

Obstrução nasal unilateral: relato de caso e revisão da literatura

Unilateral nasal obstruction: case report and literature review

SINOPSE

Obstrução nasal apresenta diversas etiologias, sendo a mais freqüente a que acompanha os processos virais de vias aéreas superiores. Quando o sintoma é unilateral e persistente, deve ser sempre descartada a presença de corpo estranho, principalmente se acompanhado de secreção nasal fétida. Também pode representar um tumor intranasal ou outras alterações estruturais (ex.: desvio de septo e/ou hipertrofia de conchas nasais). Rinólitos são massas calcáreas devido à incrustação parcial ou completa de um corpo estranho intranasal. O objetivo deste trabalho é revisar o diagnóstico e o tratamento da obstrução nasal unilateral a partir do relato de um caso clínico de rinólito em paciente adulto. Conclui-se que obstrução nasal unilateral, persistente e resistente a tratamento clínico convencional, é sinônimo de rinoscopia e que esta deva ser realizada, preferencialmente, por meio de endoscopia.

UNITERMOS: Obstrução Nasal, Rinólito, Corpo Estranho Intranasal, Endoscopia Nasossinusal.

ABSTRACT

Nasal obstruction has several causes being the upper respiratory viral infections the most frequent one. The presence of a foreign body has to be ruled out when the symptom is persistent and unilateral, and is associated to malodorous discharge. It might also be a symptom of an intranasal tumor or other anatomic abnormalities (eg: septal deviation or turbinate hypertrophy).

Rhinoliths are calcareous masses from the deposition of calcium and magnesium over a long lasting intranasal foreign body. The purpose of this paper is to review the diagnosis and treatment of unilateral nasal obstruction from a case report of an adult patient with a rhinolith. We conclude that unilateral nasal obstruction, persistent and resistant to conventional clinical treatment is synonymous of a nasal rhinoscopy and that the rhinoscopy should be performed with endoscopic guidance.

KEY WORDS: *Nasal Obstruction, Rhinolith, Foreign Nasal Body, Nasal Endoscopy.*

RENATO ROITHMANN – Professor Adjunto de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Luterana do Brasil. Professor Substituto de Anatomia da UFRGS. Professor do Pós-Graduação em Clínica Médica da UFRGS.

ALEXANDRE DE SOUZA CURY – Médico Residente do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Complexo Hospitalar da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

PEDRO DEMENEGHI – Médico Estagiário do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Complexo Hospitalar da ULBRA.

TAÍS STEDILE BUSIN – Monitora do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina da ULBRA.

RENATA ATHAYDE – Monitora do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina da ULBRA.

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Complexo Hospitalar da Universidade Luterana do Brasil – Porto Alegre, RS, Brasil.

✉ Endereço para correspondência:

Renato Roithmann

Rua Pedro Ivo, 950/202

90450-210 – Porto Alegre, RS – Brasil

✉ roithman@orion.ufrgs.br

lateral acompanhada de secreção fétida, deve ser descartada a presença de corpo estranho intranasal". Contudo, a observação de crianças com corpo estranho intranasal utilizando antibióticos para sinusite persistente não é incomum.

Em adultos saudáveis do ponto de vista psiquiátrico, a detecção de corpos estranhos intranasais é bastante incomum. Nos casos de obstrução nasal unilateral, especialmente se acompanhada de secreção malcheirosa, acende o sinal vermelho em relação à necessidade de se descartar patologia tumoral, ou mesmo fúngica.

Rinólitos são massas calcáreas encontradas eventualmente no interior das fossas nasais (1). Mais freqüentemente, localiza-se no terço médio das fossas nasais, especificamente na sua porção inferior (1, 4), entre o septo nasal e a concha nasal inferior. Formam massas de tamanho variável e radio-

INTRODUÇÃO

Obstrução nasal apresenta diversas causas, sendo a mais comum a que acompanha os processos infecciosos virais de vias aéreas superiores. Outras causas comuns de obstrução nasal bilateral são a rinite alérgica e a hipertrofia de adenóides. Contudo, o médico deve ter cautela nos pacientes com queixa de obstrução nasal unilateral. Além de alterações estruturais localizadas em um dos lados da cavidade nasal, como o desvio de septo nasal ou

a atresia de coana, outras causas devem ser pensadas e corretamente investigadas. A anamnese completa procurando esclarecer a presença de sintomas associados ao entupimento nasal é muito importante. Por exemplo, obstrução nasal unilateral, associada a sangramento nasal importante e recorrente em adolescente do sexo masculino, exige a investigação de angiofibroma nasal juvenil.

Os pediatras e os otorrinolaringologistas conhecem bem o seguinte enunciado: “Na obstrução nasal uni-

pacas (depósitos de cálcio e magnésio externamente). Costuma ocorrer ulceração e granulação de tecidos vizinhos. Usualmente, as mulheres são mais acometidas do que os homens. O termo *rinólito* foi usado pela primeira vez, em 1845, para denominar a presença de massas mineralizadas encontradas no nariz e nos seios paranasais e, atualmente, define a incrustação parcial ou completa de um corpo estranho intranasal (2). A patologia pode gerar dúvidas diagnósticas e tratamentos equivocados e deve necessariamente fazer parte do diagnóstico diferencial das obstruções nasais unilaterais, eventualmente acompanhadas de secreção nasal fétida.

Pelos motivos acima expostos, resolvemos relatar o caso clínico que segue e revisar a literatura, pois se trata de um paciente em idade adulta, com obstrução nasal unilateral persistente, no qual o diagnóstico e tratamento definitivo só ocorreu após vários anos de tratamento clínico ineficiente.

RELATO DO CASO

A.D.M., 26 anos, feminina, branca, do lar, evangélica, 1º Grau completo, natural e procedente de Alegrete, RS. Veio a consulta com a queixa principal de obstrução nasal à direita. Relatou episódios freqüentes de uso de antibiótico para tratamento de sinusite crônica durante sua infância. A resposta aos antibióticos sempre foi parcial. Nunca respirou muito bem pelo nariz, contudo o problema se agravou há mais ou menos três anos durante trabalho de parto. Refere que apresentou importante dispnéia decorrente da obstrução nasal unilateral (direita), necessitando de máscara de Venturi para otimizar tratamento respiratório e finalizar trabalho de parto. Após esse episódio, iniciou investigação com clínico geral, que solicitou uma tomografia computadorizada de seios paranasais (Figura 1 A e B) e diante do resultado a encaminhou para o otorrinolaringologista. A paciente negou inserção de corpo estranho intranasal, assim como tabagis-

mo ou etilismo. Não tem história de trauma ou cirurgias nasais prévias. O otorrinolaringologista realizou uma endoscopia nasal diagnóstica, que evidenciou uma massa intranasal comprometendo o meato médio direito e a fossa nasal direita em meio a tecido de granulação e secreção mucopurulenta (Figura 2). Realizou-se exploração cirúrgica por meio de endoscopia, sendo constatado material com densidade calcárea em meio a tecido de granulação comprometendo o meato médio direito, e com extensão até o assoalho da cavidade nasal direita em sua porção média. A lesão foi removida, e procedeu-se à limpeza do tecido de granulação circunjacente. Explorou-se o etmóide anterior e o seio maxilar di-

reito, que se encontravam sem doença. A exploração minuciosa da massa calcárea evidenciou em seu interior a presença de um corpo estranho (Figura 3), provavelmente o revestimento plástico interno de uma tampa de refrigerante. O laudo anatomopatológico dos tecidos circunjacentes mostrou presença de tecido de granulação com inflamação crônica e colônias de bactérias na peça. O exame bacteriológico revelou *Staphylococcus aureus* e foi negativo para fungos. A bactéria mostrou-se sensível à amoxicilina mais clavulanato e à oxacilina. Após a intervenção cirúrgica e o tratamento oral com amoxicilina mais clavulonato por 10 dias, a paciente evoluiu bem, sem apresentar mais queixas.

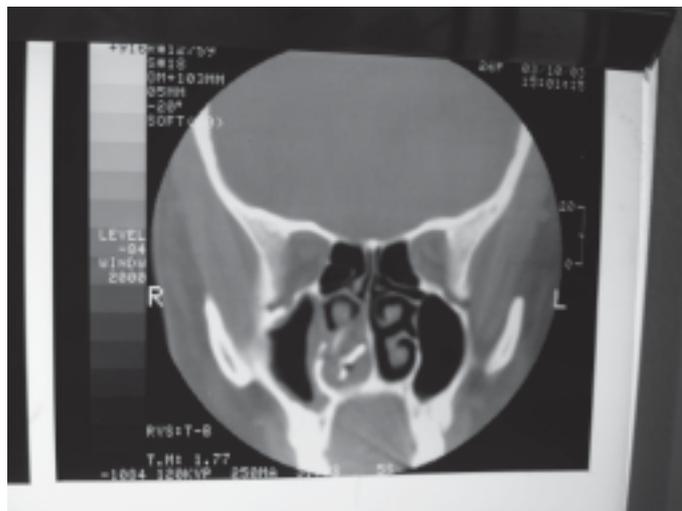


Figura 1A – Tomografia computadorizada, corte coronal – Observar imagem com densidade calcárea no interior da fossa nasal direita, com espessamento de mucosa subjacente.

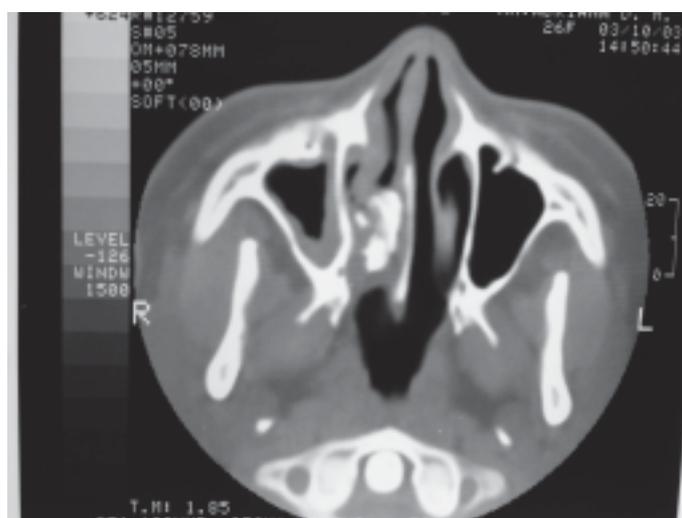


Figura 1B – Tomografia computadorizada, corte axial.



Figura 2 – Endoscopia nasal diagnóstica (fossa nasal direita).



Figura 3 – Corpo estranho intranasal após remoção dos depósitos de sais minerais externos.

Tabela 1 – Causas de Obstrução Nasal Unilateral

Desvio de septo
Pólipo nasal
Pólipo antrocoanal de Killian
Tumores benignos (ex.: angiofibroma nasal juvenil)
Tumores malignos (ex.: carcinoma epidermóide)
Rinossinusite fúngica
Corpo estranho nasal
Rinólito
Hipertrofia de concha nasal inferior e/ou média
Atresia unilateral de coana

Os rinólitos podem ser classificados, quanto a sua origem, em exógenos ou endógenos (2). Os mais frequentes são os exógenos, onde o núcleo pode ser proveniente de materiais de origem orgânica (animal, vegetal ou mineral) ou inorgânica (plásticos, latas, entre outros). Os rinólitos de origem endógena correspondem a 20% dos casos, sendo bem documentado o de origem dentária, fragmentos ósseos, coágulos de sangue e cálculos lacrimais. Apesar dessa classificação, exógena e endógena, ser a mais usada, ela é ainda controversa. Os núcleos do rinólito podem perder sua verdadeira identidade com o tempo, dificultando sua visualização e seu diagnóstico.

A incidência atual dos rinólitos é de um caso para cada dez mil consultas otorrinolaringológicas, incidência essa provavelmente mascarada pelo diagnóstico de rinite crônica refratária ao tratamento clínico (2). De novembro de 1995 a março de 1998, de 41.285 atendimentos no Pronto Socorro de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da UNIFESP – EPM, 546 foram decorrentes de corpos estranhos nasais (11), sendo a imensa maioria em crianças pequenas.

Encontram-se rinólitos em pacientes desde os três até os setenta e seis anos de idade. A maior incidência ocorre entre a quarta e quinta décadas de vida (12). O calendário de Aconselhamento em Segurança, elaborado pela Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul no seu projeto “Promoção de Segurança no Ambulatório de Pediatria

DISCUSSÃO

Este caso, tipicamente, mostra a importância da história clínica e do exame físico minucioso em pacientes com obstrução nasal unilateral, independente da idade. Na grande maioria das vezes, quadros de obstrução nasal bilateral, ou mesmo alternantes (alternância entre os lados direito e esquerdo), estão relacionados ao ciclo nasal fisiológico e às rinites, quer seja alérgica ou não-alérgica. Contudo, a história clínica da paciente revelava obstrução nasal unilateral à direita com anos de evolução e vários tratamentos para sinusite com antibióticos, sem melhora completa dos sintomas. Mais ainda, a paciente relatou secreção nasal malcheirosa. Nesses casos, a realização de

uma rinoscopia é sempre mandatória, no sentido de excluir causas obstrutivas estruturais ou, mais importante, os tumores, as infecções fúngicas e os corpos estranhos intranasais (Tabela 1).

Não é comum observar-se corpo estranho intranasal em adultos que não sofram de distúrbios psiquiátricos. Essa paciente provavelmente inseriu esse corpo estranho no nariz há vários anos (não sabemos precisar quantos) e nunca revelou tal fato. Com o passar do tempo, o corpo estranho foi sofrendo reação dentro da cavidade nasal, com deposição de cálcio e magnésio entre outros minerais, acabando por formar o rinólito. A constituição externa do rinólito gera o aspecto radiológico clássico de massa radiopaca (comum também em rinossinusite fúngica).

2000-2001”, enfatiza que se deve dar atenção ao aconselhamento de crianças entre seis meses a dois anos, para evitar acidentes com objetos de todos os tipos (13).

Com o aprimoramento e a maior utilização de técnicas de diagnóstico, como a endoscopia nasossinusal e a tomografia computadorizada, seria de se esperar um aumento na incidência de detecção de rinólitos. Axmann, em 1829, demonstrou pela primeira vez que rinólitos eram um achado comum em cavidades nasais e que também acometiam mais o sexo feminino¹. A ocorrência unilateral é considerada mais comum (1). Em 1943, Polson revisou a literatura e constatou que haviam sido catalogados 600 casos de rinolitíase desde 1645, ano do primeiro relato (1).

Quando sintomáticos, os pacientes manifestam, na maioria das vezes, obstrução nasal, rinorréia, epistaxe e dor local. Em muitos casos, já fizeram uso de diversos tipos de antibióticos, porém sem resultado. Os rinólitos assintomáticos são diagnosticados por acaso, em exames de imagem solicitados na investigação de uma rinossinusite rebelde ao tratamento convencional ou, como mais freqüentemente ocorre, em exames radiográficos dentários que, invariavelmente, mostram essas calcificações localizadas no interior da fossa nasal (2, 8, 9).

O diagnóstico diferencial dos achados endoscópicos e tomográficos dos corpos estranhos nasais incluem-se os rinólitos, as bolas fúngicas (micetomas) e as neoplasias intranasais^{1,3,5,6}. Nas rinolitíases, alguns corpos estranhos nasais apresentam incrustações e depósitos de minerais na sua periferia (1,5,14).

O tratamento da rinolitíase é a cirurgia. Após a realização da endoscopia diagnóstica e da tomografia com-

putadorizada, para o estadiamento da lesão, procede-se a remoção, preferencialmente, em ambiente hospitalar e assistido por endoscopia. De acordo com o tamanho da lesão, pode exigir anestesia geral e que o cirurgião quebre o rinólito em vários pedaços antes de conseguir a remoção completada lesão. Procede-se também à limpeza do tecido de granulação, usualmente abundante, ao redor do rinólito. O procedimento não costuma requerer taponamento nasal, mas algumas áreas podem ser cauterizadas localmente com a assistência de endoscopia e cautérios intranasais especiais.

Obstrução nasal unilateral persistente e resistente a tratamento clínico convencional é sinônimo de rinoscopia. Idealmente, essa rinoscopia deve ser realizada por meio de endoscopia nasal, pois possibilita examinar em detalhes todos os contornos da cavidade nasal e suas relações com os seios paranasais, até o rinofaringe. Mais ainda, por meio de endoscopia pode ser realizada a coleta localizada de secreções para exames específicos, como bacteriologia e biópsia de áreas ou lesões suspeitas e a cirurgia propriamente dita, quando indicada. O diagnóstico diferencial da obstrução nasal unilateral vai desde um simples desvio de septo nasal, passando pelos corpos estranhos e indo até um complexo tumor intranasal (ex.: esteseuroblastoma). O médico assistente deve estar atento para esse fato e realizar sua história clínica a mais completa possível e, em casos suspeitos, encaminhar o paciente para os exames especializados necessários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OLIVEIRA D, CANTINI R, MELLO L, TONON S, FÉLIX J, DEFAVERI M. Ri-

nolitíase: apresentação de oito casos e revisão de literatura. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2003; 69:497-502.

2. MONTOVANI J, BRETAN O, YAMASHITA S, MARINHO N, YOSHINAGA S. Rinolitíase: Atualização e Relato de Caso. *Rev Bras Otorrinolaringol* 1997; 63: 341-49.
3. YASSIN OM, HATTAB FN. Unusual nasal foreign body detected on routine dental radiography: case report. *J Clin Pediatr Dent* 1996; 20:155-57.
4. CHAN GM, SCHWARTZ DT. An unusual nasal foreign body in an unusual nasal cavity. *J Emerg Med* 2004; 26: 453-55.
5. BALATSOURAS D, ELIOPOULOS P, KABEROS A, ECONOMOU C. Rhinolithiasis: an unusual cause of nasal obstruction. *Rhinology* 2002; 40:162-64.
6. MUNOZ A, PEDROSA I, VILLAFRUELA M. “Eraseroma” as a cause of rhinolith: CT and MRI in a child. *Neuroradiology* 1997; 39:824-26.
7. AKSUNGUR EH, BINOKAY FB, BICAKCI K, APAYDIN D, OGUZ M, AYDOGAN B. A rhinolith which is mimicking a nasal benign tumor. *Eur J Radiol* 1999; 31: 53-5.
8. HADI U, GHOSAINI S, ZAYTOUN G. Rhinolithiasis: a forgotten entity. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 126: 48-51.
9. KECK T, LIENER K, STRATER J, ROZSASIA. Rhinolith of the nasal septum. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 53: 225-28.
10. ROYAL SA, GARDNER RE. Rhinolithiasis: an unusual pediatric nasal mass. *Pediatr Radiol*. 1998; 28: 54-5.
11. PEDROSO JE, FUKUDA Y, KARITA S, et al. Casuística do Pronto Socorro de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da UNIFESP-EPM. *Rev Bras Otorrinolaringol* 1999; 65: 222-26.
12. CHAKER AC, SCHWARTZ GS, KOLE GL. Bilateral Rhinolithiasis. *Ear Nose Throat J* 1978; 57: 50-5.
13. Sociedade Pediatria do Rio Grande do Sul. CALENDÁRIO DE ACONSELHAMENTO EM SEGURANÇA; Projeto “Promoção da Segurança no Ambulatório de Pediatria” SPRS (2000-2001).
14. CHAN GM, UFBERG J, HARRIGAN RA, VILKE G. M. Nasal foreign body removal. *J Emerg Med* 2004; 26: 441-45.