Rinolito como diagnóstico diferencial de sintomas nasais persistentes

Rhinolith as a differential diagnosis of persistent nasal symptoms

Giliane Gianisella[1], Vanessa Schmitz Reis[2], Tássia Alicia Marquezan Augusto[1], Renato Roithmann[3], Marcos Nogueira de Castro Constantino[4]

RESUMO

Rinolitos são massas calcificadas formadas a partir de um corpo estranho intranasal. O presente estudo apresenta o caso de um paciente de 34 anos com queixa de cacosmia e história pregressa de ter introduzido um corpo estranho na cavidade nasal aos 2 anos de idade. O diagnóstico de rinolito foi confirmado através de endoscopia nasal e tomografia computadorizada, sendo realizada a sua exérese cirúrgica por via endoscópica. Assim, mesmo sendo uma entidade rara, a rinolitíase deve ser incluída no diagnóstico diferencial de sintomas nasossinusais persistentes, tendo a endoscopia nasal rígida importante papel propedêutico e terapêutico.

UNITERMOS: Corpos Estranhos, Endoscopia, Tomografia.

ABSTRACT

Rhinoliths are calcified masses formed from an intranasal foreign body. This study presents the case of a 34-year-old complaining of cacosmia and history of having introduced a foreign body in the nasal cavity at 2 years of age. The diagnosis of rhinolith was confirmed by nasal endoscopy and CT scan, with subsequent endoscopic surgical excision. So, even though a rare entity, rhinolithiasis should be included in the differential diagnosis of persistent sinonasal symptoms, with rigid nasal endoscopy playing an important propaedeutic and therapeutic role.

KEYWORDS: Foreign Bodies, Endoscopy, Tomography.

INTRODUÇÃO

Rinolitos (do grego *rhino*, nariz e *lithos*, pedra) são concreções calcárias compostas por sais de fosfato de cálcio e de magnésio, carbonato de cálcio, compostos orgânicos e água (1, 2, 3) em um corpo estranho localizado na cavidade intranasal. Os achados clínicos de um rinolito surgem com o seu aumento de tamanho, causando obstrução nasal, rinorreia purulenta e fétida unilateral, cacosmia e epistaxe recorrente. Raramente, podem ocorrer rinossinusite, cefaleia e epífora secundários à presença do rinolito na cavidade nasossinusal (2, 3, 4). O diagnóstico provém da suspeição clínica e de exames de imagem, como tomografia computadorizada e endoscopia nasal, tendo esse importante papel na sua exérese cirúrgica. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso de rinolito em um homem de 34 anos.

RELATO DO CASO

RPC, masculino, 34 anos, vem à consulta com queixa de cacosmia persistente desde a infância, percebida, inclusive, pela esposa. Na história, apresenta o fato de ter introduzido

[1] Médica Residente do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Luterana do Brasil.
[2] Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil.
[3] Médico otorrinolaringologista. Associate Scientific Staff, Departament of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Mount Sinai Hospital, Toronto, Canada. Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Luterana do Brasil.
[4] Médico otorrinolaringologista. Preceptor do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Luterana do Brasil.

na fossa nasal direita fibra de preenchimento de almofadas aos 2 anos de idade. À rinoscopia anterior, visualizava-se lesão esbranquiçada, endurecida e aderida à altura do terço inferior da concha nasal inferior da fossa nasal direita. Solicitada tomografia computadorizada de seios da face que demonstrou imagem com bordos de densidade cálcica no terço anterior do assoalho da fossa nasal direita, confirmando a hipótese diagnóstica de rinolito (Figuras 1 e 2). Após realizada a exérese por via endoscópica (Figura 3), o paciente manteve-se assintomático no acompanhamento ambulatorial de dois meses, sem complicações secundárias.

DISCUSSÃO

Em 1654, Bartholin descreveu o primeiro caso de rinolitíase e, desde então, mais de 600 casos foram reportados na literatura (2, 5). Rinolitos são massas formadas pela deposição de sais de cálcio e magnésio no entorno de um corpo estranho localizado na cavidade nasal (2, 3, 4). A reação inflamatória local provocada pela presença do corpo estranho predispõe o processo de calcificação, além de alterações do fluxo aéreo e do pH local e estase de secreções (3, 6). Podem ser classificados como exógenos (grãos, pedras, fragmentos de roupas ou plásticos) ou endógenos (coágulos, fragmentos ósseos ou dentes ectópicos), e sua via de entrada geralmente é anterior, podendo ocorrer de maneira retrógrada através da tosse, de vômitos ou, ainda, formar-se *in situ*, como complicação de uma rinossinusite crônica (1, 5). Raras são as vezes em que sua origem é determinada; porém, a maioria dos casos decorre de corpos exógenos colocados acidental ou espontaneamente dentro da cavidade nasal durante a infância. Geralmente, apresenta-se unilateralmente no assoalho nasal ou entre a concha inferior e o septo, sendo que os sintomas surgem à medida que ocorre o seu crescimento (4, 5). Os sintomas mais frequentes são a obstrução nasal unilateral e rinorreia fétida, mas também podem ocorrer cefaleia, epífora, epistaxe e anosmia. Há relatos de complicações como perfurações septais, fístulas oronasais, rinossinusites crônicas pela extensão ao seio maxilar e até mesmo ao crânio (1, 4, 5, 7). Além disso, há descrição de carcinoma escamoso em paciente portador de rinolitíase, possivelmente relacionada à inflamação crônica local provocada pelo corpo estranho levando a displasias epiteliais (4).

A endoscopia nasal rígida é uma ferramenta importante no diagnóstico e na avaliação da extensão posterior do rinolito na cavidade nasal (2, 3, 4, 5). Assim, a realização de endoscopia nasal em pacientes que apresentam queixas nasossinusais persistentes é de grande valia; nesse caso, o paciente tivera evolução de 32 anos desde a introdução do corpo estranho na cavidade nasal sem ter o diagnóstico realizado precocemente. À tomografia computadorizada de seios da face, importante exame complementar, o rinolito apresenta-se como uma massa relativamente homogênea com concreções calcificadas. Sua realização é útil para avaliar os diagnósticos diferenciais da rinolitíase (hemangio-

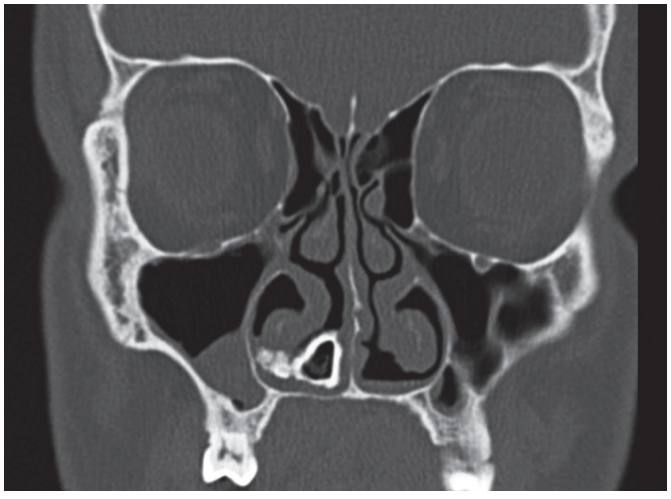


Figura 1 – Tomografia computadorizada em corte coronal apresentando concreção calcária entre a concha nasal inferior e o septo nasal da fossa nasal direita.

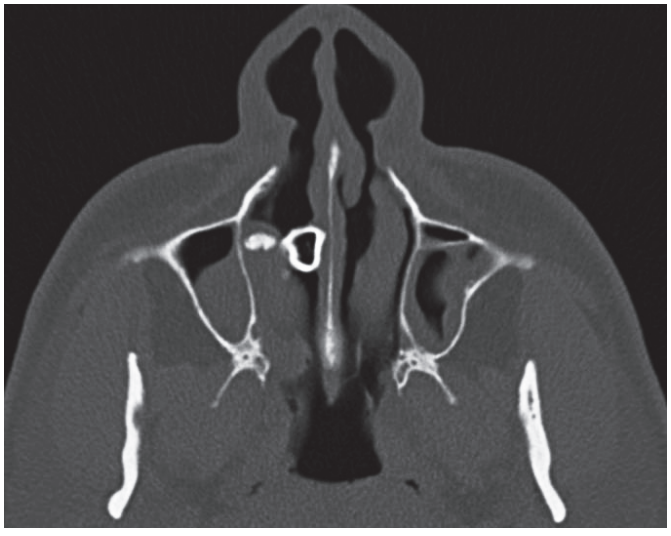


Figura 2 – Tomografia computadorizada em corte axial.

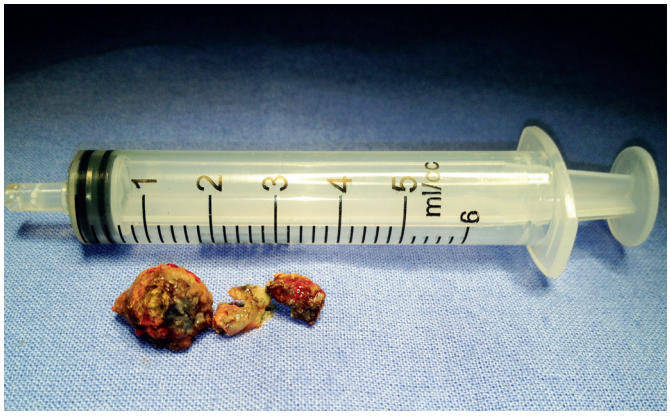


Figura 3 – Rinolito após a exérese endoscópica.

mas, osteomas, fibromas, condrossarcomas) e as suas possíveis complicações (2, 3, 5).

A excisão do rinolito é fundamental para o tratamento e, com o avanço das técnicas endoscópicas nasais, a utilização de endoscópio rígido para a sua exérese é bem-sucedida (3, 4, 5, 7). Há relato do uso de litotripsia como opção terapêutica (8).

COMENTÁRIOS FINAIS

Apesar de ser uma entidade rara, a rinolitíase deve ser incluída no diagnóstico diferencial de queixas como rinorreia, cefaleia crônica, cacosmia ou obstrução nasal unilateral. O tratamento inclui a exérese cirúrgica, tendo a endoscopia nasal rígida papel fundamental no diagnóstico e na terapêutica desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Shah FA, George s, Reghunanden N. A case presentation of a large rhinolith.Oman Med J. 2010;25(3):230-1.
2. Cavalcanti HVR, Campos GG, Velasco TS, Rego PF, Benetti AP. Rinolito: relato de caso e revisão de literatura. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004;70(5):688-90.
3. Oliveira DCCM, Cantini R, Mello LRP, Tonon S, Félix JAP, Defaveri M. Rinolitíase: apresentação de oito casos e revisão de literatura. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003;69(4):497-502.
4. Özdemir S, Akbas Y, Görgülü O, Selçuk T, Sayar Ç. Rhinolithiasis: review of 21 cases. Am J Rhinol Allergy. 2010;24(6):136-9.
5. Brehmer D, Riemann R. The rhinolith – a possible differential diagnosis of a unilateral nasal obstruction. Case Report Med. 2010;845671.
6. Aguayo V, Martín A, Soto C, Araceli I. Rinolitiasis: presentación de un caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 1996;34(3):207-9.
7. Dib GC, Tangerina RP, Abreu CEC, Santos RP, Gregório LC. Rinolitíase como causa de fístula oronasal. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005;71(1):101-3.
8. Mink A, Gáti I, Székely J. Nasolith removal with ultrasound lithotripsy. HNO. 1991;39(3):116-7.

✉ Endereço para correspondência
Giliane Gianisella
Av. Lavras, 200/202
90.460-040 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 9962-7785
💻 gilianegianisella@hotmail.com

Recebido: 18/9/2012 – Aprovado: 7/3/2013