

Rinólito: relato de caso e revisão de literatura

Rhinolith: a case report and literature review

Heráclio Villar R. Cavalcanti¹, Giordania Gomes Campos², Tatiana Silveira Velasco², Polliana Ferraz Rego², Alencar Polimeni Benetti³

Palavras-chave: rinólito, sinusite crônica, obstrução nasal, rinorréia unilateral.
Key words: rhinolith, chronic sinusitis, nasal obstruction, unilateral rhinorrhea.

Resumo / Summary

Os autores relatam um caso de obstrução nasal unilateral, rinorréia purulenta e infecção crônica em um mulher de 57 anos causada por rinólito. A patologia mais frequentemente encontrada em associação com rinolitíase é a sinusite crônica. A rinolitíase é uma concreção calcária estratificada visível ao exame radiológico. O rinólito pode ser um achado acidental em alguns pacientes. Rinólitos são raros e podem ter várias apresentações clínicas. O tratamento de escolha é remoção cirúrgica. Um alto índice de suspeição é necessário para o correto diagnóstico.

The authors report one case of a 57-year-old woman who for many years had a unilateral nasal obstruction; purulent rhinorrhea and chronic infection both caused by rhinolithiasis. The disease most frequently seen in association with rhinolithiasis is chronic sinusitis. The rhinolithiasis is a calcareous concretion formed in layers visible by X-rays. The rhinolith was discovered incidentally in some patients. Rhinoliths are rare and can have various clinical presentations. The treatment of choice is surgical removal. A high index of suspicion is required for the diagnosis of such a forgotten entity.

¹ Staff da Clínica de Otorrinolaringologia do HGB.

² Residentes do 3º ano da Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB – Rio de Janeiro).

³ Chefe da Clínica de Otorrinolaringologia do HGB.

Instituição: Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital Geral de Bonsucesso – Rio de Janeiro.

Endereço para Correspondência: Dra. Giordania Gomes Campos – Rua José Higino, nº 30 Tijuca Rio de Janeiro 20520-200

Tel (0xx21) 2238-4493 – Fax: (0xx21) 2572-6513

Artigo recebido em 26 de março de 2003. Artigo aceito em 05 de junho de 2003.

INTRODUÇÃO

A rinolitíase é uma infecção rara que se caracteriza pela presença na fossa nasal de concreções calcáreas depositadas progressivamente ao redor de um corpo estranho não diagnosticado¹⁻³. Participam do processo de calcificação fatores físico-químicos e mecânicos (alterações do pH, supersaturação e estase de secreções, alterações do fluxo aéreo, infecção e inflamação).⁴

Muitas crianças têm o hábito de colocar pequenos objetos na cavidade nasal, provocando obstrução e rinorréia.⁵ Estes corpos estranhos podem ser de origem mais freqüentemente exógena, tais como vegetais, metais, materiais plásticos, etc. ou de origem endógena mais raramente, tais como muco, dentes, coágulos, etc.

À medida em que o rinolito aumenta de volume, surgem fenômenos de obstrução nasal e rinorréia purulenta, por vezes acompanhada de epistaxes, fetidez, cefaléia, etc.^{6,7}. A rinorréia purulenta fétida unilateral é patognomônica de corpo estranho nasal até que se prove o contrário.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de rinolito em uma mulher adulta atendida em nosso serviço e fazer uma breve revisão de literatura.

RELATO DE CASO

MJS, feminina, 57 anos, natural de Niterói, RJ, foi atendida em nosso serviço com queixa de obstrução nasal a esquerda, dispnéia, cacosmia e rinorréia purulenta à esquerda há vários anos. A paciente relatava vários tratamentos anteriores para sinusite (sic). HPP: Na infância, por volta dos 7 anos de idade, a paciente dizia ter sido levada por diversas vezes ao Pronto Atendimento devido a presença de rinorréia bilateral sendo efetuado tentativa de remoção de corpo estranho nasal, sem sucesso. Naquela época, foi indicada remoção cirúrgica sob anestesia geral, que foi negada pela família.

A rinoscopia anterior revelou rinorréia purulenta à esquerda e visualização de massa acinzentada. A endoscopia nasal, além da referida rinorréia, evidenciou massa amorfa, de consistência endurecida na topografia de meato inferior próximo às áreas 4 e 5 de Cottle e demais estruturas visualizadas sem alterações.

Foi solicitado de imediato exame tomográfico dos seios paranasais como consta da rotina do serviço.

A tomografia computadorizada revelou presença de imagem com densidade cálcica no terço posterior da fossa nasal esquerda e seios paranasais normotransparentes. (Figuras 1 e 2).

Diante dos resultados obtidos confirmamos nossa hipótese diagnóstica de rinolito, sendo então indicada exérese cirúrgica. Realizada por via endoscópica. (Figuras 3 e 4)

Após 2 meses de acompanhamento clínico ambulatorial, foi realizada endoscopia nasal de aspecto normal. A paciente encontra-se assintomática até o presente momento. (Figura 5)

DISCUSSÃO

O rinolito se desenvolve na luz da fossa nasal a partir de um núcleo cuja origem é exógena ou endógena. Ao redor deste núcleo produz-se processo inflamatório e supuração provocando o enclausuramento do corpo estranho.

Os rinolitos são geralmente unilaterais, porém não necessariamente únicos; de coloração cinza ou negra, mais ou menos arredondados, com irregularidade de superfície que lhe conferem aspecto coraliforme. Seu tamanho e peso são variáveis. A composição é variável: fosfato de cálcio, compostos orgânicos, carbonato de cálcio, fosfato de magnésio e água. E sofre influência das condições de vida do paciente como, por exemplo, da composição do ar inalado e da poluição ambiental; e da natureza do corpo estranho.

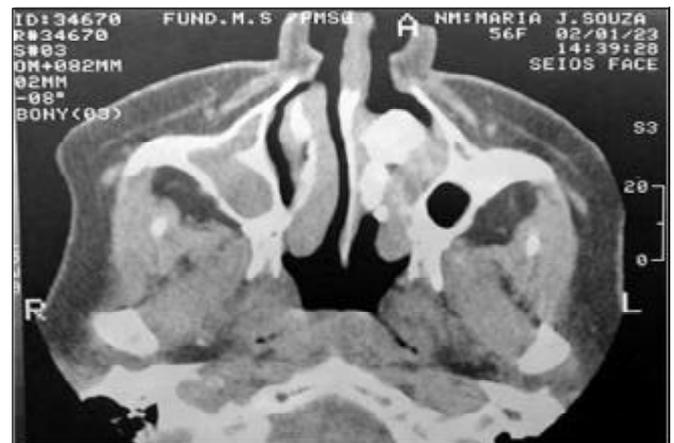


Figura 1. TC pré-operatória corte coronal: material de densidade cálcica no meato inferior da fossa nasal esquerda.



Figura 2. TC pré-operatória corte axial: material de densidade cálcica ocupando o terço posterior da fossa nasal esquerda.



Figura 3. Intra-operatório: rinolito de cor acinzentada envolto em mucosa polipóide sangrante ao toque.



Figura 4. Rinolito após remoção.

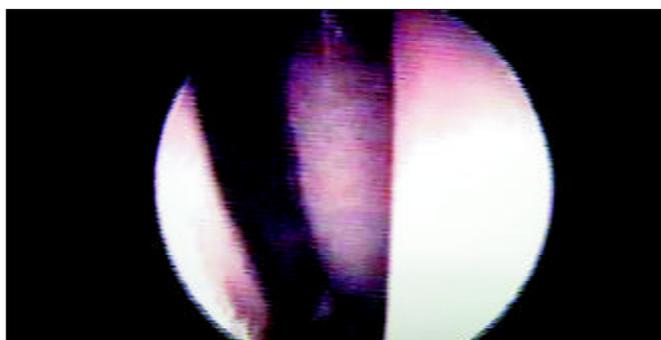


Figura 5. 2º mês de pós-operatório – fossa nasal de aspecto normal.

O diagnóstico é realizado por intermédio da rinoscopia anterior, podendo muitas vezes induzir a erros, pois o rinolito banhado em exsudatos purulentos e recoberto de brotos mucosos vegetantes e congestos, poderá simular seqüestro de natureza sifilítica, tumor maligno ou sinusite fúngica. Às vezes o rinolito pode ser assintomático, sendo encontrado em exames complementares de rotina^{8,9}. Podem ser diagnosticados através das suas complicações como, por exemplo, perfuração septal, ulcerações na mucosa nasal, osteomielite dos ossos nasais e/ou sinéquias mucosas.

Os principais diagnósticos diferenciais são feitos com lesões osteogênicas ou odontogênicas. É necessário descartar as seguintes afecções: osteoma, granuloma, seqüestro de osteomielite, carcinoma, condrossarcoma e osteossarcoma.

O rinolitos são comuns em pacientes pediátricos¹⁰, ao passo que corpos estranhos nasais são frequentemente encontrados em crianças. Na maioria das vezes as crianças omitem a introdução de corpos estranhos no nariz, temendo uma repressão dos familiares. Dessa forma, há uma maior possibilidade destes corpos estranhos virem a se transformar em rinolitos nos adultos.

O tratamento se baseia na remoção do rinolito. A indicação de remoção cirúrgica sob anestesia geral é reservada para rinolitos de grande volume ou quando é necessária a reparação de uma fístula oro-nasal.

Como complicação da cirurgia temos as ulcerações do epitélio nasal que evoluem para a cicatrização completa e a formação de sinéquias entre o corneto e o septo nasal¹¹.

O diagnóstico do caso em questão foi facilitado pela história clínica, exame otorrinolaringológico minucioso e exames complementares.

CONCLUSÃO

A rinolitíase é uma patologia rara que pode ter várias formas de apresentação. Um alto índice de suspeição clínica é necessário para o diagnóstico, como também a utilização de exames radiológicos. O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davy-Chédauté F, Jézéquel JA. In: Encyclopedie Medico Chirurgicale. Edição 2000; Paris: Ed. Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. p. 20-390-A-101-5.
2. Moulounguet L, Brette M D, Monteil JP. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1995; 112(8):406-9.
3. Celikkanat S, Turgut S, Ozcan I, Balyan FR, Ozden C. Rhinolithiasis. Rhinology 1997 Mar; 35(1):39-40.
4. Aguayo V, Martín A, Soto C, Araceli I. Rinolithiasis: presentación de un caso. Rev Méd IMSS mayo-jun 1996; 34(3):207-9.
5. Endo LH, Montenegro MCS. Tratado de Otorrinolaringologia. V. 3. 1ª ed. Editora Rocca; 2003:175-80.
6. Hungria H. Otorrinolaringologia. 8ª ed. Editora Guanabara Koogan; 2000:79-85.
7. Balatsouras D, Eliopoulos P, Kaberos A, Economou C. Rhinolithiasis: an unusual cause of nasal obstruction. Rhinology 2002 Sep; 40(3):162-4.
8. Royal AS, Gardner RE. Rhinolithiasis: an unusual pediatric nasal mass. Pediatr Radiol 1998 Jan; 28(1):54-5.
9. Kharoubi S. Rhinolithiasis associated with septal perforation. A case report. Acta Otorhinolaryngol Belg 1998; 52(3):241-5.
10. Hadi U, Ghossaini S, Zaytoun G. Rhinolithiasis: a forgotten entity. Otolaryngol Head Neck Surg 2002 Jan; 126(1):48-51.
11. Brown WBS, Ballantyne J, Groves J. Diseases of Ear, Nose and Throat, Volume 1, 2ª Ed. London: Editora Butterworths; 1965.