

Corpo estranho em seio maxilar como causa de halitose

Foreign body in the maxillary sinus as cause of halitosis

Osmar Clayton Person*, Emerson Seigo Nishimoto**, Sandra Fumi Hamasaki***, Prissila Guelere****, Alfredo Rafael Dell'Aringa*****

Recebido: 8/10/04
Aprovado: 19/1/05

Resumo

A fístula oroantral é uma das complicações que podem ocorrer da extração dentária na região maxilar devido à proximidade do ápice dentário com o assoalho do seio maxilar. Essa íntima relação anatômica favorece a entrada de diversos corpos estranhos na cavidade sinusal, em geral após traumas locais ou mesmo durante tratamentos odontológicos. A principal manifestação desse processo é a ocorrência de sinusite, associada à presença do corpo estranho e à contaminação do seio pela flora bucal através da fístula. Os autores relatam o caso de um paciente com queixa de halitose devido à presença de uma fístula oroantral e um corpo estranho de origem dentária no seio maxilar. O paciente foi submetido à sinusectomia pela técnica de Caldwell-Luc, com sucesso e rápida recuperação.

Unitermos

Sinusite odontogênica; sinusite maxilar; seio maxilar; corpo estranho; dente.

Abstract

The oroantral fistula is one of the complications that may occur when surgery procedures in the maxillary bone are done, due to anatomical relationship between teeth and the maxillary sinus basis. This intimate anatomical relationship is favourable for several foreign bodies to get into the maxillary cavity, especially after accidents and odontologic treatments. The principal manifestation of this process is the occurrence of sinusitis, associated with the presence of the foreign body or with the contamination of the cavity by flora through fistula. The authors report the case of a patient with halitosis due to the presence of an oroantral fistula and a foreign body that originated from a tooth in the maxillary sinus. The patient was successfully submitted to a sinusectomy by Caldwell-Luc surgery, followed by a complete and fast recovery.

Keywords

Odontogenic sinusitis; maxillary sinusitis; maxillary sinus; foreign body; tooth.

Introdução

A palavra “halitose” indica “hálito” e refere-se a um sintoma que geralmente se apresenta em processos patológicos, representando um problema médico-odontológico, psicológico e social para o indivíduo¹. O reconhecimento da halitose é simples, mas determinar sua etiologia é algo complexo². Acredita-se que 85% a 90% das causas de halitose estejam relacionadas a alterações bucais. Embora em proporção bem menor, patologias da cavidade nasal podem estar relacionadas à halitose e devem ser consideradas no processo de investigação desse sintoma¹.

O seio maxilar é o maior dos seios paranasais e corresponde a um espaço pneumático no interior do osso maxilar bilateralmente. O seu grande volume, associado à fragilidade capilar e à proximidade com os ápices de alguns dentes superiores, permite que, em determinadas circunstâncias, forme-se um acesso direto entre o seio e a cavidade bucal, constituindo a chamada comunicação bucossinusal^{3,4}. Quando essa comunicação se encontra revestida por tecido epitelial, oriundo da proliferação de tecidos que circundam a comunicação, ela passa a ser denominada fístula bucossinusal ou fístula oroantral (FOA)⁴. As FOAs são mais freqüentes em homens, principalmente após a terceira década de vida, faixa etária em que comumente se iniciam os procedimentos de exodontia, que constituem a principal causa de ocorrência de fístulas bucossinuais⁵. O favorecimento anatômico à ocorrência de FOA dá-se pela íntima relação entre o seio maxilar e as raízes dentárias, considerando que a lâmina óssea na região pode ter a espessura de 0,1 mm a 0,7 mm⁵, embora possa

Faculdade de Medicina de Marília (Famema).

* Mestre e Doutorando em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Médico da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

** Otorrinolaringologista. Ex-Residente da Faculdade de Medicina de Marília (Famema).

*** Pós-Graduando (Mestrado) em Otorrinolaringologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

**** Otorrinolaringologista. Ex-Residente da Clínica Otorrinus de São Paulo.

***** Chefe da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Marília.

haver variação individual. Essas particularidades anatômicas podem predispor a uma série de problemas cirúrgicos, incluindo a penetração acidental de corpos estranhos na cavidade sinusal no decorrer de acidentes ou mesmo tratamentos odontológicos⁶. A principal sintomatologia desse processo é o surgimento de um sabor desagradável, ocasionado pela drenagem de secreção do seio maxilar para a cavidade bucal através da FOA. Outras queixas associam-se ao quadro de sinusite unilateral recorrente ou sinusite crônica, secundária ao fluxo de alimentos ou líquidos da cavidade oral para a sinusal⁵. As extrações dentárias que mais comumente se correlacionam com as FOAs são as do segundo molar superior (45%) e as do primeiro molar (30%), sendo infreqüentes aquelas decorrentes da extração do terceiro molar e raras as originadas após extração do segundo pré-molar⁷.

O presente trabalho descreve o caso de um paciente acompanhado no Ambulatório de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) e que apresentava queixa de halitose devido à presença de FOA e sinusite maxilar crônica, secundárias à presença de um corpo estranho de origem dentária na cavidade sinusal.

Relato de caso

JGT, 36 anos, sexo masculino, casado, bombeiro, procedente de Garça, SP, procurou o Ambulatório de Otorrinolaringologia da Famema apresentando queixa de odor fétido em narinas e halitose há um ano e meio.

O paciente referia odor fétido em narina direita e halitose constante, além de dor discreta em região maxilar direita. Negava rinorréia e referia que a sintomatologia se iniciara com quadro de obstrução nasal intermitente à direita. Procurou atendimento médico em Unidade Básica de Saúde, tendo sido diagnosticada "sinusite". Foi tratado com antibiótico (cefalexina 500 mg/via oral 6/6h por dez dias), apresentando discreta melhora da sintomatologia. Em virtude da persistência das queixas após o término do tratamento medicamentoso, o paciente foi encaminhado a um otorrinolaringologista, tendo sido constatado "desvio de septo nasal". Foi submetido à septoplastia, havendo melhora da queixa de obstrução nasal e persistência do quadro de odor fétido em narina direita e halitose. Negava patologias de base (diabetes, hipertensão arterial sistêmica ou outras) e apresentava história de tabagismo (média de um maço de cigarros por dia). Negava etilismo. Referia que há aproximadamente dois anos havia sido submetido a procedimento odontológico para extração de dentes superiores, após o que foi adaptada uma prótese superior. Para realização do exame otorrinolaringológico (ORL) solicitou-se ao paciente a remoção da prótese dentária superior.

O exame ORL evidenciou:

- **Oroscopia:** ausência de dentição superior e presença de fistula em região gengival, na altura do primeiro molar direito, sem saída de secreção.

- **Rinoscopia anterior:** septo nasal centrado e hipertrofia discreta de concha nasal média bilateralmente. Não foi visualizada secreção em ambas as fossas nasais.
- **Otoscopia:** ausência de alterações no meato acústico externo e membrana timpânica de aspecto normal em ambas as orelhas.

A nasofibrolaringoscopia evidenciou septo nasal centrado, hipertrofia discreta de concha nasal média bilateralmente e presença de secreção purulenta em pouca quantidade no meato médio direito, com drenagem para a rinofaringe. Não foram observadas alterações à esquerda, na faringe e na laringe. O paciente foi submetido à tomografia computadorizada de seios da face, que mostrou a presença de velamento do seio maxilar direito e corpo estranho (aparente dente) no interior desse seio (Figura 1). Foi indicada abordagem cirúrgica, sendo o paciente submetido à sinusectomia pela técnica de Caldwell-Luc. Essa técnica foi descrita em 1893 por Caldwell, em Nova Iorque, e modificada em 1897 por Luc, em Paris, consistindo na exploração do seio maxilar por meio de uma antrostomia anterior ampla, combinada à criação de uma janela nasooantral⁸. Não houve complicações intra-operatórias, e o exame anatomopatológico do material retirado do seio maxilar direito mostrou matriz mineralizada e epitélio cilíndrico pseudo-estratificado com lâmina própria contendo discreto infiltrado linfoplasmocitário. Não houve complicações pós-operatórias, sendo o paciente tratado com levofloxacina (500 mg/dia, via oral, por 14 dias) após o procedimento. Foi realizado acompanhamento ambulatorial do paciente por um ano, com retornos no 7º, 15º, 30º, 60º, 90º, 180º e 360º dia de pós-operatório. Os sintomas de fetidez nasal, halitose e dor em região maxilar direita desapareceram após a cirurgia, e o paciente encontra-se assintomático. Não houve recidiva da FOA.

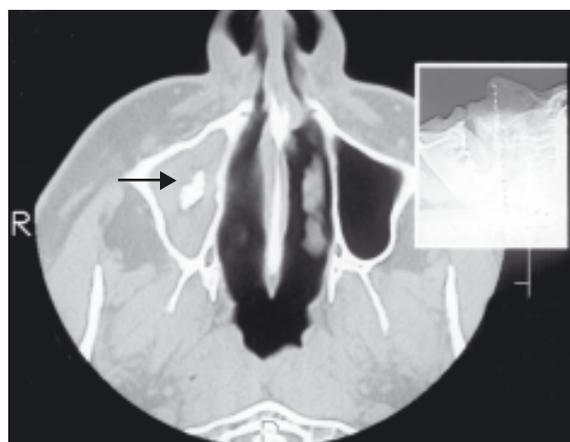


Figura 1
Tomografia computadorizada de seios da face em corte axial mostrando velamento do seio maxilar direito e corpo estranho (seta) em seu interior

Discussão

As FOA surgem mais freqüentemente como uma complicação de procedimentos cirúrgicos, em geral odontológicos^{9,10}. O diagnóstico, de acordo com a sintomatologia apresentada, pode ser realizado pelo cirurgião-dentista ou pelo médico otorrinolaringologista. Esses profissionais devem conhecer a íntima relação anatômica entre a raiz dentária e o assoalho do seio maxilar, o que é essencial na prevenção e diagnóstico precoce de eventuais comunicações bucossinusais. A maioria das comunicações bucossinusais consiste em perfurações pequenas que ocorrem no decorrer de exodontias e passam despercebidas pelo cirurgião-dentista, fechando-se espontaneamente, sem maiores complicações, pela retenção do próprio coágulo sangüíneo, com posterior mineralização do alvéolo, ocorrendo o fechamento natural da comunicação¹¹.

Anatomicamente, a inclinação entre as raízes dentárias e o palato varia dependendo do tipo facial do indivíduo, sendo maior nos indivíduos leptoprosópicos (face alta e estreita), por apresentarem palato ogival, e menor nos euriprosópicos (face baixa e larga), uma vez que estes apresentam palato plano. Entre a parede lateral do palato e a porção lingual dos dentes superiores há grande quantidade de tecido ósseo esponjoso, que diminui progressivamente da região dos dentes anteriores, onde é bastante acumulado, para os posteriores, onde se torna menos evidente¹². Essas variações anatômicas e aquelas individuais são importantes e devem ser lembradas em procedimentos cirúrgicos na região maxilar. Nesse contexto, havendo uma relação anatômica delicada entre os ápices dentários e o assoalho do seio maxilar, eventuais intervenções cirúrgicas na região predispoem à ocorrência de complicações como a comunicação bucossinusal. Isso pode ocorrer como consequência do preparo inadequado do sítio operatório, fechamento inadequado ou necrose do retalho, infecção ou mesmo falta de colaboração do paciente¹¹.

A partir do caso apresentado, fica claro que para a realização da oroscopia é sempre necessário solicitar ao paciente que remova a prótese dentária, além da necessidade de boas condições de iluminação, procurando avaliar detalhadamente a cavidade oral. As FOAs, quando presentes, devem ser sempre pesquisadas, pois podem ocultar infecções ou mesmo processos neoplásicos. Nesse caso, provavelmente, parte do 1º molar direito foi introduzida

na cavidade maxilar, e a possível contaminação bacteriana desse material, aliada à sua desvitalização, gerou um processo inflamatório crônico com formação de FOA, cuja principal manifestação clínica foi a halitose.

É conveniente lembrar, ainda, que em sinusopatias unilaterais e naquelas resistentes ao tratamento medicamentoso, a tomografia computadorizada de seios da face pode fornecer informações de extrema importância no diagnóstico etiológico, subsidiando o planejamento terapêutico. A presença de velamento unilateral do seio maxilar, visualizado na radiografia simples de seios da face, pode ocultar lesões tumorais, como o carcinoma epidermóide, o ameloblastoma, o osteossarcoma ou o papiloma invertido¹³. Dessa forma, é necessário considerar as limitações da radiografia simples no diagnóstico de patologias unilaterais da cavidade sinusal.

O crescimento populacional desordenado, aliado às péssimas condições de saúde pública nos países subdesenvolvidos, reflexos de políticas socioeconômicas ineficazes, minimiza a idealização da prevenção da saúde bucal, e coloca a população e os profissionais de saúde num ambiente terapêutico. Obviamente, considerando a íntima relação anatômica entre a dentição superior e o seio maxilar, e o aumento do número de procedimentos cirúrgicos realizados nessa região, principalmente as extrações dentárias, o conhecimento da ocorrência da FOA como uma complicação desses procedimentos é relevante aos profissionais implicados no tratamento de patologias que envolvem a maxila.

A relação anatômica de intimidade do seio maxilar com os dentes molares e pré-molares gera a necessidade de um adequado planejamento cirúrgico, precedido de um minucioso exame físico e adequados exames complementares.

A identificação de complicações cirúrgicas nessa região, como as comunicações bucossinusais, deve ser feita no intra-operatório, propiciando sua correção imediata, e evitando complicações como as fístulas oroantrais e as sinusopatias maxilares crônicas.

A halitose é um sintoma que pode apresentar-se em inúmeras condições, geralmente patológicas. Embora a maioria dos casos esteja relacionada às patologias da cavidade oral, os profissionais de saúde devem avaliar a cavidade sinusal nos casos em que não existem causas aparentes, especialmente em pacientes com história de tratamento dentário recente.

Referências bibliográficas

1. Cicco A, Salvador E. Clasificación de la halitosis. Acta Odontol Venez 2002;40(2):97-100.
2. Katayama E, Weckx LL. Halitose: aspectos clínicos. Rev Bras Med (RBM) 1996;53(4):282-8.
3. Freitas TMC, Farias JG, Mendonça RG, Alves MF, Ramos Jr. RP, Cândia AV. Fístulas oroantrais: diagnóstico e propostas de tratamento. Rev Bras Otorrinolaringol 2003;69(6):838-44.
4. Rezende RA, Heitz C. Comunicação buco-sinusal e buconasal. In: Zanini SA. Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Rio de Janeiro: Revinter: 1990, p. 431-48.

5. Krause FC, Pruzzo EC, Fonseca XA. Manejo quirúrgico de la fístula oroantral. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabezza Cuello* 1999;59(2):101-7.
6. Assis LT, Rocha LM, Abreu MM. Aplicação da técnica cirúrgica de Caldwell-Luc para remoção de corpo estranho do seio maxilar: relato de caso. *BCI* 2002; (35):203-6.
7. Gluckman JL. Oroantral fistula. In: Donald PJ, Gluckman JL, Rice DH. *The sinuses*. New York: Rayen Press: 1997, 599-606.
8. Almeida MCC, Dias SCAA. Cirurgia do seio maxilar. In: *Tratado de otorrinolaringologia*. 1ª ed. São Paulo: Roca: 2002, vol 5 (Técnicas cirúrgicas), cap 29, p. 290-7.
9. Ehrl RA. Oroantral communication. Epicritical study of 175 patients with special concern to secondary operative closure. *Int J Oral Surg* 1980;9(5):351-8.
10. Hernández Martínez F, Reyes Velásquez JO. Comunicación oroantral por extracción dental: presentación de un caso. *Rev Sanid Mil* 1995;49(3):51-4.
11. Couto Filho CEG, Santos RL, Lima ARG. Comunicação bucossinusal – Revisão de literatura e relato de casos. *J Bras Clin Odontol Integr* 2002;6(31):68-73.
12. Leite HF. Topografia dento-alveolar. In: Madeira MC. *Anatomia da face: bases anátomo-funcionais para a prática odontológica*. São Paulo: Ed Sarvier: 1995, p. 27-31.
13. Goodger NM, Halfpenny W, Williams S. An unusual cause of oro-antral fistula. *Dent Update* 2004;31(1):31-3.

Endereço para correspondência

Osmar C. Person
 Rua Silvia, 2269 – Nova Gerty
 São Caetano do Sul, SP – CEP 09571-300
E-mail: ocperson@ig.com.br