

SINUSITE RECORRENTE DE CAUSA INCOMUM

CHRONIC RECURRENT SINUSITIS OF RARE ETIOLOGY

Roberto Campos Meirelles, TCBC-RJ¹
Ciríaco Cristóvão Tavares Atherino, TCBC-RJ²

INTRODUÇÃO

A presença de tecido orgânico ectópico no seio maxilar pode ocorrer após trauma com fraturas das suas paredes, sendo comum encontrar gordura orbital, sangue, osso ou cartilagem. O diagnóstico é feito por tomografia computadorizada, ressonância magnética ou endoscopia sinusal. Na maioria das vezes, o defeito é reparado no momento ou alguns dias após o acidente.

Pacientes com fraturas de assoalho orbitário não tratadas podem apresentar herniação da gordura orbitária para o seio maxilar ou para as células etmoidais e desenvolver complicações tardias como enoftalmia e diplopia.¹ Apresentamos um caso com evolução atípica, de paciente com fratura de assoalho de órbita, com episódios recorrentes de sinusite aguda.

RELATO DO CASO

RD, 27 anos, cor branca, sexo masculino, comerciante, natural do Rio de Janeiro.

História de cefaléia há anos, permanente, de localização orbitária e geniana à esquerda, com episódios repetidos de rinorréia, desde coriza clara até aspecto francamente purulento, quando, então, piorava a dor. Referiu também odor desagradável no nariz, mau hálito e obstrução nasal. Fez diversos tratamentos prévios para sinusite, com antimicrobianos (amoxicilina, sulfametoxazol + trimetropin, cefaclor e lincomicina), com melhora temporária, porém sem resultado de cura.

Passado de viroses comuns da infância; pneumonia aos 5 anos; adenoamigdalectomia aos 6; postectomia aos 12; acidente automobilístico com fratura na face aos 15, tratada de forma conservadora, sem qualquer intervenção cirúrgica; tratamento estético facial sob anestesia geral, aos 21 anos.

No exame otorrinolaringológico notou-se apenas mucosa de fossa nasal esquerda levemente hiperemiada, na altura da concha média. Linfonodos jugulocarotídeos palpáveis, indolores e móveis à esquerda.

Apresentou seis exames radiográficos prévios, todos com velamento difuso do seio maxilar esquerdo. Em um deles, notava-se velamento etmoidal e frontal esquerdos. Realizou-se tomografia computadorizada dos seios paranasais em momento no qual não havia indícios clínicos de infecção aguda (Figura 1). O paciente não tolerou a posição para cortes coronais.

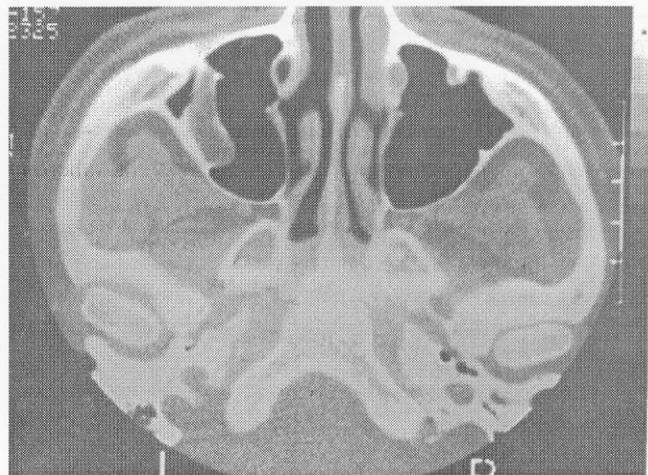


Figura 1 – Tomografia em corte axial com massa pediculada herniada para o interior do seio maxilar

Procedeu-se ao exame endoscópico do seio maxilar esquerdo, através de punção na fossa canina, sob anestesia local, com óticas de 0° e 30°, 4mm. Observou-se massa amare-

1. Professor Adjunto e Coordenador da Disciplina de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. Doutor em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina da USP. Médico do Serviço de Otorrinolaringologia da Policlínica de Botafogo.
2. Diretor da Seção de Otorrinolaringologia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Professor Assistente da Disciplina de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ e da PUC. Pós-Graduando em Otorrinolaringologia do Hospital de Ipanema, MS-RJ.

Recebido em 5/3/99

Aceito para publicação em 26/7/99

Trabalho realizado na Disciplina de Otorrinolaringologia – Faculdade de Ciências Médicas do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

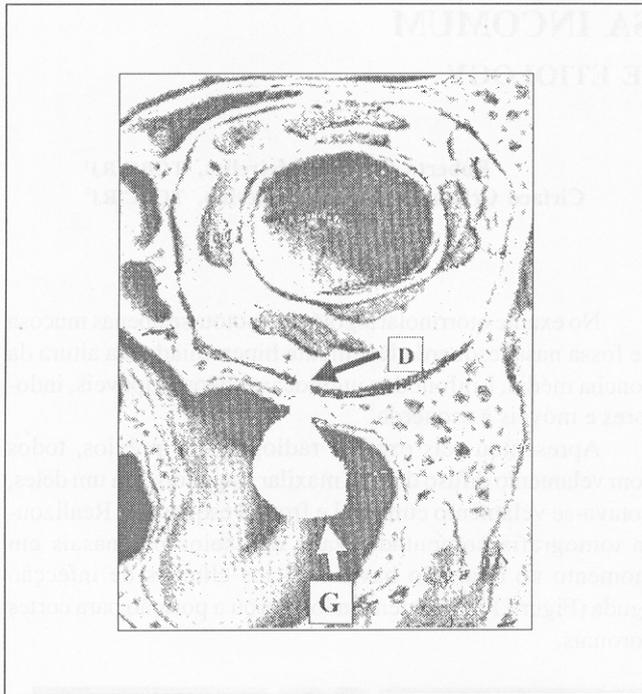


Figura 2 – Esquema mostrando a gordura (G) herniada para o interior do seio maxilar, proveniente da cavidade orbitária através de área de deiscência (D)

lada, lisa, mole, não sangrante, originária da parede superior do seio. Mucosa sinusal hiperemiada e algo espessada. Orifício de drenagem do seio permeável. Volume mínimo de secreção catarral no assoalho do mesmo. Retirados pequenos fragmentos da massa e da mucosa sinusal, para exame patológico. Foram feitas culturas da secreção para germes piogênicos, tuberculose e fungos.

O exame anatomopatológico revelou tecido adiposo, com processo inflamatório crônico inespecífico na mucosa. As culturas foram negativas.

DISCUSSÃO

A presença de deiscências naturais pode ocorrer espontaneamente, conforme verificado nas tomografias computadorizadas das células etmoidais de seis pacientes, do total de

783, cujo achado principal consistiu de protrusão da gordura orbitária através de falha no etmóide anterior.² No caso em questão, tratava-se de gordura orbitária, que herniou para o seio maxilar (Figura 2) e funcionou como corpo estranho e meio de cultura, favorecendo processos infecciosos de repetição. O paciente tinha história de trauma e fratura da face, a qual supõe-se ser provavelmente no assoalho da órbita, embora não se tivesse acesso aos exames realizados no momento do acidente.

Há alguns anos atrás, o exame clínico e a radiografia freqüentemente não permitiam o diagnóstico completo de muitas fraturas infra-orbitárias, com prolapso de gordura ou ar no maxilar ou nas células etmoidais.³ A evolução dos casos revelava atrofia ou deslocamento da gordura orbital para o seio paranasal, levando à enoftalmia tardia. A tomografia helicoidal não distinguia entre sangue e tecido mole no interior do seio. A tomografia computadorizada, então embrionária, mostrava ser melhor na distinção entre ar, sangue, tecido mole e osso.³ Atualmente, a gordura é melhor vista pela ressonância magnética.⁴

No caso do paciente, houve consolidação óssea secundária da fratura ocorrida há vários anos. O tratamento estético facial sob anestesia geral constou de manipulações repetidas com forte atrito na pele, facilitando, provavelmente, o afastamento das bordas fraturadas e a invaginação da gordura para o seio maxilar. As infecções freqüentes fizeram-no procurar tratamento otorrinolaringológico.

A sinusoscopia pós-operatória realizada em pacientes com fratura do terço médio da face, em até trinta dias, mostrou alteração crônica inflamatória da mucosa, pólipos, mucocele, sinéquias, prolapso da gordura orbital e osteoma. Foi adotada conduta expectante porque os pacientes estavam assintomáticos.⁵

A endoscopia nasal realizada no paciente em questão não mostrou obstrução meatal que pudesse explicar as sinusites repetidas. Partiu-se, então para a endoscopia sinusal, que foi fundamental na conclusão diagnóstica.

Realizou-se a cirurgia com retirada da gordura e recomposição do defeito no teto do seio, visível na cirurgia, através de osteossíntese por via externa, com incisão estética no rebordo orbitário inferior. Evolução pós-operatória boa, atualmente com dois anos e meio sem recidivas.

ABSTRACT

The authors present a case of chronic recurrent sinusitis of rare etiology in a man submitted previously to a facial peeling. The computed tomography and the sinusal endoscopy revealed periorbital fat in the maxillary sinus. There was a history of old orbital floor fracture.

Key Words: Foreign body; Chronic sinusitis; Maxillary antrostomy.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira JC, Ramos RR, Gomes Filho WR, et al – Indications of exploration and repair of the orbital floor in fractures of the maxillozygomatic complex. *Rev Assoc Med Bras* 1994;40 (3): 207-10.
2. Moulin G, Dessi P, Chagnaud C, et al – Dehiscence of the lamina papyracea of the ethmoid bone: CT findings. *Am J Neuroradiol* 1994;15(1):151-3.
3. Moos KF, Le May M, Ord RA – Investigation and management of orbital trauma. *Int J Oral Surg* 1981;10:229-34.
4. Tonami H, Yamamoto I, Matsuda M, et al – Orbital fractures: surface coil MR imaging. *Radiology* 1993;79(3):789-94.
5. Kreider JF, Koch H – Endoscopic findings of maxillary sinus after middle face fractures. *J Maxillafac Surg* 1975;3(1):10-4

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Roberto Campos Meirelles
 Av. Pasteur, 72
 22290-240 – Rio de Janeiro – RJ
 E-mail: meirelles@radnet.com.br