esfenoidal e sua completa marsupialização como se encontra descrito normalmente (11). Da mesma forma, não houve complicações importantes por ser procedimento de baixa morbidade (12). O seguimento mínimo de um ano foi respeitado e não houve recidivas neste período, porém deve ser ressaltado que estas podem ocorrer tardiamente.

COMENTÁRIOS FINAIS

A mucocele esfenoidal é uma doença rara e que por cursar insidiosamente tem diagnóstico muitas vezes tardio e cujo método diagnóstico de eleição é a tomografia computadorizada de seios paranasais com contraste. É uma doença que deve ser lembrada no diagnóstico diferencial das lesões esfenoidais pelo otorrinolaringologista. O tratamento realizado usualmente é a marsupialização e drenagem por via endoscópica nasossinusal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barat JL, Marchal JC, Bracard S, et al. Les Mucocèles du sinus sphénoïdal. *Revue de la littérature - A propos de 6 observations personnelles.* *J Neuroradiol.* 1990, 17(2):135-151.
2. Arenas LEM, Gálvez NMJ, Liesa FR, et al. Mucocele esfenoidal. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaring Esp.* 1999, 50:410-13.
3. Kessler L, Legaledec V, Dietemann JL, et al. Sphenoidal sinus mucocele after transsphenoidal surgery for acromegaly. *Neurosurg Rev.* 1999, 22(4):222-225.
4. Sabit I, Shaefer SD, Couldwell WT. Extradural Extranasal Combined Transmaxillary Transsphenoidal Approach to the Cavernous Sinus: A Minimally Invasive Microsurgical Model. *Laryngoscope.* 2000, 110(2):286-291.
5. Utz JA, Kransdorf MJ, Jelinek JS, Moser RP Jr, Berrey BH. MR appearance of fibrous dysplasia. *J Comput Assist Tomogr.* 1989, 13(5):845-851.
6. Daniilidis J, Nikolaou A, Kondopoulos V. An unusual case of sphenoid sinus mucocele with severe intracranial extension. *Rhinology.* 1992, 31:135-137.
7. Wells RG, Sty JR, Landers AD. Radiological evaluation of Potts puffy tumour. *JAMA.* 1986, 255(10):1331-1334.
8. Iloy GDM, Ophth FRC, Lund VJ et al. Radiology in focus. Optimum imaging for mucoceles. *The Journal of Laryngology and Otology.* 2000, 144:233-236.
9. Lawson W, Reino AJ. Isolated sphenoid sinus disease: an analysis of 132 cases. *Laryngoscope.* 1997, 107(12):1590-5.
10. Benninger MS, Marks S. The endoscopic management of sphenoid and ethmoid mucoceles with orbital and intranasal extension. *Rhinology.* 1995, 33(3):157-161.
11. Har-EL G. Endoscopic management of 108 sinus mucoceles. *Laryngoscope.* 2001, 111(12):2131-2134.
12. Diaz F, Latchow R, Duvall AJ, Quick CA, Erickson DL. Mucoceles with intracranial and extracranial extensions. *J Neurosurg.* 1978, 48(2):284-8.