

Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas

A.C.N. NASSIF FILHO, S.G. BETTEGA, S. LUNEDO, J.E. MAESTRI, F. GORTZ

Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, PR.

RESUMO – A prevalência de pacientes viciados em cocaína e/ou crack parece estar aumentando; portanto, o médico deve estar preparado para diagnosticar o uso de drogas.

OBJETIVOS. Determinar se existem sinais típicos de uso de cocaína e/ou crack no trato respiratório superior ou na orofaringe em exame otorrinolaringológico comum. Orientar o médico no diagnóstico dos pacientes viciados nessas drogas.

MÉTODOS. Foram estudados 18 pacientes viciados em cocaína e/ou crack, que estavam internados em clínica psiquiátrica, através de anamnese e exame otorrinolaringológico simples (rinoscopia anterior e orofaringoscopia).

RESULTADOS. Foi impossível estabelecer uma correlação entre o tempo de uso, quantidade e frequência no uso das drogas quanto aos sintomas e exame otorrinolaringológico.

CONCLUSÃO. Devido à inespecificidade no exame otorrinolaringológico do paciente viciado em cocaína e/ou crack, é necessário que o médico suspeite do abuso de drogas na história clínica; caso contrário, poderá não realizar este importante diagnóstico.

UNITERMOS: Toxicologia. Cocaína. Otorrinolaringologia

INTRODUÇÃO

A cocaína é uma substância natural extraída da coca. Em épocas passadas, foi largamente usada como anestésico tópico em cirurgias oftalmológicas e otorrinolaringológicas, possuindo propriedades vasoconstritoras. Chega ao consumidor nas formas de um sal – cloridrato de cocaína – que pode ser aspirado ou, dissolvido em água, ser usado por via endovenosa. Há ainda a pasta de coca, que é um produto grosseiro, obtido nas primeiras fases de preparação; contém muitas impurezas e é fumada – método pouco utilizado pelos dependentes da droga. As formas de uso da cocaína são, portanto: 1) aspirada (cujos efeitos começam em torno de três minutos); 2) injetada (seus efeitos iniciam-se em aproximadamente um minuto e meio); e 3) fumada (os efeitos demoram apenas alguns segundos para acontecer). A sua ação mais óbvia ocorre no sistema nervoso central, através de um bloqueio da recaptação da dopamina na fenda sináptica: sensações intensas de prazer, euforia e poder, diminuição da necessidade de sono, aumento das sensações sexuais, redução do apetite, estado de hiperatividade com aceleração do pulso, aumento do ritmo respiratório, febre, hipertensão arterial, tremor nas mãos e agitação psicomotora.

O crack é um subproduto da cocaína. É obtido a partir da pasta de coca acrescida do bicarbonato de

sódio, sendo comercializado na forma de pequenas pedras porosas. Fumado em pequenos cachimbos de fabricação caseira ou através da inalação do seu vapor, produz um efeito de frenética euforia e intensa excitação, sendo que uma pedra não rende mais do que duas horas de euforia. Seu início de ação se faz em aproximadamente oito segundos. Quando a pedra se esgota, sobrevem a exaustão e o usuário entra em sono profundo. Sendo uma droga de uso muito simples e muito barata, facilita o acesso à crianças de camadas pobres da população. O crack é mais potente e prejudicial do que a cocaína inalada ou injetada.

Na prática médica tem-se observado um aumento crescente na incidência de pacientes dependentes de drogas, a despeito das constantes campanhas publicitárias que visam coibir o seu uso. A cocaína e o crack são drogas que lesionam uma grande área do trato aerodigestivo superior, abrangendo a mucosa nasal, o septo nasal, os cornetos, a faringe, a mucosa oral, a laringe e, até mesmo, a região superior do esôfago. Isso ocorre devido não apenas aos seus efeitos irritativo e vasoconstritor, mas também porque a inalação de gases quentes em uma mucosa anestesiada pode levar a uma queimadura. Além disso, diversas substâncias que fazem parte dos frascos usados para aquecer o crack – como tinta, material plástico, restos no recipiente e outros – são inaladas, podendo ocasionar lesões às mucosas oronasais.

O diagnóstico das lesões causadas pela cocaína e pelo crack não é fácil. As dificuldades começam a partir da história, que comumente é confusa ou incoerente, pois o paciente, na grande maioria dos casos, omite o uso da substância. A sintomatologia é inespecífica. Na literatura, encontram-se vários relatos em que os pacientes apresentam um quadro clínico que mimetiza uma série de outras patologias, como a granulomatose de Wegener, infecções por fungos e bactérias, linfoma nasossinusal, traumatismos, desordens neurológicas, etc.

PACIENTES E MÉTODOS

O estudo foi realizado em pacientes internados no mês de março de 1999 no Hospital Pinel, em Curitiba, que além do atendimento às diversas patologias psiquiátricas, presta cuidados médicos à pacientes dependentes de drogas e álcool. Os pacientes foram selecionados dentre os internados de maneira inteiramente aleatória. Todos estavam internados sob regime integral, com o fim específico de deixarem o abuso de cocaína e/ou crack. Todos os pacientes foram submetidos a um questionário e a um exame clínico.

Eles eram questionados quanto ao tempo de uso da cocaína e/ou crack, quanto à quantidade de droga que o paciente costumava utilizar, quanto à frequência no seu uso e há quanto tempo ele a utilizava pela última vez. Os pacientes dependentes de cocaína eram, ainda, questionados quanto à forma no seu uso (fumada, aspirada ou injetada endovenosamente); se fosse na forma aspirada, o paciente era questionado se ele preferia usar algum lado do nariz para fazê-lo. Por fim, os pacientes eram estimulados a responder positiva ou negativamente se apresentavam os seguintes sintomas, na época em que utilizavam a droga: voz anasalada, dor de garganta, obstrução nasal, rinorréia, sangramento nasal, disфония, disfagia, tosse, globus faríngeo, perda de olfato e perda do paladar.

O exame consistiu em orofaringoscopia e rinoscopia anterior com espéculo nasal, no qual se utilizou um fotóforo. Na rinoscopia anterior, o examinador determinava: 1) a coloração da mucosa (normal, empalidecida ou hiperemiada); 2) edema (presente ou ausente); 3) secreção (ausente, serosa, mucopurulenta ou crostosa); 4) desvio de septo nasal (à direita, à esquerda ou sem desvio); e 5) o aspecto do corneto inferior (normal, hipertrófico ou atrófico).

RESULTADOS

Os autores pesquisaram as repercussões otorrinolaringológicas da cocaína e/ou crack em 18

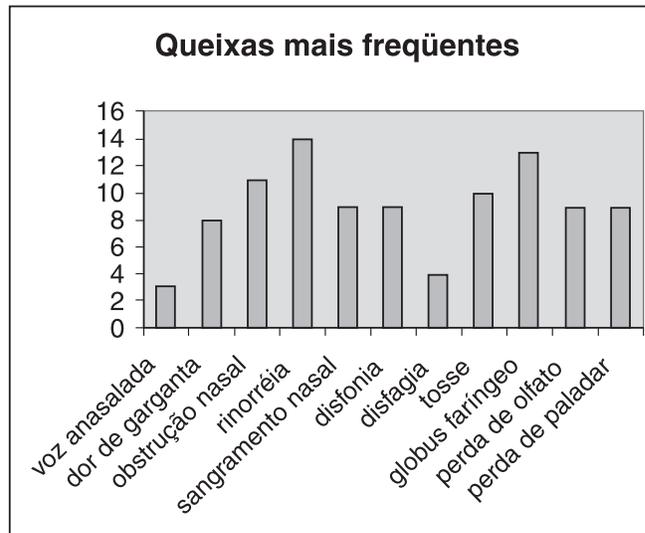


Fig. 1 - *Freqüência das queixas em 18 pacientes viciados em cocaína e/ou crack.*

pacientes, cuja idade variou entre 17 e 37 anos, sendo, em média, de 25,1 anos. Doze pacientes eram viciados em cocaína e crack; quatro, em cocaína; e dois pacientes faziam o abuso do crack isoladamente. Portanto, 16 pacientes eram viciados em cocaína e 14 em crack. Percebeu-se que os pacientes que afirmavam ter feito o abuso de ambas as substâncias não as utilizavam em associação. A grande maioria substituíra a cocaína pelo crack, devido ao seu menor custo ou em decorrência dos efeitos mais pronunciados do crack no usuário.

Os pacientes viciados em cocaína afirmaram fazer o uso diário de cerca de 3,8 gramas, em média, com variação de 1 a 10 gramas por dia. Todos a utilizavam na forma aspirada e nenhum o fazia endovenosamente ou fumando-a. Em relação à frequência no seu uso, 13 pacientes (81,3%) afirmavam utilizar a cocaína todos os dias, e o restante, três pacientes (18,7%), a utilizavam numa frequência igual ou maior que quatro vezes por semana. A frequência no uso do crack era semelhante: dos 14 pacientes viciados nesta droga, 11 (78,6%) a utilizavam todos os dias e os três pacientes restantes (21,4%) afirmaram utilizá-la numa frequência de cerca de cinco vezes por semana. A quantidade variou de 1 a 15 gramas, sendo, em média, de 5,2 gramas de crack por dia.

Dos 18 pacientes viciados em cocaína e/ou crack, responderam afirmativamente para os sintomas: (Fig. 1)

- voz anasalada: três pacientes (16,7%);
- dor de garganta: oito pacientes (44,4%);
- obstrução nasal: 11 pacientes (61,1%);
- rinorréia: 14 pacientes (77,8%);
- sangramento nasal: nove pacientes (50%);

Tabela 1 – Quanto ao tempo de uso da cocaína:

	Obstrução nasal		Rinorréia	
	Sim	Não	Sim	Não
A	3	2	4	1
B	5	2	6	1
C	2	2	4	-

A) Até 2 anos (5 pacientes)
 B) De 2 a 6 anos (7 pacientes)
 C) Mais de 6 anos (4 pacientes)
 Total: 16 pacientes

Tabela 2 – Quanto à quantidade de cocaína que o paciente costumava utilizar:

	Obstrução nasal		Rinorréia	
	Sim	Não	Sim	Não
A	3	4	6	1
B	2	2	4	-
C	5	-	4	1

A) Até 2 gramas/dia (7 pacientes)
 B) De 2,1 a 4 gramas/dia (4 pacientes)
 C) Mais que 4 gramas/dia (5 pacientes)
 Total: 16 pacientes

- disфонia: nove pacientes (50%);
- disfagia: quatro pacientes (22,2%);
- tosse: 10 pacientes (55,5%);
- globus faríngeo: 13 pacientes (72,2%);
- perda de olfato: nove pacientes (50%);
- perda do paladar: nove pacientes (50%).

À orofaringoscopia, houve o achado de hipertrofia amigdaliana de graus variados em quatro pacientes (22,2%). Nos demais 14 pacientes (77,8%), a orofaringe revelou-se sem quaisquer alterações.

À rinoscopia, os seguintes achados foram encontrados (sendo aqui contabilizados somente os resultados dos pacientes viciados em cocaína; 16 pacientes, no total):

Coloração da mucosa:

- * NORMAL em três pacientes (18,75%)
- * HIPEREMIA em sete pacientes (43,75%)
- * EMPALDECIDA em seis pacientes (37,5%)

Edema:

- * PRESENTE em 10 pacientes (62,5%)
- * AUSENTE em seis pacientes (37,5%)

Secreção:

- * MUCOPURULENTE em dois pacientes (12,5%)
- * CROSTOSA em cinco pacientes (31,25%)
- * SEROSA em dois pacientes (12,5%)
- * AUSENTE em sete pacientes (43,75%)

Septo nasal:

- * DESVIO À DIREITA em seis pacientes (37,5%)
- * DESVIO À ESQUERDA em quatro pacientes (25%)
- * NORMAL em seis pacientes (37,5%)

Aspecto do corneto inferior:

* HIPERTRÓFICO BILATERAL em oito pacientes (50%)

* HIPERTRÓFICO UNILATERAL em três pacientes (18,75%)

* ATRÓFICO em nenhum paciente

* NORMAL em cinco pacientes (31,25%)

Nenhum paciente foi considerado como “normal” para todos os critérios adotados. Em um paciente foi descrito um achado de neovascularização do terço médio do septo nasal.

Os pacientes também foram questionados se preferiam algum lado do nariz para aspirar a cocaína ou se utilizavam ambos os lados. Esse dado foi correlacionado com a descrição do septo nasal. Os resultados foram os seguintes: 12 pacientes (75%) utilizavam o lado oposto ao desvio septal ou ambos os lados quando este era normal, três pacientes (18,75%) afirmaram aspirar a cocaína por ambos os lados, mas apresentaram desvio septal à rinoscopia, dois pacientes (12,5%) preferiam utilizar um dos lados do nariz, mesmo apresentando um septo normal ao exame e um paciente (6,25%) utilizava apenas um lado do nariz para aspirar a cocaína; paradoxalmente, o septo nasal foi descrito como desviado para esse mesmo lado.

DISCUSSÃO

Observou-se uma sintomatologia bastante exuberante, entretanto, inespecífica entre os viciados em cocaína e/ou crack. Além disso, a rinoscopia anterior demonstrou que, na maioria dos casos, há uma anormalidade da cavidade nasal; todavia, o aspecto da mucosa é, igualmente, inespecífico.

Os dezesseis pacientes viciados em cocaína foram divididos em subgrupos e correlacionados aos dois sintomas nasais mais frequentes: obstrução nasal e rinorréia. (Tabelas 1 e 2)

Nota-se que não é possível correlacionar o tempo de uso e nem a quantidade de cocaína utilizada com a sintomatologia. Isso foi verificado não apenas em relação à obstrução nasal e à rinorréia, como também em relação aos outros sintomas arrolados no questionário.

Posteriormente, os pacientes viciados em cocaína foram subdivididos e comparados aos achados da **rinoscopia**:

Não se encontrou especificidade entre a exposição à droga e a rinoscopia anterior, como se pode observar nas Tabelas 3, 4 e 5.

A proporção de pacientes com desvio de septo nos pacientes viciados em cocaína está elevada em relação à população em geral. Dos 16 pacientes, 10 (62,5%) apresentaram desvio de septo. Os autores

Tabela 3 – Quanto ao tempo de uso da cocaína:

	Mucosa			Secreção				Edema		Corneto inf.		
	Hiperemia	Palidez	Normal	Mucopurulenta	Crostosa	Serosa	Ausente	Presente	Ausente	Hipertrofia bilateral	Hipertrofia unilateral	Normal
A	2	2	1	-	-	-	5	3	2	5	-	-
B	3	2	2	1	3	2	1	4	3	1	2	4
C	2	2	-	1	2	-	1	3	1	2	1	1

A) Até 2 anos (5 pacientes)
 B) De 2 a 6 anos (7 pacientes)
 C) Mais de 6 anos (4 pacientes)
 Total: 16 pacientes

Tabela 4 – Quanto à quantidade de cocaína que o paciente costumava utilizar:

	Mucosa			Secreção				Edema		Corneto inf.		
	Hiperemia	Palidez	Normal	Mucopurulenta	Crostosa	Serosa	Ausente	Presente	Ausente	Hipertrofia bilateral	Hipertrofia unilateral	Normal
A	3	3	1	1	3	0	3	4	3	4	2	1
B	1	3	0	0	1	2	1	3	1	1	1	2
C	3	0	2	1	1	0	3	3	2	3	0	2

A) Até 2 gramas/dia (7 pacientes)
 B) De 2,1 a 4 gramas/dia (4 pacientes)
 C) Mais que 4 gramas/dia (5 pacientes)
 Total: 16 pacientes

Tabela 5 – Há quanto tempo o paciente utilizara a cocaína (última vez):

	Mucosa			Secreção				Edema		Corneto inf.		
	Hiperemia	Palidez	Normal	Mucopurulenta	Crostosa	Serosa	Ausente	Presente	Ausente	Hipertrofia bilateral	Hipertrofia unilateral	Normal
A	3	2	2	2	1	1	3	4	3	4	1	2
B	1	2	1	-	2	-	2	4	-	1	1	2
C	3	2	-	-	2	1	2	2	3	3	1	1

A) Há 4 meses ou mais (7 pacientes)
 B) De 1 há 4 meses (4 pacientes)
 C) Até há 1 mês (5 pacientes)
 Total: 16 pacientes

Tabela 6 – Quanto ao tempo de uso do crack:

	Disfonia		Tosse		Globus faríngeo	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
A	2	5	34	5	2	
B	5	2	52	6	1	

A) Até um ano (7 pacientes)
 B) Por mais de um ano (7 pacientes)
 Total: 14 pacientes

Tabela 7 – Quanto à quantidade de Crack que o paciente costuma utilizar:

	Disfonia		Tosse		Globus faríngeo	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
A	4	3	1	6	6	1
B	4	3	7	-	5	2

A) Até 3 gramas por dia (7 pacientes)
 B) Mais de 3 gramas por dia (7 pacientes)
 Total: 14 pacientes

não conseguiram encontrar uma relação de causa e efeito para este dado. Por outro lado, os pacientes, em geral, afirmavam utilizar o lado do nariz sem desvio, ou ambos os lados caso não houvesse desvio, o que pareceu facilmente explicável para os examinadores: o paciente utiliza a cavidade nasal onde há maior amplitude e, provavelmente, maior absorção da droga.

Os quatorze pacientes viciados em crack foram subdivididos e comparados aos seguintes sintomas: disfonia, tosse e globus faríngeo.

Apesar de haver, aparentemente, uma proporção significativa de pacientes com tosse e que utilizavam uma quantidade de crack superior a três gramas por dia, não é possível estabelecer uma relação específica entre a exposição a esta droga e os sintomas apresentados pelo paciente.

CONCLUSÃO

Os autores concluem que, em pacientes viciados em cocaína e/ou crack, é necessário que o médico tenha um alto índice de suspeita clínica em relação ao abuso dessas substâncias estimulantes do sistema nervoso central. Os pacientes podem apresentar uma sintomatologia bastante exuberante, mas que é inespecífica. Além disso, o seu exame otorrinolaringológico pode ser praticamente normal ou com alterações bastante pronunciadas, mas igualmente inespecíficas.

Devido à ausência de uma apresentação clínica típica, o médico poderá, por exemplo, realizar o diagnóstico de rinite alérgica ou de rinite mucocataral. Deve-se, portanto, estar atento no atendimento a esses pacientes, pois frequentemente omitem o fato de fazer o abuso de tais substâncias. A anamnese deve ser minuciosa e a relação médico-paciente, bem desenvolvida; caso contrário, não é possível, na maioria das vezes, realizar o diagnóstico de abuso de drogas.

SUMMARY

Otorhinolaryngological repercussions of the abuse of cocaine and/or crack in patients addicted to drugs

PURPOSE. To assess if there are typical otorhinolaryngological findings in patients addicted to cocaine and/or crack.

METHODS. Eighteen patients who were addicted to cocaine and/or crack, were studied. Their clinical history was obtained and were submitted to an otorhinolaryngological examination.

RESULTS. It was impossible to find out a correlation between the time the patient is addicted to the drug, the amount of drug the patient is used to inhale, the frequency or the last time he used it and the nose and throat symptoms, as well as those factors and the otorhinolaryngological examination.

CONCLUSION. Owing to the unspecificity on clinical findings during the otorhinolaryngological examination, it is necessary that the physician suspects the abuse of drugs when he is performing the clinical history; otherwise, he will not reach this important diagnosis. [Rev Ass Med Brasil 1999; 45(3): 237-41.]

KEY WORDS: Toxicology. Cocaine. Otorhinolaryngology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yanagisawa E & Latorre R. Endoscopic view of cocaine rhinitis. ENT-Ear, Nose & Throat Journal. Mar 1996. pp. 128-9.
2. Meleca RJ, Burgio DL, Carr RM & Lolachi CM. Mucosal injuries of the upper aerodigestive tract after smoking crack or freebase cocaine. Laryngoscope 1997; 107:620-25.
3. Armstrong M, Shikani AH. Nasal septal necrosis mimicking Wegener's granulomatosis in a cocaine abuser. ENT-Ear, Nose & Throat Journal 1996; 75(9):623-26.
4. Kridel RWH, Foda H, Lunde KC. Septal perforation repair with acellular human dermal allograft. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998; 124:73-78.
5. Becker GD & Hill S. Midline granuloma due to illicit cocaine use. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988; 114: 90-91.
6. Kuriloff DB & Kimmelman CP. Osteocartilaginous necrosis of the sinonasal tract following cocaine abuse. Laryngoscope 1989; 99: 918-24.
7. Bezmalinovic Z, Gonzalez M & Farr C. Oropharyngeal injury possibly due to free-base cocaine. N Engl J Med 1988; 319: 1420-21.
8. Schweitzer VG. Osteolytic sinusitis and pneumomediastinum: Deceptive otolaryngologic complications of cocaine abuse. Laryngoscope 1986; 96:206-10.
9. Sawicka EH & Trosser A. Cerebrospinal fluid rhinorrhea after cocaine sniffing. Br Med J 1983; 286: 1476-77.
10. Vilensky W. Illicit and licit drugs causing perforation of the nasal septum. J For Sci 1982; 27(4):958-962.