

CORPOS ESTRANHOS DE SEIO MAXILAR

MAXILLARY FOREIGN BODIES

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

INTRODUÇÃO

Os corpos estranhos (CE) mais frequentes de seio maxilar são constituídos por material odontológico, sendo raros os de outros tipos¹. O quadro clínico é típico, com rinorréia, obstrução nasal e dor localizada.² A remoção cirúrgica é executada por via endoscópica intranasal ou por sinusectomia maxilar tipo Caldwell-Luc.^{2,3,4} Os autores descrevem cinco novos casos, dois não relacionados a procedimentos dentários.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

SDC, 18 anos, sexo feminino, cor branca.

Apresentou história de sinusite recorrente há quatro anos, rebelde aos tratamentos efetuados. Não relacionou o início dos sintomas com qualquer tratamento dentário. A radiografia dos seios paranasais mostrou imagem de densidade metálica no interior do seio maxilar esquerdo (Figura 1-A). Realizou-se sinusotomia maxilar, com exérese da mucosa hiperplasiada e do CE, que, em realidade, era amálgama dentário.

Caso 2

PRS, 36 anos, sexo masculino, cor branca.

História de sinusite recorrente e saída de secreção amarelada por orifício situado no rebordo gengival, que surgiu após tratamento endodôntico. As várias tentativas de correção cirúrgica da fístula não tiveram êxito. Na tomografia computadorizada observou-se imagem circunscrita, bem delimitada, ocupando praticamente todo o seio maxilar esquerdo (Figura 1-B). Após a sinusotomia, rodou-se retalho da mucosa jugal sobre a fístula oroantral, com bom resultado. O exame anatomopatológico revelou a presença de um aspergiloma (micetoma fúngico).

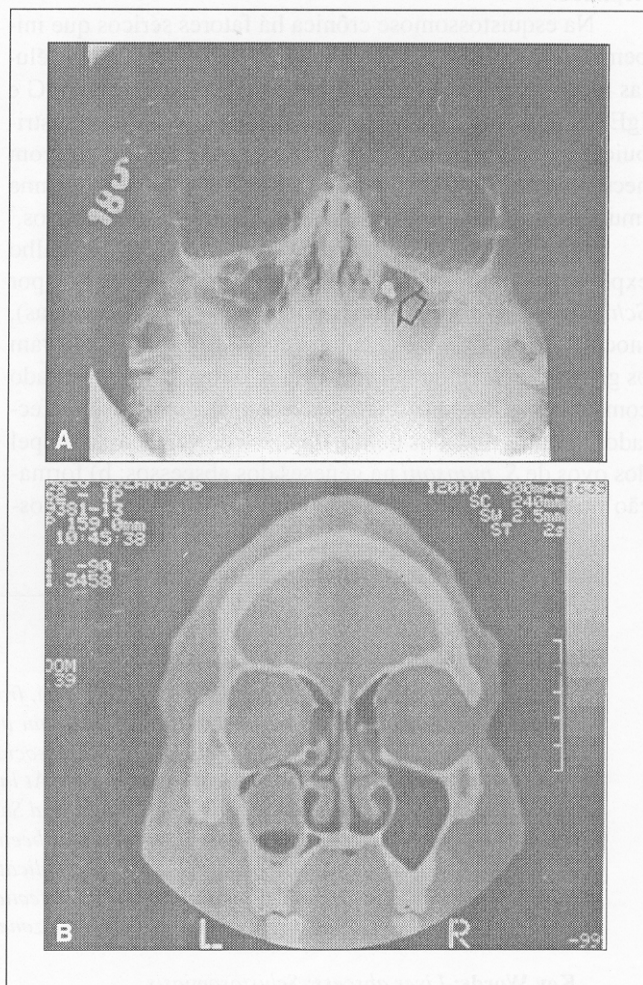


Figura 1 – A: Amálgama dentário no interior do seio maxilar esquerdo. B: Micetoma fúngico circunscrito, ocupando todo o seio maxilar esquerdo

1. Professor Adjunto e Coordenador da Disciplina de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da 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-RJ. Pós-Graduando em Otorrinolaringologia na USP. Médico do Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital de Ipanema, MS-RJ.

Recebido em 30/12/98

Aceito para publicação em 14/4/99

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

Caso 3

IAM, 47 anos, sexo feminino, cor parda.

História de tratamento cirúrgico de sinusite efetuado há cinco meses, quando piorou do quadro, passando a apresentar rinorréia amarelo-esverdeada unilateral, cefaléia hemicraniana intensa e turvação visual. Tratou com vários antibióticos, sem cura. A tomografia computadorizada mostrou as cavidades operatórias pérvias e velamento difuso do seio maxilar. Realizamos endoscopia maxilar através de telescópio rígido de 30° - 4 mm, onde vimos mucosa hiperplásica, sangrante, com quantidade razoável de pus. A bacteriologia foi negativa. Optamos pela sinusotomia exploradora, quando deparamos com uma gaze, firmemente aderida ao mucos-periósteo, removida com dificuldade.

Caso 4

DL, 81 anos, sexo masculino, cor branca.

Após polipectomia nasal há dois anos, apresentou rinorréia purulenta unilateral rebelde aos antimicrobianos utilizados. A tomografia apresentou velamento difuso do seio maxilar direito, com pequena área mais esbranquiçada, sem evidência de lesão polipóide (Figura 2-A). Na endoscopia nasal observou-se secreção purulenta oriunda do meato médio homolateral. A sinusotomia também mostrou gaze, em estado avançado de aderência ao osso, que teve de ser exaustivamente curetado. O exame anatomopatológico mostrou certa confusão com tumor fibro-ósseo.

Caso 5

JFGO, 33 anos, sexo masculino, cor branca.

História de sinusite recorrente há dois anos, iniciada após tratamento endodôntico. A tomografia computadorizada mostrava imagem de densidade metálica no interior do seio maxilar esquerdo (Figura 2-B). Realizada sinusotomia com ressecção da mucosa hiperplasiada e do corpo estranho, duro, metálico e brilhante, cuja composição não foi identificada.

DISCUSSÃO

Os CE de seio maxilar têm o diagnóstico retardado na maioria das vezes, principalmente por não se pensar nesta hipótese. São descritos na literatura,¹⁻⁵ sendo o mais comum o formado por material de restauração odontológica.¹ A penetração natural é rara, sendo freqüentemente secundária à manipulação cirúrgica, traumatismos ou no pós-operatório de cirurgias crânio-faciais, com uso de enxertos variados.^{1,4} Pode ocorrer formação de micetoma fúngico na cavidade sinusal.³ Ressaltamos que, em quatro (80%) pacientes, o CE foi decorrente de acidente cirúrgico ou manipulação incorreta.

Os CE podem tornar-se perigosos e com risco de vida. Foi verificado empiema subdural após deslocamento do teto do pré-molar para o seio maxilar, evoluindo para hemiplegia.⁵ Recomendamos a intervenção precoce do antro para prevenir complicações.

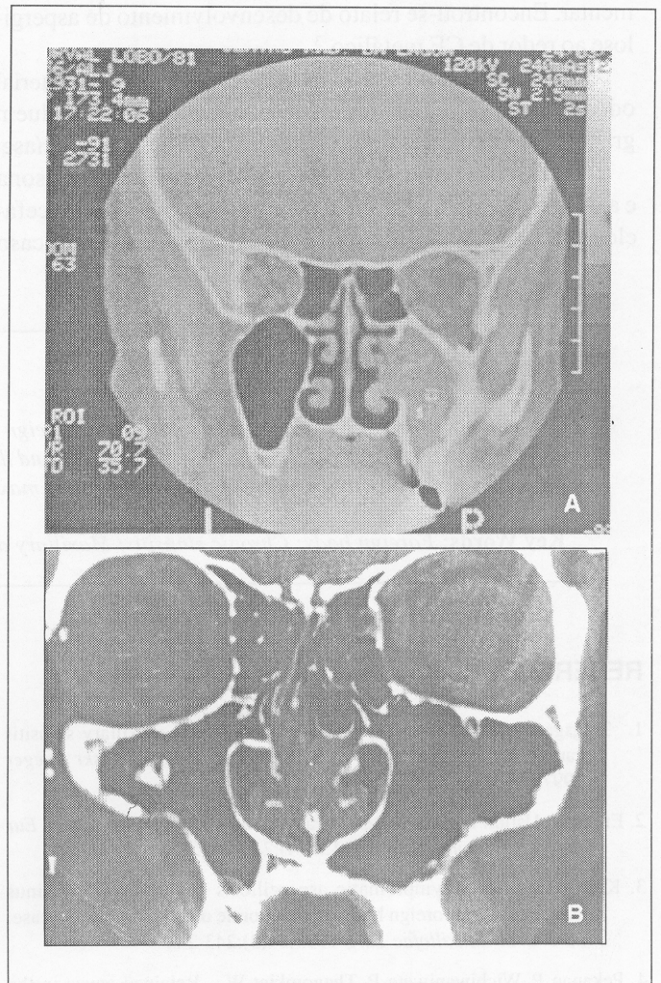


Figura 2-A: Velamento do seio maxilar direito, com fina trabécula mais esbranquiçada. Alargamento do meato médio. **2-B:** Imagem de densidade metálica no interior do seio maxilar, provável material odontológico.

Todos tinham em comum quadro clínico de sinusite maxilar recorrente, com dor localizada e rinorréia purulenta. Os dois pacientes com cirurgia prévia do seio maxilar (realizadas em outros serviços) tinham gaze no interior do seio. Nestes, a radiografia e a tomografia mostraram velamento. A gaze só foi vista durante a operação.

Em casos onde se encontrou gaze no seio após operação de sinusite, a radiografia mostrou opacificação total do seio, e a tomografia computadorizada revelou massa de aspecto de tecido mole, com ar no interior do seio maxilar e velamento etmoidal.⁴ No exame anatomopatológico do paciente nº 4, a gaze foi confundida com tumor fibro-ósseo. No outro, não foi realizado.

No caso em que existia a fístula oroantral, a contaminação por fungos provenientes da cavidade oral é comum, levando à formação de micetomas, cuja cura restringe-se à sua remoção, sem necessidade de tratamento sistêmico comple-

mentar. Encontrou-se relato de desenvolvimento de aspergilose ao redor de CE metálico.³

Os corpos estranhos encontrados foram gaze (2), material odontológico (2) e micetoma fúngico. Outros tipos incluem granuloma de colesterol,² projéteis de arma de fogo e mífase.

Realizamos lavagem local com rifocina e dexametasona e antibioticoterapia pós-operatória, com amoxicilina ou cefaclor, em todos os nossos pacientes. Normalmente, em caso

de sinusite após tratamento endodôntico ou da raiz dentária, ou de insucesso terapêutico tão imediato após sinusotomia maxilar e com alterações tomográficas importantes, rebeldes a antibiótico e corticoterapia, está indicada a exploração cirúrgica. Recomendamos, como rotina, o uso de gaze amarrada com fio inabsorvível, do mesmo modo que nas amigdalectomias, durante o ato operatório, para minimizar este inconveniente.

ABSTRACT

The authors present five cases of maxillary sinus foreign bodies, four of them (80%) originated from surgical problems. They discuss their findings, emphasizing the difficulty and the importance of early diagnosis and treatment. They recommend the use of tied gauze in the surgical procedures in the maxillary sinus.

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

REFERÊNCIAS

1. Tingsgaard PK, Larsen PL – Chronic unilateral maxillary sinusitis caused by foreign bodies in the maxillary sinus. *Ugeskr Laeger* 1997;159 (28): 4.402-4.404.
2. Erpek G, Ustum H – Cholesterol granuloma in the maxillary sinus. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1994;25(4):246-247.
3. Kobayashi A – Asymptomatic aspergillosis of the maxillary sinus associated with foreign body of endodontic origin. Report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1995;24(3):243-244.
4. Pekanbaru P, Wichiwaniwate P, Thanomkiat W – Retained gauze in the sinonasal cavities: plain film and CT findings. *Neuroradiology* 1996; 38(4):381-382.
5. Wooley EJ, Patel M – Subdural empyema resulting from displacement of a root into the maxillary antrum. *Br Dent J* 1997; 182(11): 430-432.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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