

RINOLIQUORRÉIA CONSEQÜENTE A RINOPLASTIA

WALTER C. PEREIRA * ISAIAS M. GANDELMAN **
NELSON ASSIS * ROLANDO A. TENUTO ***

Fístulas de líquido cefalorraqueano são, na maioria das vezes, determinadas por traumatismos crânio-encefálicos, nos quais existe associação de fratura óssea e rotura da dura-máter. Quando tais lesões ocorrem sobre os seios paranasais a perda de líquido pode se exteriorizar pelas narinas (rinoliquorréia). Outras causas menos freqüentes de rinoliquorréia são: intervenções neurocirúrgicas com abertura de seios (principalmente do frontal), seguidas de fechamento imperfeito da dura-máter; neoplasias da base do crânio, provocando erosão dos seios esfenoidal ou etmoidal; infecção crônica dos seios paranasais (sinusites) com perfuração de suas paredes internas, estabelecendo comunicação da luz do seio com o espaço subaracnóideo; defeitos congênitos do tipo meningencefalocele ao nível dos seios do andar anterior do crânio, cuja perfuração, espontânea ou traumática, determina a formação de fístula. Em alguns casos, no entanto, a rinoliquorréia tem etiologia obscura, sendo considerada "espontânea"; possivelmente nestes casos uma das causas referidas deve estar em jôgo sem, contudo, ser passível de identificação.

Embora a causa mais freqüente da rinoliquorréia seja a traumática, não encontramos referência alguma na literatura de caso em que o distúrbio tenha sido provocado por rinoplastia, como aconteceu no que vamos relatar.

O B S E R V A Ç Ã O

I.M.B. (Registro 865.307), sexo feminino, 43 anos de idade, côr branca. Em janeiro de 1967 a paciente sofreu uma queda, a qual provocou acentuada deformidade nasal e conseqüente dificuldade respiratória. Cêrca de nove meses após foi operada, em outro hospital, sendo feita cirurgia corretiva do desvio do septo nasal e estética do nariz. Logo a seguir a esta operação a doente começou a sentir intensa cefaléia frontal, a qual cedeu em poucos dias com o uso de analgésicos comuns; além disso, notou perda total do olfato. Aproximadamente três meses depois da rinoplastia iniciou-se perda continua de líquido límpido e incolor por ambas as narinas, sendo tratada, no mesmo serviço em que foi operada, com inalações e instilações nasais. Como a perda de líquido aumentasse progressivamente a paciente procurou o Hospital das Clínicas onde foi internada em 19-3-1968. *Exame clínico-neurológico* — Paciente em ótimo estado geral, apresentando copiosa rinoliquorréia bilateral. O exame neurológico mostrou exclusivamente anosmia total bilateral; os demais aparelhos e sistemas nada revelaram de anormal ao exame semiológico. *Exames complementares*

Departamentos de Neurologia e de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: * Neurocirurgião; ** Cirurgião Plástico; *** Professor de Disciplina de Neurocirurgia.

— *Craniogramas*: o estudo radiológico do crânio em várias posições não logrou localizar falha óssea alguma; no entanto, apesar de serem normais as estruturas ósseas do andar anterior, estas se apresentavam muito delicadas, principalmente a lâmina papirácea do etmóide, que se mostrava excessivamente delgada; o seio frontal exibia dimensões avantajadas e a apófise crista galli era bem constituída e pneumatizada (Fig. 1). *Exame do líquido cefalorraqueano* (obtido da fístula) normal. *Eletrencefalograma* normal.

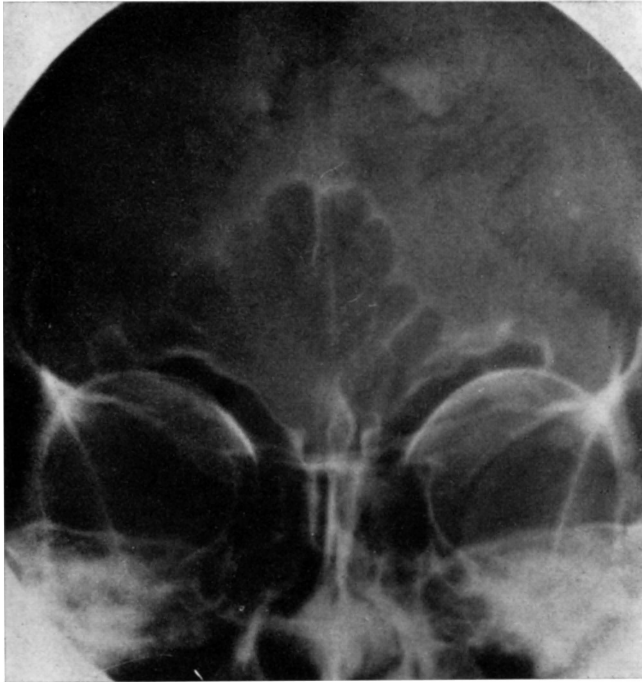


Fig. 1 — Caso I.M.B. Craniograma mostrando grande delicadeza das estruturas ósseas do etmóide, principalmente das lâminas papiráceas que são muito delgadas; a apófise crista galli se apresenta bem desenvolvida e pneumatizada; notar as dimensões avantajadas do seio frontal.

A paciente foi operada em 27-3-1968, sendo feita craniotomia osteoplástica frontotemporal direita. Por via extradural atingiu-se a região da lâmina cribosa do etmóide encontrando-se a dura-máter firmemente aderida sobre ela. Após dissecação cuidadosa, notou-se que a dura-máter invaginava-se em profunda depressão, que ocupava aproximadamente a metade anterior da lâmina cribosa do etmóide de ambos os lados. O limite anterior da depressão era constituído pela apófise crista galli e o posterior prolongava-se até cerca da metade da lâmina cribosa (Fig. 2). Seccionada a dura-máter junto ao contórno da depressão, verificou-se que esta apresentava bordas irregulares; a porção da referida membrana que penetrava no interior da falha óssea não continha tecido nervoso, sendo ocupada por massa amorfa e friável com aspecto de tecido de granulação. Após curetagem e hemostasia da região, foi praticado o tamponamento da falha óssea com fragmentos músculo-aponeuróticos

obtidos da região temporal. A dura-máter foi suturada, conseguindo-se fechamento satisfatório. O pós-operatório decorreu normalmente, tendo a rinoliquorréia desaparecido completamente. A paciente continua bem até o presente, sem recidiva da fistula, persistindo, porém, a anosmia.

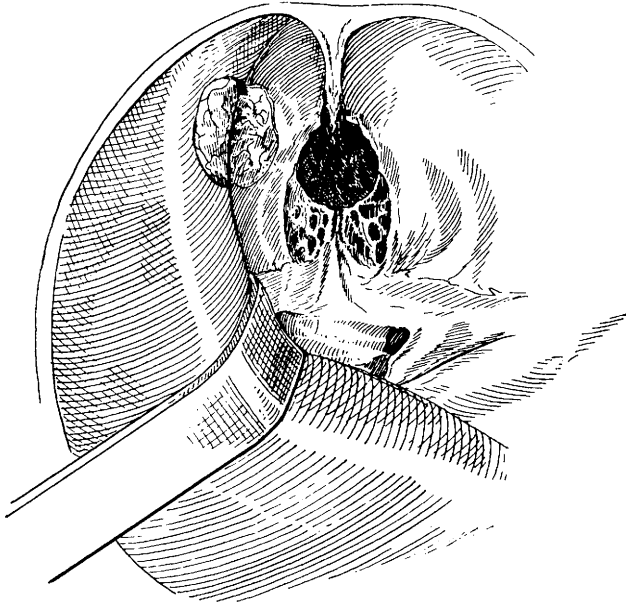


Fig. 2 — Caso I.M.B. Esquema do achado cirúrgico, observando-se, após a elevação dos lobos frontais por via extradural, a lâmina cribrosa do etmóide destruída na sua metade anterior; a dura-mater se insinuava pela falha óssea do etmóide, formando o trajeto fistuloso. No desenho vê-se a dura-mater já seccionada ao redor da zona lesada do etmóide e rebatida lateralmente.

COMENTARIOS

O registro do presente caso prende-se ao diagnóstico etiológico da rinoliquorréia. Não encontramos relato algum na literatura sôbre fistula de líquido cefalorraqueano provocada por cirurgia plástica nasal. No entanto, o aparecimento da rinoliquorréia três meses após a rinoplastia e um ano depois do traumatismo nasal, indica que aquela e não êste tenha sido a causa da fistula.

Tanto do ponto de vista clínico como do radiológico, não havia quaisquer indícios de malformação da região etmoidal, que pudesse facilitar a ocorrência da rinoliquorréia. De fato, clinicamente estas malformações, geralmente acompanhadas de meningecefalocelos naso-etmoidais, caracterizam-se pelo alargamento da base do nariz e hipertelorismo; além disso, se houvesse tal

tipo de malformação, o diagnóstico teria sido feito durante a rinoplastia, pois a meningecefalocele apresenta projeção intranasal. O estudo radiológico mostrou que a região etmoidal se apresentava normalmente formada, exibindo, porém, estruturas ósseas muito delgadas; a apófise crista galli, por sua vez, era bem constituída, o que também contraria a suspeita de malformação. Em relação a outras possíveis causas para explicar a fistula, julgamos que a evolução do caso, assim como os antecedentes da doente, excluem-na totalmente.

Acreditamos que a lesão da lâmina cribosa do etmóide tenha ocorrido durante a rinoplastia na manobra de separação dos ossos próprios do nariz ou na fratura da lâmina perpendicular do etmóide para tratamento do desvio do septo. Na primeira hipótese a lesão teria sido determinada diretamente pelo cizel utilizado na referida manobra; na segunda, o arrancamento da lâmina perpendicular do etmóide seria a causa da fratura da lâmina cribosa com a qual apresenta continuidade. Em ambas as hipóteses a fragilidade dos ossos, evidenciada pelo estudo radiológico, foi, certamente, o motivo principal do acidente.

O relato do presente caso, portanto, é feito no intuito de alertar os cirurgiões plásticos e otorrinolaringologistas para o perigo de lesões da lâmina cribosa do etmóide, e conseqüente fistula de líquido cefalorraqueano, durante intervenções nasais. A fragilidade das estruturas do etmóide, que pode ser constatada pelo estudo radiológico, deve ser levada em conta para que maiores cuidados sejam tomados e manobras mais delicadas adotadas durante o ato operatório.

RESUMO

É relatado o caso de uma paciente de 43 anos de idade que apresentou rinoliquorréia três meses após cirurgia corretiva de desvio do septo nasal e estética do nariz. O tratamento da fistula foi feito mediante craniotomia frontal direita, sendo a falha óssea da lâmina cribosa do etmóide tamponada com fragmentos músculo-aponeuróticos.

O registro deste caso é feito com a finalidade de chamar a atenção de cirurgiões plásticos e otorrinolaringologistas para o perigo de lesão da lâmina cribosa do etmóide durante intervenções nasais. Cuidados especiais devem ser tomados, principalmente quando o estudo radiológico do crânio revelar estruturas ósseas muito delicadas.

SUMMARY

Cerebrospinal fluid rhinorrhea secondary to rhinoplasty: a case report.

A case of a 43-old-year female patient that presented cerebrospinal fluid rhinorrhea three months after surgery for correction of nasal septum shift and nasal aesthetics is reported. The treatment of the fistula was performed after right frontal craniotomy and the ethmoidal defect was tampo-

naded with muscle fragments. The case is reported to call attention of plastic and otorhinolaryngologic surgeons to the danger of injury of the cribiform plate during nasal operations. Special care should be taken when skull X-rays shows bone strutures to be very thin.

Clinica Neurológica — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Caixa Postal 3461 — São Paulo, SP — Brasil.