

Nombre:	Enrique
Apellido:	Álvarez Arranz
Otros Autores:	Diego Solís Gutierrez, Helena Esteban Cuesta, M ^a Cristina Puebla Macarrón, Diego Edgardo Dotti Gonzalez, Ramón Ortiz Gimenez
E-mail:	kikealvarez86@gmail.com
Hospital:	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Ciudad:	Zaragoza
Título:	Diplopia y enoftalmos agudos: Síndrome del seno silente
Presentación:	Mujer de 35 años gestante a término, sin antecedentes patológicos, que acude a Urgencias por cefalea hemicraneal izquierda refractaria a tratamiento analgésico y diplopia. En la exploración física se objetivó enoftalmos izquierdo con asimetría palpebral. Se realizó TC craneofacial con reconstrucciones multiplanares, evidenciándose ocupación y colapso del seno maxilar izquierdo, adelgazamiento/osteolisis de las paredes del seno, tracción del proceso uncinado y desplazamiento inferior del suelo de la órbita y su contenido. Se diagnosticó de síndrome del seno silente y se realizó una antrostomía maxilar izquierda ampliada, mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS), con resultado clínico satisfactorio.
Discusión :	<p>El síndrome del seno silente es una atelectasia unilateral espontánea del seno maxilar producida por una obstrucción del infundíbulo maxilar que produce presión negativa intrasinusal y colapso del seno.</p> <p>Forma de presentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asimetría facial indolora por enoftalmos de instauración rápida frecuentemente asociado a retracción del párpado superior, lagofthalmos o depresión malar. - Diplopia - Ausencia de antecedente traumático o enfermedad crónica nasosinusal,. <p>Existen otras causas de enoftalmos como el síndrome de Parry-Romberg o la esclerodermia lineal, pero la combinación de enoftalmos, hipoglobo y diplopia se considera patognomónica de esta entidad y la TC permite confirmar el diagnóstico y planificar la cirugía de reconstrucción.</p> <p>Hallazgos radiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retracción de las paredes del seno maxilar hacia el lumen, ocasionando disminución de su volumen con expansión secundaria de la cavidad orbitaria y meato medio. - Obstrucción infundibular por la apófisis unciforme del hueso etmoides, a menudo desplazada lateralmente, impidiendo el drenaje de secreciones. - Adelgazamiento/resorción ósea de las paredes del seno. - Engrosamiento óseo focal. - Aumento del contenido graso en las fosas pterigopalatina e infratemporal.
Conclusión:	La aparición brusca de diplopia y enoftalmos requiere la realización de TC facial para confirmar la sospecha clínica de síndrome del "seno silente" y planificar el tratamiento.
Bibliografía:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Illner A, Davidson HC, Harnsberger HR, Hoffman J. The silent sinus syndrome: clinical and radiographic findings. AJR Am J Roentgenol 2002;178:503–5. 2. Rose GE, Sandy C, Hallberg L, Moseley I. Clinical and radiologic characteristics of the imploding antrum, or "silent sinus," syndrome. Ophthalmology

	<p>2003;110:811–818.</p> <p>3. Hourany R, Ayyun N, Della Santina C, Zinreich SJ. Silent Sinus Syndrome: An Acquired Condition. <i>AJNR Am J Neuroradiol</i> 2005, 26:2390–2392.</p>
Pie de foto:	<p>A la izquierda de la imagen, se presentan reconstrucciones coronales con ventana de partes blandas y con ventana de hueso (imagen inferior) y a la derecha imágenes axiales con ventana ósea a nivel de los senos maxilares. Se aprecia: Ocupación y colapso del seno maxilar izquierdo (círculo). Adelgazamiento/osteolisis de las paredes del seno (línea de puntos). Tracción del proceso uncinado (flecha). Desplazamiento inferior del suelo de la órbita y su contenido (flecha de puntos). Aumento del contenido graso en las fosas pterigopalatina e infratemporal (*).</p>