

Mucopiocele de concha média: relato de caso

Middle turbinate mucopyocele: a case report

*José Antônio Pinto¹, Pedro Paulo V. C. Cintra²,
Ana Carla Souza de Marqui³, Delmer J. P. Perfeito³,
Roberto D. P. Ferreira³, Rubens H. da Silva³*

Palavras-chave: mucopiocele, concha média,
seios paranasais.
Key words: mucopyocele, middle turbinate,
paranasal sinuses.

Resumo / Summary

A mucopiocele de concha média é uma doença incomum. A maioria das mucocelas se situa nos seios paranasais, principalmente nos seios etmoidal e frontal. Neste trabalho descreveremos um caso de mucopiocele de concha média associada com uma pansinusopatia.

Mucopyocele of the middle turbinate is an uncommon disease. Most mucocelas are situated in the frontal and/or ethmoid sinuses. In this paper we will describe a mucopyocele of the middle turbinate associated with pansinus disease.

¹ Diretor do Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça de Pescoço de São Paulo.

² Médico Assistente do Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça de Pescoço de São Paulo.

³ Médicos Residentes do Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Trabalho realizado pelo Núcleo de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço de São Paulo, Hospital São Camilo e Hospital Santa Cecília.

Endereço para correspondência: Dr. José Antônio Pinto – Rua Alameda dos Nhambiquaras 150 Moema São Paulo SP 04090-010

Tel/fax (0xx11) 5573-1970 – E-mail: japorl@uol.com.br

Artigo recebido em 11 de agosto de 2003. Artigo aceito em 04 de setembro de 2003.

INTRODUÇÃO

As mucocelos são cistos de retenção de muco sem linhagem epitelial. A piocele ocorre quando a mucocela torna-se infectada¹. A maioria das mucocelas está situada nos seios frontal e etmoidal anterior, e geralmente envolve o complexo frontoetmoidal, expandindo-se para a região superomedial da órbita, causando distúrbios oculares, sendo rara a sua apresentação nas conchas nasais. No presente artigo, os autores descrevem um caso de mucopiocele de concha média associada a uma pansinusopatia crônica, as possíveis etiologias da doença e a conduta adotada para o caso relatado.

REVISÃO DA LITERATURA

Embora relativamente incomum, as mucopioceles não são raras. A maioria delas ocorre no complexo frontoetmoidal e expande-se preferencialmente para dentro da órbita, levando ao aparecimento de sintomas oculares. Entretanto, a mucopiocele de concha média é mais rara e sua etiologia é variada e inclui cirurgias nasais prévias, ressecção de pólipos e/ou tumores nasais e trauma nasal⁴. A primeira descrição de mucopiocele de concha média foi feita por Badia et al.¹ em 1994 em um paciente masculino de 82 anos que havia sido submetido à ressecção de pólipos nasal há 20 anos, mas que há 1 ano iniciou com sintomas de obstrução nasal acompanhado de rinorréia mucopurulenta à esquerda sem melhora com tratamento clínico (corticóides nasais). Toledano et al.⁸ descreveram também um caso de mucopiocele de concha média em paciente de 14 anos que havia sofrido um trauma nasal quando criança e, desde então, apresentava obstrução nasal à direita acompanhado de rinorréia mucóide. Armengot et al.⁹ também descreveram um caso de mucopiocele em uma senhora de 65 anos de idade com sintoma principal de diplopia acompanhado de exoftalmia à esquerda e protuberância no canto medial do mesmo olho, mas sem sintomas nasais. A Tomografia Computadorizada (TC) do nariz e seios paranasais demonstrou presença de conteúdo de densidades moles no interior da concha média esquerda, expansão da mesma contra a lâmina papirácea e invasão da órbita. Estes pacientes foram submetidos a cirurgia para abertura da concha média comprometida, com saída de material purulento do seu interior e resolução completa dos sintomas. O *follow-up* destes pacientes até os 18 meses, que incluía TC de nariz e seios paranasais, demonstrou ausência completa de doença recorrente ou residual.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

N. C., 64 anos, branco, masculino, residente em São Paulo. Q.P. "dor no supercílio esquerdo". H.M.A: Refere que há 30 dias iniciou com dor no supercílio esquerdo e hiperemia

da conjuntiva. Procurou P.S., onde foi receitado colírio para olho esquerdo por 4 dias. Sem melhora do quadro, retornou novamente ao P.S com queixa de edema em pálpebra esquerda, diplopia, diminuição da acuidade visual e cefaléia frontal mais à esquerda.

Refere ainda que há 40 anos teve os mesmos sintomas no olho direito sendo medicado, com melhora do quadro. A partir desta época, iniciou com quadro de obstrução nasal e rinorréia esverdeada intermitentes, mais à esquerda controlados com tratamentos medicamentosos. Nega coriza hialina, espirros e prurido nasal. H.P.P: Hipertensão Arterial Sistêmica (faz uso de captopril, hidroclorotiazida diariamente).

Ao exame otorrinolaringológico, observou-se à inspeção edema e ptose palpebral à esquerda com reflexos pupilares presentes e hiperemia de conjuntiva esquerda.

Rinoscopia: fossas nasais com rinorréia amarelada abundante, impedindo melhor visualização das estruturas nasais; conchas inferiores hiperemiadas e hipertróficas

Oscopia: sem alterações. Otoscopia: sem alterações. Solicitados exames complementares, a TC de nariz e seios paranasais que revelou velamento de seios frontais, etmoidais e maxilar esquerdo com expansão da concha média esquerda e aumento de densidade no seu interior, sem destruição da lâmina papirácea (Figura 1). Com o diagnóstico de mucopiocele de concha média e pansinusopatia foi indicada cirurgia por via endoscópica. Realizada abertura da cabeça de concha média esquerda através de uma incisão na sua face meatal seguido da ressecção da mesma, com drenagem de moderada quantidade de secreção purulenta. Em seguida, abertura dos seios etmoidais e frontal pelos seus óstios naturais. No pós-operatório imediato o paciente relatou melhora significativa dos sintomas, recebendo alta hospitalar com antibióticos e analgésicos no 2º dia pós-operatório. No seguimento pós-operatório (7º dia) apresentava melhora completa do quadro, sem nenhum sintoma nasal.

DISCUSSÃO

O termo "mucocela" é preferido geralmente para cistos sem uma camada epitelial e causado por trauma. Quando este termo é aplicado para mucocelas de seios paranasais, ele sofre uma conotação diferente, porque quase todas as mucocelas desta região são verdadeiros cistos de retenção de muco com camada epitelial causados, principalmente, por obstrução². Outras causas são: trauma, pólipos nasais, tumores nasais⁴e/ou cirurgias. A maioria das mucocelas se localiza nos seios frontal e etmoidal, e neste, as células anteriores são mais atingidas.

Há na formação das mucocelas uma verdadeira destruição óssea devido a seu caráter expansivo que determina destruição por reabsorção óssea. Em estudos prévios, Lund et al.³ demonstraram que tecidos de mucocelas sintetizam mais PGE2 (prostaglandinas) que os tecidos normais. O aumento na capacidade dos tecidos

inflamatórios de sintetizar prostaglandinas tal como PGE2 é normalmente relacionado com níveis de citocinas inflamatórias (interleucina E, fator α necrose tumoral, fator de adesão vascular), produzidas como resultados da inflamação. Tais citocinas poderiam ser responsáveis pela destruição associada as mucocèles, com conseqüente reabsorção, rarefação e expansão óssea local, facilitando o alargamento das mesmas⁵. Este evento pode ser causador da presença de áreas de reabsorção e formação óssea⁸, observadas nas paredes ósseas que circundam a mucocèle, onde a atividade osteoblástica acompanhada pela osteogênese e esclerose se alterna com áreas de destruição de osso ativo⁶. A mucocèle, desta forma, cresceria expandindo-se para fora em vez de se expandir sob efeito de pressão interna, preservando desta forma a mucosa do seio.

A concha média é uma placa óssea que se situa inferomedialmente ao complexo de células aéreas etmoidais e corre ao longo do seu limite anterior, podendo ser aerada (chamadas então concha bolhosa). A primeira descrição de concha média bolhosa foi feita em 1893 por Zuckerkandl⁷. Quando ocorre uma pneumatização da concha média, forma-se um grande volume aéreo o suficiente para o seu crescimento, antes que possa apresentar algum sintoma. Sua pneumatização pode ocorrer tanto anterior quanto posteriormente, sendo que anteriormente é potencialmente propício à formação das mucopiocèles. A concha média, por sua vez, também apresenta um óstio que conecta a luz da célula aérea com o recesso frontal, podendo ser propensa à obstrução causado por edema inflamatório local, ou também, causar obstrução do infundíbulo etmoidal levando ao aparecimento de doença etmoidal e/ou antral. Assim, como pode levar infecção secundária aos seios paranasais, a concha média bolhosa está, portanto, predisposta às mesmas desordens inflamatórias que possam ocorrer no interior de qualquer seio paranasal, mas a sua prevalência em pacientes com sinusite crônica varia em torno em de 30%⁵.

No presente caso, o paciente apresentava rinossinusite crônica há muitos anos, sendo tratado clinicamente, mas não sabemos se de forma apropriada. Optamos então, pela cirurgia, onde foi realizada a abertura da concha média com drenagem de material purulento e ressecção da face meatal da mesma, seguido de abertura dos óstios de drenagem dos seios paranasais comprometidos. O paciente apresentou melhora significativa já no pós-operatório imediato, com resolução completa do quadro clínico no 7º dia pós-cirúrgico.

A TC e a Ressonância Magnética (RNM) auxiliam no diagnóstico por serem exames de alta resolução, permitindo o diagnóstico diferencial com os cistos, massas expansivas, lesões erosivas, secreções, tumores benignos (pólipos, papilomas). Neste caso, a TC de seios paranasais permitiu distinguir a lesão de secreções nos seios paranasais. A TC

mostrou que se tratava de uma lesão aparentemente não-vascularizada, sem comprometimento cerebral e localizada no meato médio esquerdo (Figura 2). Mesmo com a confirmação no intra-operatória de lesão benigna, é mandatório o exame histopatológico para confirmação do diagnóstico.

CONCLUSÃO

Apesar da mucopiocèle de concha média ser uma entidade não muito frequente, este deve ser um diagnóstico diferencial em casos de rinossinusopatia com resolução não-satisfatória e em massas e tumores intranasais.



Figura 1. TC dos seios face (corte axial) mostrando a pansinusite e a mucopiocèle de concha média esquerda.



Figura 2. TC dos seios face (corte coronal) mostrando a mucopiocèle localizada em concha média esquerda.

Exames como TC de seios paranasais são de grande valor para o diagnóstico e, em alguns casos, é recomendado a RNM com contraste de gadolínio para obtermos um melhor delineamento da lesão e a distinguirmos de processos expansivos do nariz, seio paranasais ou mesmo lesões de origem cerebral. Após confirmação do diagnóstico, o tratamento cirúrgico endoscópico permite um resultado satisfatório. Quando há associação de doenças concomitantes dos seios paranasais, estes também devem tratados cirurgicamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badia L, Parikh A, Brookes BG. Pyocele of the middle turbinate. *The Journal of Laryngology and Otology* 1994; 108: 783-4.
2. Hellquist HB. Pathology of the nose and Paranasal Sinuses. ch 2, London: Butterworths. p. 17-20.
3. Lund VJ, Henderson B, Yu Song. Involvement of Cytokines and Vascular Adhesion Receptors in the Pathology of Fronto-Ethmoidal Mucocetes. *Acta Otolaryngology* 1993; 113: 540-6.
4. Harrison DFN, Lund VJ. Conditions Simulating Neoplasia. Tumors of the Upper Jaw; ch4. London: Churchill Living Stone; p. 54-62.
5. Clark ST, Babin RW, Salazar J. The incidence of concha bullosa and its relationship to chronic sinonasal disease. *Am J Rhinol* 1989; 3: 11-2.
6. Lund VJ. Physiopathologie des mucocetes. *Cah Otorhinolaryngol* 1996; 21: 407-11.
7. Zuckerkandl E. Die untere sicbbeinmuschel (mitther Nasanmuschel), normale und pathologische Anatomie der nasenhohle und ihrer pneumatischen anhang. Bd1, Bd 2. Vienna and Leipzig; 1893.
8. Toledano A, Herráiz C, Mate A, Plaza G, Aparicio JM, De los Santos G, Galindo AN. Mucocete of the middle turbinate. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 126:442-4.
9. Armengot M, Ruiz N, Hostalet P, Basterra J. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121:650-2.