

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

SÍNDROME DEL SENO SILENTE. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Silent Sinus Syndrome. Diagnosis and Treatment

Patricia VIVEROS-DÍEZ ; María Consolación MARTÍN-PASCUAL ; Victoria DUQUE-HOLGUERA 

Juan LOSADA-CAMPA ; Mariana GONZÁLEZ-SOSTO ; Jaime SANTOS-PÉREZ 

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

Correspondencia: patricia_viverosdiez@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN: Introducción y objetivo: El seno silente es una entidad muy poco frecuente. Descrita como enoftalmos unilateral secundario al colapso gradual y opacificación del seno maxilar sin síntomas nasosinuales. Definido por varios autores como un subgrupo de la atelectasia maxilar crónica o como su último estadio, sin embargo, en la mayor parte de estos pacientes, sí que debutarían con síntomas nasosinuales, al contrario que en el síndrome de seno silente. Su patogenia es incierta pero se cree que podría deberse a hipoventilación del seno maxilar por obstrucción del complejo osteomeatal que ocasiona remodelado óseo con retracción y disminución del volumen del seno. La sospecha es clínica, pero el diagnóstico es radiológico, gracias a los hallazgos en la TC. El tratamiento tiene como objetivo restablecer la ventilación del seno mediante la corrección de la oclusión ostial, descompresión y evacuación del contenido del seno. En pacientes con diplopía o deformidad estética importante, se podría realizar una reconstrucción quirúrgica del suelo orbitario.

Método: Presentamos los casos de tres pacientes diagnosticados de seno silente en nuestro centro. Todos ellos acudieron a consultas de ORL por asimetría facial, consistente en hundimiento orbitario unilateral. Ninguno de ellos presentaba sintomatología nasosinusal y en la exploración no se observan alteraciones en la fosa nasal.

Resultados: En todos los casos se solicitó TC ante sospecha de síndrome silente, con confirmación radiológica y posterior RMN.

Todos casos se intervinieron de cirugía endoscópica nasosinusal, realizando meatotomía maxilar amplia con drenaje del seno y uno de los casos precisó reconstrucción del suelo orbitario con Medpore.

Discusión: En los tres casos acudían por hundimiento orbitario unilateral sin presencia de otra sintomatología, característico del seno silente.

Conclusiones: A pesar de su baja frecuencia, debemos tener en cuenta la sospecha de síndrome silente ante deformidades o asimetrías faciales recientes, cuando conllevan enoftalmos o colapso maxilar unilateral. No suelen presentar otra clínica y el diagnóstico es radiológico. El tratamiento es quirúrgico, restableciendo la correcta ventilación del seno, pudiendo asociar reconstrucción del suelo orbitario en función de la clínica ocular.

PALABRAS CLAVE: síndrome de seno silente; enoftalmos; complejo osteomeatal; atelectasia crónica maxilar.

SUMMARY: Introduction and objective: Silent sinus syndrome is a rare entity. Described as unilateral enophthalmos secondary to gradual collapse and opacification of maxillary sinus without sinonasal symptoms. Defined by several authors as a subgroup of chronic maxillary atelectasis or as its last stage, however, in most of these patients, they would debut with sinonasal symptoms, unlike silent sinus syndrome. Its pathogenesis is uncertain but it is believed that it could be due to hypoventilation of the maxillary sinus attributable to obstruction of the osteomeatal complex that causes bone remodeling with retraction and decreased sinus volume. The suspicion is clinical, but the diagnosis is radiological, thanks to the CT findings. Treatment aims to restore sinus ventilation by correcting ostial occlusion, decompression, and evacuation of sinus contents. In patients with diplopia or significant aesthetic deformity, surgical reconstruction of the orbital floor could be performed.

Method: We present three different patients diagnosed with silent sinus syndrome in our center. All of them attended ENT consultations due to facial asymmetry, consisting of unilateral orbital collapse. None of them had sinonasal symptoms and no alterations in the nostril were observed on examination.

Results: In all cases, CT was requested due to suspicion of silent sinus syndrome, with radiological confirmation and subsequent MRI.

All cases underwent nasosinus endoscopic surgery, performing wide maxillary meatotomy with sinus drainage and one of the cases required reconstruction of the orbital floor with Medpore.

Discussion: In all cases, they attended due to unilateral orbital sinking without the presence of other symptoms, characteristic of the silent sinus

Conclusions: Despite its low frequency, we must take into account the suspicion of silent sinus syndrome in recent facial deformities or asymmetries, when they entail enophthalmos or unilateral maxillary collapse. They do not usually present other symptoms and the diagnosis is radiological. The treatment is surgical, reestablishing the correct ventilation of the sinus, being able to associate reconstruction of the orbital floor depending on the ocular symptoms.

KEYWORDS: silent sinus syndrome; enophthalmos; ostiomeatal complex; chronic maxillary atelectasis.