

QUANDO AS APARÊNCIAS ILUDEM COMPLICAÇÃO DE RINOSSINUSITE

Miguel Breda, Daniel Miranda, Sara Pereira, Diana Silva, Ana Menezes, Daniela Ribeiro, Sérgio Vilarinho, Luís Dias

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
Hospital de Braga



INTRODUÇÃO

A paralisia isolada do III par craniano associada a rinosinusite esfenoidal (RSE) é extremamente rara, tendo sido o primeiro caso descrito em 1999 por Chotmongkol. Estima-se que até 7,5% dos pacientes com RSE apresentam clínica compatível com algum grau de envolvimento do III par (ptose, midríase e estrabismo divergente). Na literatura está bem descrita a associação entre a paralisia do III par e RSE devido a aspergilose, a mucocelo e a neoplasia. Na maioria dos casos de RSE, quando há compressão do seio cavernoso, o II e o VI par são acometidos, seguindo-se o V par e, por último, o III par.

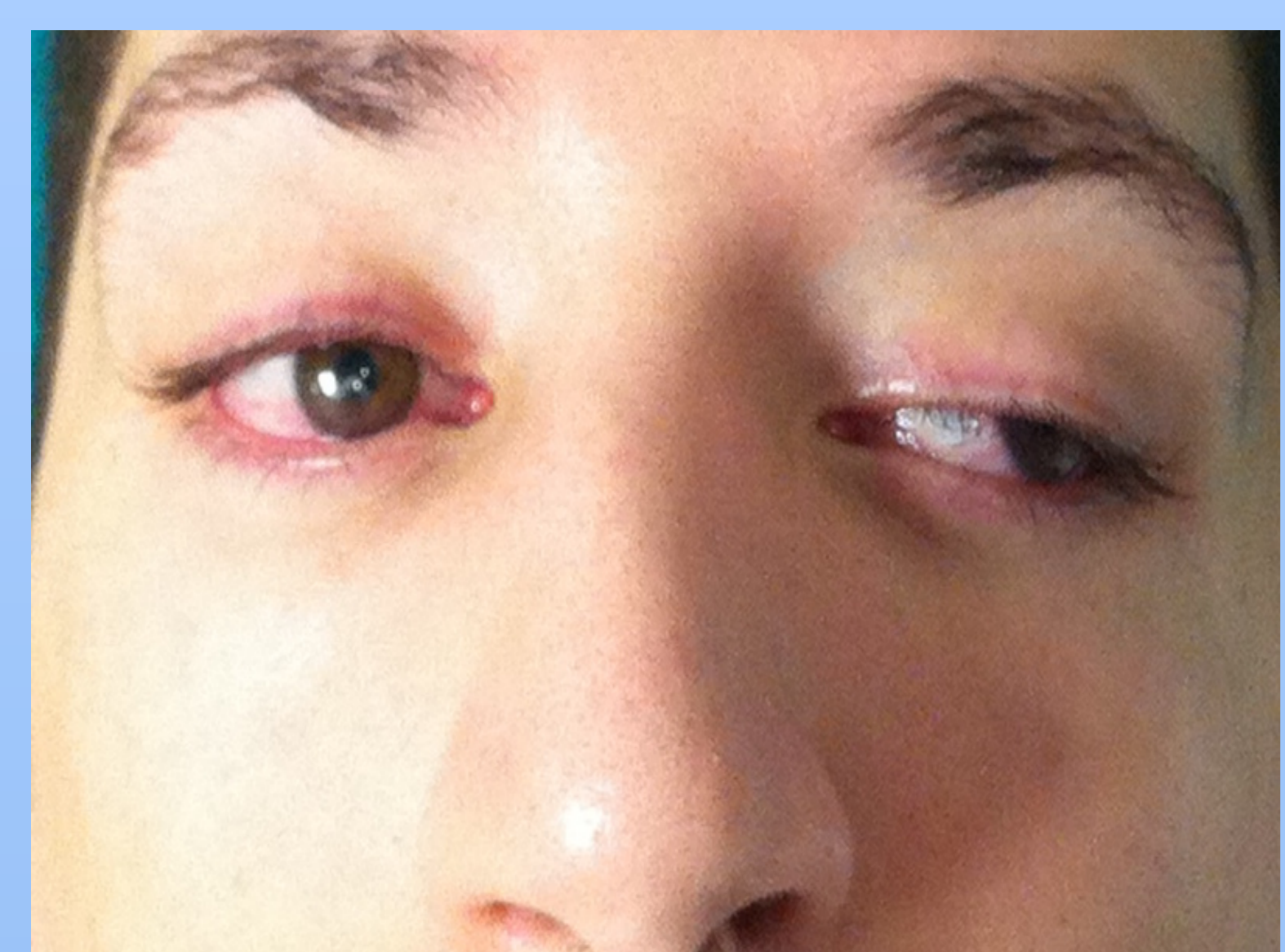


Fig.2 - Apresentação clínica: Ptose esquerda com estrabismo divergente

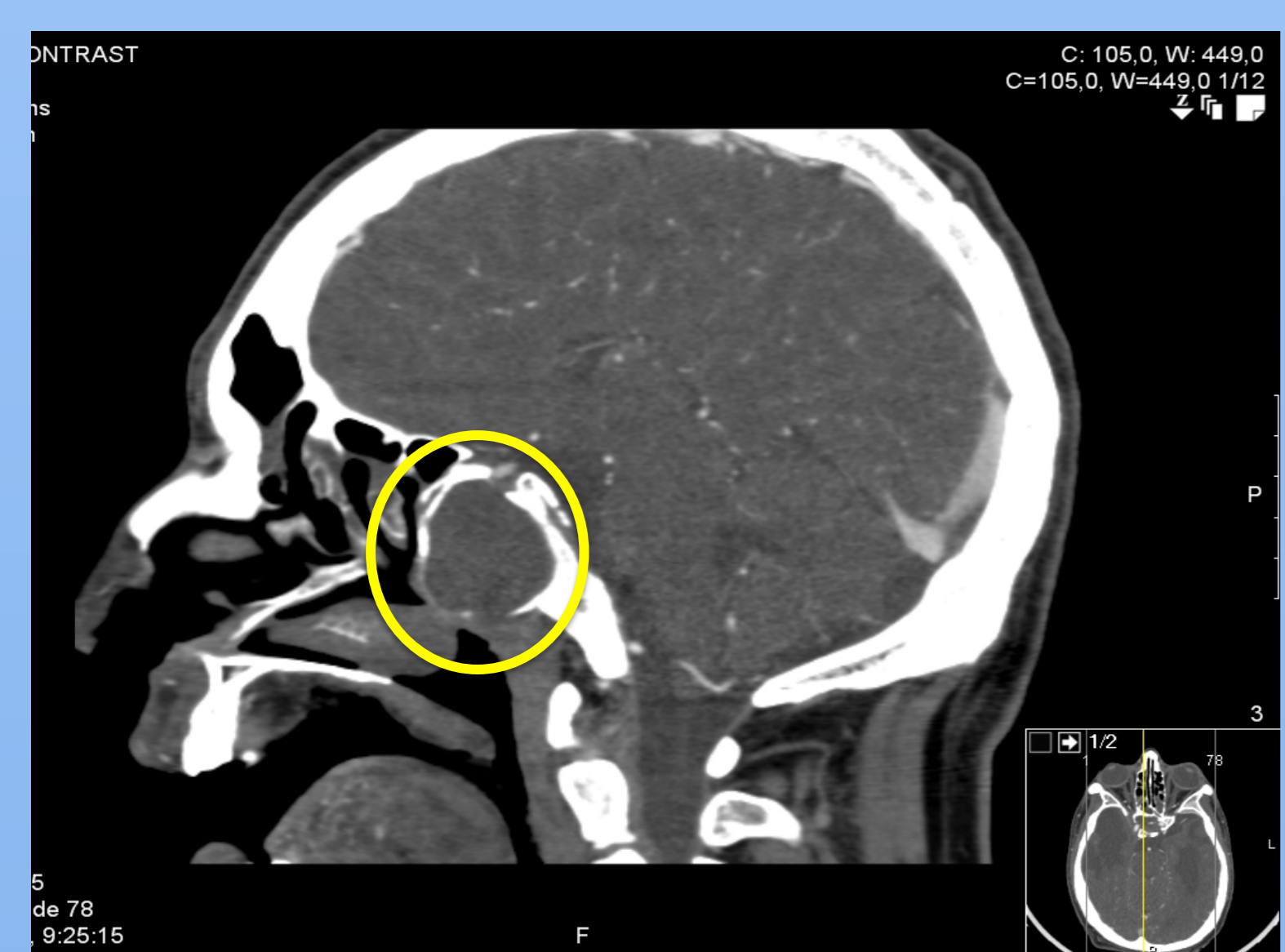


Fig.3 - TC SPN - corte sagital com ocupação do seio esfenoidal por lesão suspeita de mucocelo.



Fig.4.1 - RM - corte sagital em T2, com sinal hiperintenso homogêneo de lesão suspeita de mucocelo.

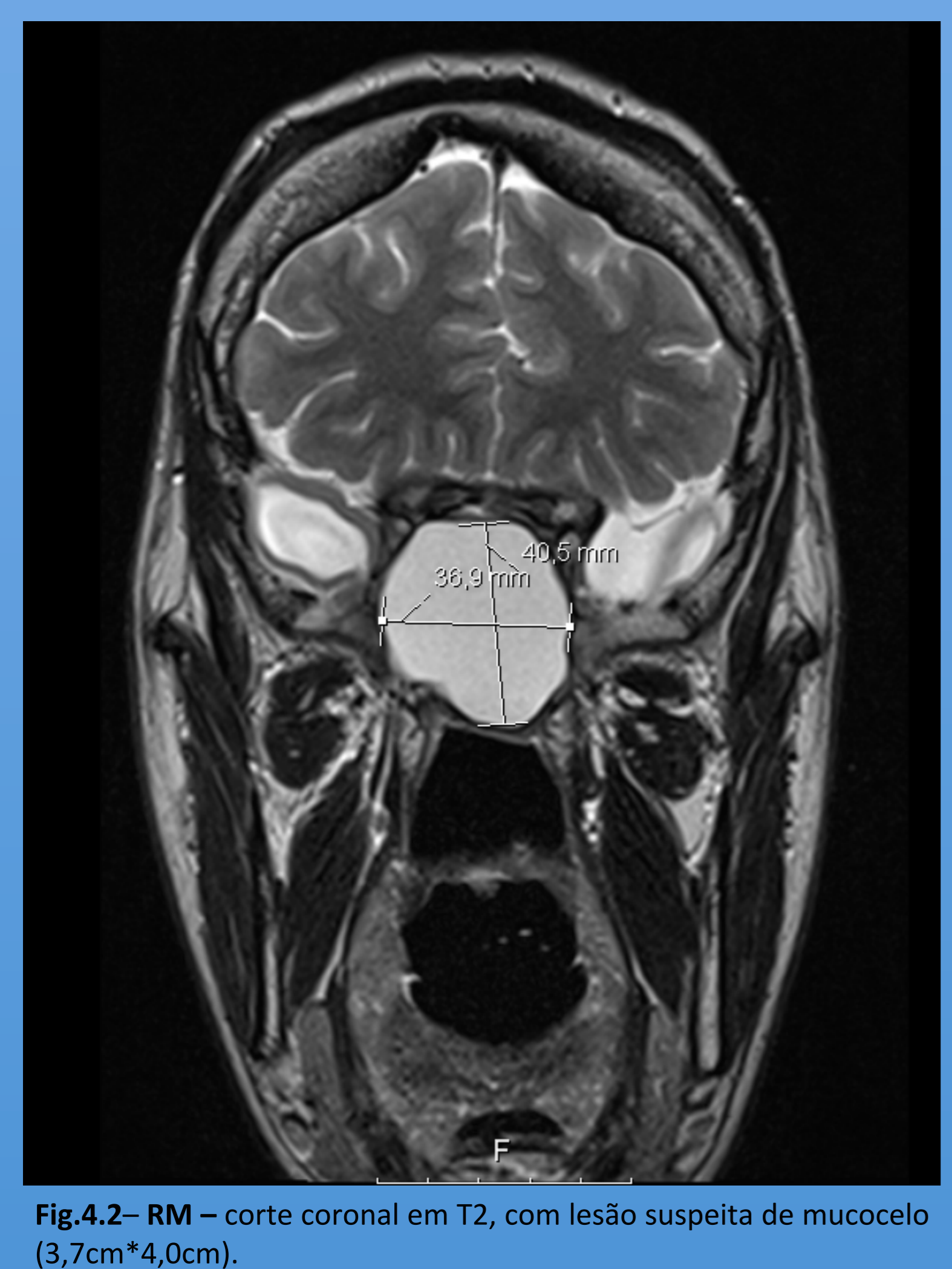


Fig.4.2 - RM - corte coronal em T2, com lesão suspeita de mucocelo (3,7cm*4,0cm).

REVISÃO ANATÓMICA

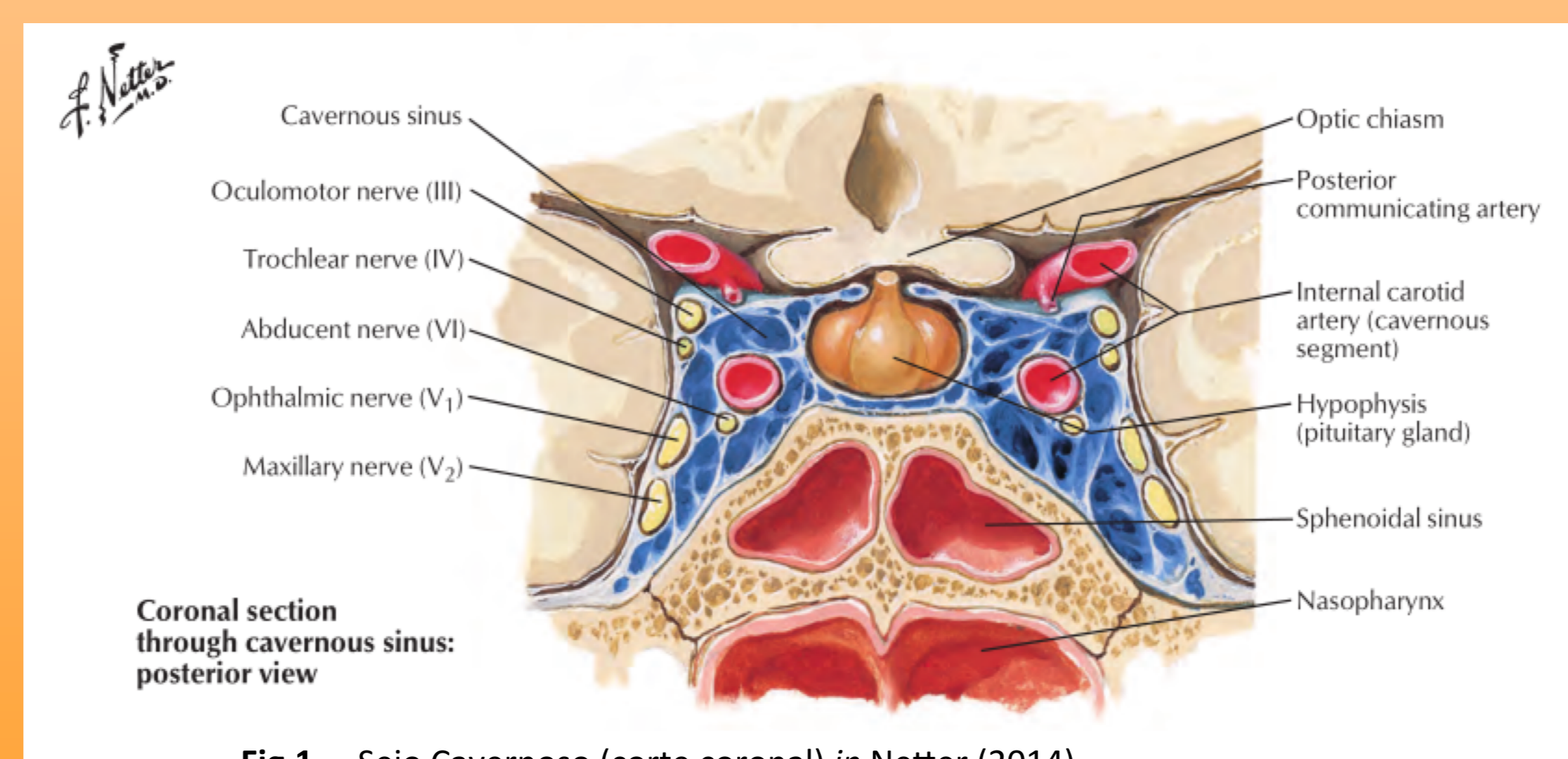


Fig.1 - Seio Cavernoso (corte coronal) in Netter (2014)

CASO CLÍNICO

Identificação: A.S.P., 28 anos, sexo masculino.

Antecedentes: Institucionalizado por déficit cognitivo congénito.

Medicação Habitual: Levomepromazina, Valproato de sódio, Lorazepam, Olanzapina.

História da Doença:

Recorre ao SU no dia 30/10/2014 por alterações da oculomotricidade esquerda com 1 semana de evolução, associada a maior agitação e irritabilidade.

Sem referência a história de trauma, febre, infecção respiratória alta prévia recente ou outra sintomatologia rinológica/neurológica.

Exame Objectivo (colaboração limitada):

Ptose incompleta esquerda, **estrabismo** divergente, sem midríase (fig.2). Perseguição ocular mantida.

Rinoscopia com exuberante **hipertrofia dos cornetos inferiores** e **desvio septal direito**.

Fibrosopia Nasal: Sem rinorreia ou neofomações na fossa nasal. Mucosa nasal hiperemiada. Rinorreia não abundante no cavum.

Sem noção de hipo/hiperestesia facial.

Orofaringe com rinorreia posterior.

Otoscopia normal bilateralmente.

Meios Complementares de Diagnóstico:

Estudo analítico (30/10/2014): Sem leucocitose, PCR normal, sem anemia ou outra alteração.

TC Seios Perinasais (SPN) (30/10/2014) (fig.3): Seio esfenoidal ocupado por material com densidade de tecidos moles, que condicionava remodelagem óssea, suspeita de **mucocelo**. Lesão com extensão para as regiões parassellares, sobretudo à direita, podendo existir compressão do seio cavernoso. Sem abscesso ou outra complicação orbitária.

Angio-TC (30/10/2014) (fig.5): excluída disseção e aneurisma carotídeo.

RM Craniana com contraste (30/10/2014) (fig.4.1 e 4.2): Lesão com cerca de 3,7cm*4,0cm de maiores diâmetros ocupando todo o seio esfenoidal com sinal hiperintenso em T2, provocando infradesnívelamento do pavimento do seio esfenoidal. Sugeriu-se **mucocelo**. **Compressão do seio cavernoso sem sinais de trombose**.

Internado no dia 30/10/2014 para tratamento (Ceftriaxone e Dexametasona) com vigilância e planeamento cirúrgico.

Cirurgia (5/11/2014): Cirurgia Endoscópica Nasossinusal (CENS): meatotomia média bilateral, com etmoidectomia total bilateral e esfenoidotomia (abordagem transeptal) (fig.6.1 e 6.2). Após esfenoidotomia **não foi identificado** conteúdo seromucoso/purulento. Enviados retalhos da mucosa da suposta cápsula de **mucocelo**.

Anatomia Patológica: Retalho de mucosa nasal apenas com infiltrado linfoplasmocitário, sem hipersecreção de muco ou epitélio sugestivo de mucocelo.

Follow-up (9/1/2015): Melhorado da oculomotricidade (fig.9) e sem recidiva endoscópica de tumefacção esfenoidal. Esfenoidotomia patente e sem rinorreia (fig.8).

Pós-Operatório 9/1/2015

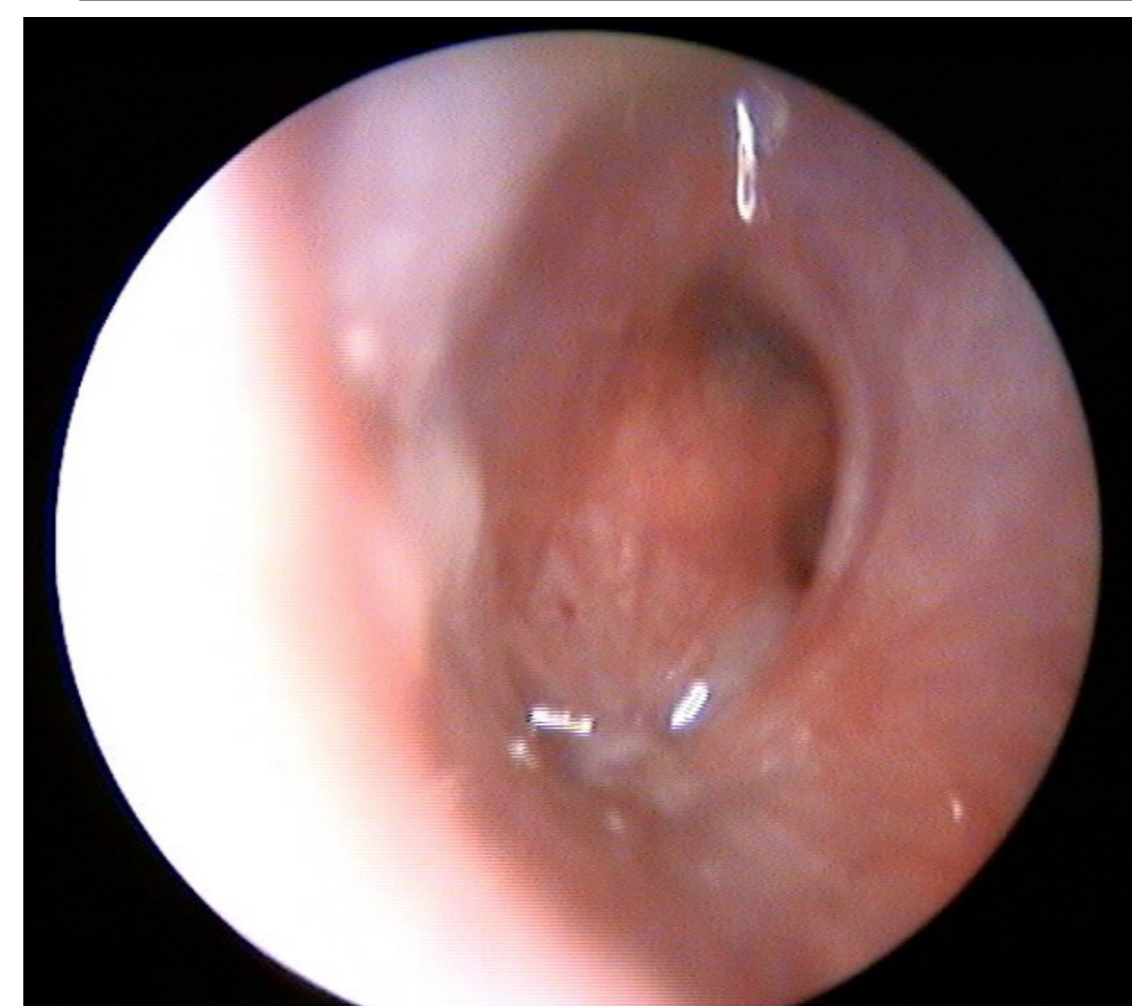


Fig.8 - Visão sob endoscópio de 0º de esfenoidotomia. Sem aparente recidiva.



Fig.9 - Oculomotricidade normalizada, com ptose esquerda muito ténue.



Fig.5 - Angio-TC (visão crânio-caudal) - sem aneurismas ou disseções carotídeas.

Cirurgia 5/11/2014

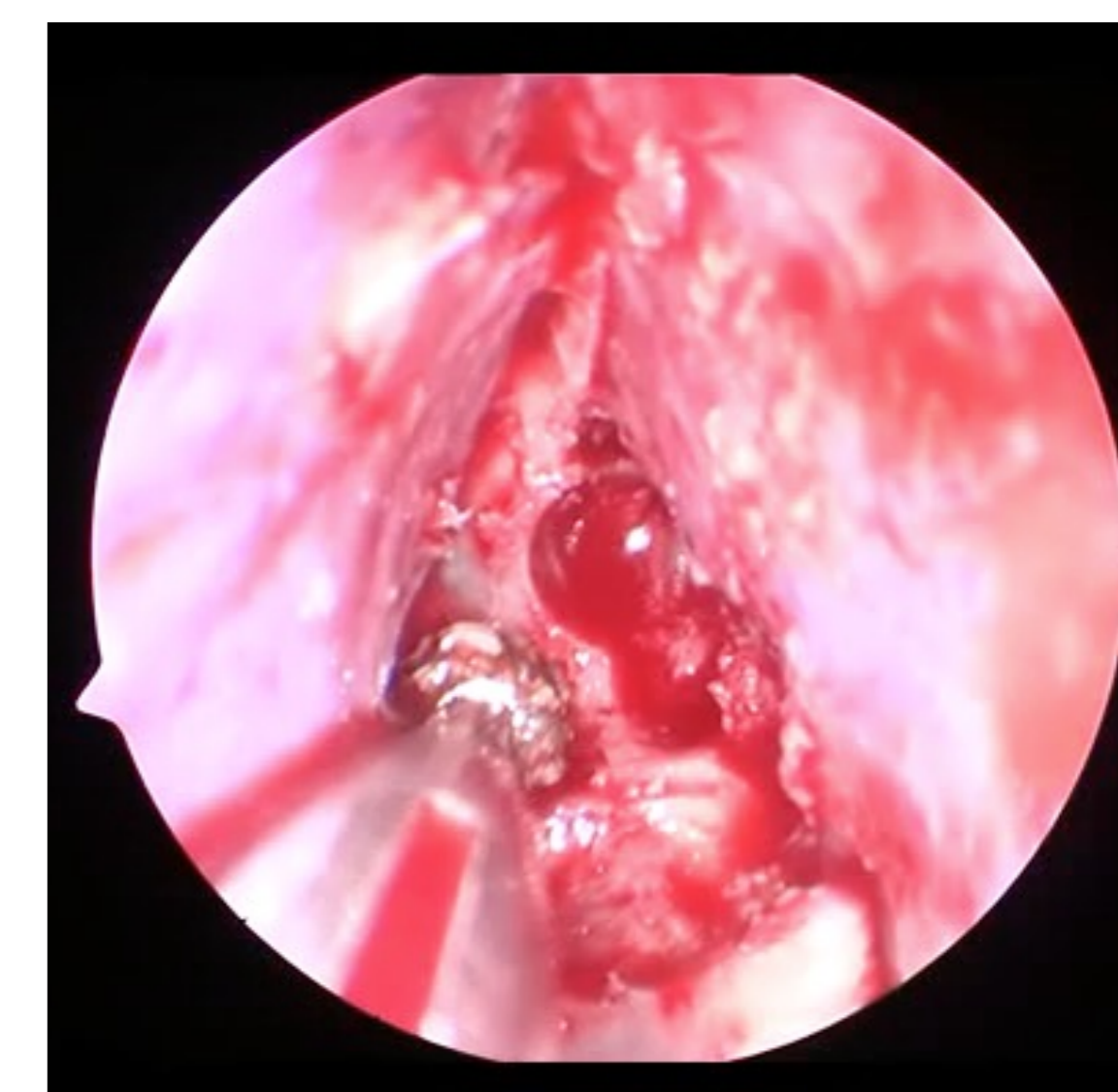


Fig.6.1 - Abordagem transvermeriana do seio esfenoidal através de brocagem.

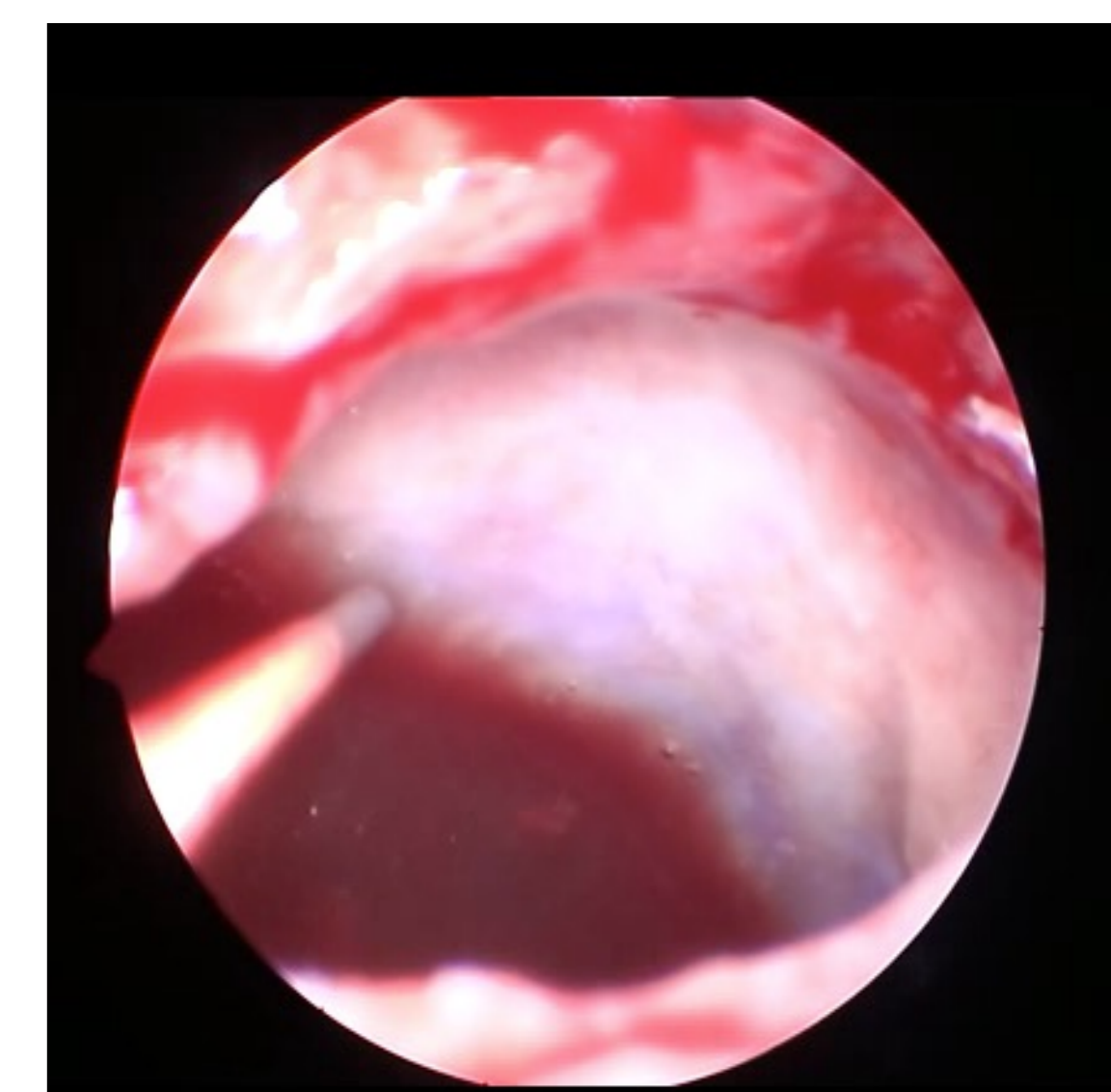


Fig.6.2 - Identificação do seio esfenoidal e constatação de mucosa nasal de aparência saudável, não espessada.

Pós-Operatório Imediato 7/11/2014



Fig.7 - Ligeira melhoria da oculomotricidade após 24 horas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O diagnóstico das complicações de rinosinusite é baseado na história clínica, exame físico e imagiologia. O exame físico do seio esfenoidal é extremamente dificultado pela sua localização, assim como completa inacessibilidade na rinoscopia anterior e escassa informação no exame endoscópico directo. No caso do nosso doente, ainda existia a agravante de a colaboração ser muito deficitária, aliada à incerteza de mais sintomatologia neurológica. A TC é considerada o "gold-standard" na avaliação de complicações orbitárias e avaliação inicial dos seios perinasais. Já a RM é essencial no estudo do comprometimento do seio cavernoso, da carótida interna e estruturas nervosas adjacentes. No nosso caso, a imagiologia e a clínica eram compatíveis com mucocelo do seio esfenoidal, contudo, quer durante a CENS, quer o exame anatomopatológico, não confirmaram a suspeita inicial. As alterações identificadas sugeriam tratar-se de um processo de RSE aguda que melhorou com o tratamento médico e cirúrgico. A falha no diagnóstico e tratamento atempado da RSE pode conduzir a graves sequelas neurológicas e, em último caso, pode ser fatal, principalmente quando há trombose do seio cavernoso. A CENS tem-se provado como essencial no alívio e controlo mais eficaz da RSE.

REFERÊNCIAS

- Rinosinusite esfenoidal aguda e acometimento do terceiro par craniano: relato de caso e revisão de literatura. Pádua FGM, Peres SM, Goto E, Voegels RL, Botugan O. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003; 7(6):3415-9.
- Hejazi N, Witzmann A, Hassler W. Ocular manifestations of sphenoid mucocoeles: clinical features and neurosurgical management of three cases and review of the literature. Surg Neurol 2001; 56(5):338
- Sphenoid Sinus Mucocoele Caused by a Completely Thrombosed Intracavernous Carotid Artery Aneurysm: An Unusual Association. Villa A, Angelis M, Pisrevic I, et al. J Neurol Surg Rep 2014; 75:e108-e112