

SINUSITE DE ORIGEM ODONTOGÊNICA: RELATO DE CASO

Fabiana Vitória Ananias Gonçalves¹; Natália Silva Vaz¹; André Destéfani Monteiro²

1. Discente do curso de Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande

2. Prof. Me. do curso de Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande

Palavras-chave: sinusite maxilar, infecção bacteriana, seio maxilar.

INTRODUÇÃO

O crânio possui cinco cavidades pneumáticas, denominadas de seios (etmoidal, esfenoidal, frontal e maxilar). O seio maxilar é o maior deles, se forma na vida intrauterina através da invaginação da cavidade nasal, e continua sua formação posteriormente, sendo responsável pela umidificação e aquecimento do ar inspirado e funciona como caixa de ressonância para a voz (Peterson et al., 2005; Brook, 2006; Scuderi et al., 1993).

A sinusite odontogênica (ou sinusite maxilar) situa-se no seio maxilar, onde ocorre uma inflamação da membrana. Didaticamente, divide-se de duas formas: 1) traumática (que envolve impacto direto na região, afetando o soalho do seio) e 2) não-traumática. Várias causas estão associadas à esta última como: infecções gerais do organismo citando os resfriados, pneumonia, gripe, entre outras; bem como as causas odontogênicas, proveniente de focos infecciosos próximos ao seio, destacando a doença cárie, iatrogenias, cistos odontogênicos e doença periodontal (Mehra et al., 1999; Maia-Filho et al., 2007).

Clinicamente, podemos dividir a sinusite odontogênica em aguda ou crônica. A primeira baseia-se na dor intensa irradiada para o hemiarco, dor periodontal, dor à percussão e/ou pressão, cornetos edemaciados, secreções nasais purulentas e fístula oroantral. A segunda, tem-se fraca sintomatologia podendo apresentar cefaléia, sensação de pressão, e ainda quadros agudos (Horch, 1995).

Muitas vezes as raízes dos dentes pré-molares e molares ficam em íntimo contato com o seio pois estão logo abaixo do soalho, e qualquer acometimento nessa região pode drenar para o seio maxilar, desencadeando a sinusite de origem odontogênica na membrana de Schneider representada pela reação inflamatória e/ou infecciosa. (Mehra & Murad, 2004; Brook, 2006; Costa et al., 2007).

A microbiologia existente nas infecções dentro seio é constituída por uma flora polimicrobiana, composta por bactérias aeróbias e anaeróbias (Peterson et al., 2005), as quais as anaeróbias são provenientes da orofaringe, infecção periodontal e endodôntica. Quanto às aeróbias, estão em menor número. Todavia, ambos agentes bacterianos estão presentes nas duas apresentações de sinusite, aguda e crônica (Brook, 2005).

O processo diagnóstico inclui investigar a história clínica da maneira detalhada, realizar exame físico (extra e intrabucal) completo e obter exames de imagens, tais como radiografias intrabucais (periapical) e extrabucais (panorâmica e tomografia) (Vale et al., 2010). Esta última, é a mais preconizada em virtude de sua alta qualidade, menor exposição à radiação e elevada capacidade em avaliar a anatomia sinusal, permitindo observar lesões na mucosa, suas extensões e variações anatômicas, e estruturas ósseas em várias perspectivas (Nishimura e Ilzuka, 2002).

O tratamento consiste em eliminar os fatores causais e a infecção presente no seio (Brook, 2006). Normalmente combina-se as terapêuticas: farmacológica e cirúrgica para solucionar tal patologia (Costa et al., 2007; Vale et al., 2010), pois a administração de antibióticos é essencial no processo terapêutico prevenindo complicações, destacando a penicilina, devido ao seu amplo espectro (Mathew et al., 2012; Sanchéz et al., 2011). A utilização de descongestionantes nasais e gotas de hidratação também ajudam nesse processo (Harvey et al., 2007).

O objetivo desse trabalho é descrever o caso clínico sobre sinusite de origem odontogênica, abrangendo a importância do diagnóstico pelo Cirurgião-Dentista para condução de um tratamento correto.

MÉTODO UTILIZADO

Descrever um caso clínico de um paciente com 47 anos de idade, com sinusite odontogênica crônica e assintomática, atendido na Clínica Integrada de Odontologia do UNIVAG - Centro Universitário de Várzea Grande, no ano de 2016.

CASO CLÍNICO

Paciente M.R.C, sexo masculino, feoderma, 47 anos de idade, compareceu à clínica de Odontologia do UNIVAG- Centro Universitário queixando-se quanto à estética do seu sorriso. No exame clínico relata ser fumante há 18 anos e fuma 2 carteira de cigarro/dia, nega alergias, medicações, histórico de sinusite, doença sistêmica, todavia, notou-se congestão nasal, o qual relatou ser devido à trabalhar com câmara fria.

Ao exame intrabucal foi observado ausência dentárias, raízes residuais, doença periodontal avançada associada ao fumo, mobilidade dentária, extrusão dentária, vestibularização dos dentes anteriores superiores e pigmentação extrínseca. Não relatou sintomatologia dolorosa. Ao realizar o check-up radiográfico, notou-se uma imagem radiopaca, compatível com velamento do seio maxilar lado esquerdo acima do dente 25 (Figura 1), com teste de vitalidade pulpar positivo ao estímulo frio. Para investigar melhor, solicitou-se radiografia panorâmica (Figura 2) e a tomografia Cone Beam da maxila (Figura 3A).

O resultado mostrou perda óssea alveolar severa de arco maxilar (Figura 3A), osteólise na região dos elementos 24 e 25, na eminência da ruptura da cortical do seio e espessamento acentuado do revestimento mucoso no seio maxilar esquerdo, definindo o diagnóstico como Sinusite de origem Odontogênica (Figuras 3B e 4).

Dessa maneira, o tratamento instituído foi: tratamento periodontal inicial, exodontia de raízes residuais e do elemento 25, com prescrição medicamentosa de antibiótico via oral (Amoxicilina 500mg) durante 10 dias e uso tópico nasal (Hidrocina - solução nasal), somada ao tratamento endodôntico dos incisivos centrais superiores, e alertado sobre o efeitos nocivos do tabagismo, para garantir a estabilidade da doença periodontal e sucesso do tratamento.

Após 15 dias, realizou-se novos exames imaginológicos (periapical da região e tomografia Cone Beam), apresentando apenas leve espessamento da mucosa do seio maxilar esquerdo, devido ao curto período de tempo (Figuras 5, A e B).

DISCUSSÃO

Na literatura, Hargreaves e Choen, 2010 relataram que a sinusite maxilar por vezes aparece acompanhada de dor nos pré-molares e molares, sendo um dos motivos pelo qual o paciente busca atendimento odontológico. Somado à isso, a congestão nasal pode estar presente segundo Attanasio, 1997. Entretanto, a dor de dente não foi uma queixa percebida neste caso, mas a congestão nasal foi evidenciada com clareza.

Ressaltando que a proximidade das raízes dos dentes posteriores podem causar comunicação com o seio maxilar (Mehra & Murad, 2004), foi evidenciado na tomografia os dentes 25, 27 e 28 com raízes em íntimo contato com o soalho do seio (Figura 3A), podendo ser um fator importante para a causa da sinusite.

Horch, 1995 e Maia-Filho, 2007 descreveram sobre as patologias mais comuns que acometem o seio, destacando a doença cárie e a doença periodontal cujas causam inflamação da membrana sinusal. Esses achados corroboram com o nosso estudo, pois foi visto clinicamente e tomograficamente a perda óssea alveolar generalizada, por consequência da doença periodontal e comprometimentos pulpares decorrente da doença cárie (Figura 3A), sendo improvável concluir qual das duas doenças foi primária.

A doença periodontal é uma infecção crônica, colonizada por bactérias Gram-negativas. Evolui com períodos de agravamento e tem períodos de remissão, devido à resposta imune e

inflamatória do hospedeiro frente às bactérias e os seus produtos liberados (Almeida et al., 2006). No caso do paciente estudado, essa resposta se altera pelo uso contínuo do cigarro, uma vez que este afeta as células do tecido periodontal, diminuindo fluxo sanguíneo e o número de leucócitos, aumentando a liberação de citosinas gerando uma ampla destruição do periodonto de inserção, bem observada nos exames extrabucais (Figura 2 e 3A), e na intrabucal (Figura 1) evidenciando uma imagem radiolúcida, com desaparecimento da lâmina dura, presença de massa no espaço do seio maxilar sobre o dente 25 quando averiguado no lado contralateral (Haumann et al., 2002).

Segundo Madani e Beale, 2009, a doença periodontal aumenta 2 vezes o risco de sinusite no seio maxilar, então, o tratamento requer a eliminação das bolsas periodontais e a interrupção do processo da doença como dito por Brook, 2006.

Outras causas podem ser fatores iatrogênicos, como o tratamento endodôntico com extravasamento de patógenos ou material irritante na instrumentação para dentro do seio, complicações da cirurgia ortognática e pré-protética, complicações na exodontia podendo deslocar um fragmento dentário ou o dente inteiro para dentro do seio, erro na colocação de implantes e na elevação do soalho do seio (Haumann et al, 2002; Brook, 2006; Jung et al, 2007; Alkan et al, 2008). Entretanto, iatrogenia não tinha relação com o nosso caso.

Jivoinovici et al., 2014 relata que nos casos de lesão endo-perio, a colocação de medicação intracanal nos dentes afetados se faz necessário antes do tratamento periodontal devido aos patógenos e subprodutos presentes no canal radicular infectado que podem atravessar canais acessórios e furca, determinando uma dificuldade no tratamento. Em seus dois casos clínicos, evidenciou cicatrização bem sucedida, com diminuição da profundidade de sondagem. Seguindo esse fundamento, optamos por colocar medicação intracanal nos dentes comprometidos e continuar com a terapia periodontal invasiva.

Uma vez diagnosticada como sinusite de origem odontogênica, e sua real etiologia, o tratamento deve-se eliminar o foco infeccioso pois, segundo Park et al., 2013, e Schow, 2015, se não tratada ou tratada de forma inadequada, esta pode evoluir para uma série de complicações incluindo osteomielite, celulite orbitária, trombose do seio cavernoso, meningite, empiema subdural, ou abscesso intracraniano. O diagnóstico depende portanto, do conhecimento, reconhecimento dos sinais e sintomas, tradução dos exames feitos e solicitados pelo cirurgião-dentista, uma vez que ele direcionará o tratamento mais adequado e avaliará a necessidade de um tratamento multiprofissional.

Terapeuticamente, busca-se a eliminação dos fatores dentários causais, seja por tratamento endodôntico ou exodontia como descrito por Mehra e Murad, et al em 2004. Neste caso, iniciou-se a terapia periodontal invasiva (diminuindo a quantidade de patógenos), seguida da exodontia dos dentes condenados, associado a antibioticoterapia combinando com outros fármacos de uso tópico como os descongestionantes nasais, são bem descrita na literatura por Harvey et al, 2007. Demos atenção à família da penicilina, começando cinco dias antes da cirurgia no intuito de prevenir complicações. Quanto ao uso tópico foi receitado Hidrocin-solução nasal, por ser descongestionante, corticóide e antibiótico, sendo fundamental manter as narinas permeáveis e o óstio desobstruído. Dessa maneira, observamos na tomografia pós operatória a melhora significativa na radiopacidade/inflamação da mucosa do seio maxilar esquerdo, causada pela presença dos elementos dentários 24 e 25 (Figura 5 A e B), sendo essencial o acompanhamento da regressão da mesma com consultas periódicas pois ainda há discreto espessamento da mucosa.

CONCLUSÃO

- Existe inúmeros fatores etiológicos envolvidos com a sinusite odontogênica, destacando a cárie dental e a doença periodontal;
- O processo diagnóstico se baseia na investigação da história clínica criteriosa somada aos exames de imagem, dependendo diretamente do conhecimento e capacidade do cirurgião dentista em traduzir os sinais e sintomas, bem como entender os resultados dos exames;
- Dessa maneira, a sinusite de origem odontogênica uma vez diagnosticada, é primordial que a terapêutica seja interdisciplinar e medicamentosa, buscando um prognóstico favorável para cada caso, com acompanhamento clínico e radiográfico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida FR, Pinho MM, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. **Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas**. Rev Port Clin Geral, 22, pp. 379-390, 2006.
- Alkan A, Celebi N e Bas B. **Acute Maxillary Sinusitis Associated with Internal Sinus Lifting: Report of a Case**. European Journal of Dentistry, 2(1), pp. 69-72, 2008.
- Attanasio R. **Orofacial Pain and Related disorders**. The dental Clinics of North America, 41(2): 370-382, 1997.
- Brook, I. **Microbiology of acute and chronic maxillary sinuses associated with na odontogenic origin**. Laryngoscope, 115(5), pp. 823-5, 2005.
- Brook I. **Sinusitis of odontogenic origin**. Otolaryngol Head Neck Surg.135 (3): 349-255. 4, 2006.
- Costa F, Emanuelli E, Robiony M, Zerman N, Polini F, Politi M. **Surgical Treatment of Chronic Maxillary Sinusitis of Dental Origin**. J. Oral Maxillofac. Surg. 2007, 65(2):223-8.
- Hargreaves KM, Cohen S, eds. **Cohen's Pathways of the Pulp**. 10ª Edição. St Louis: Mosby Elsevier, 2010:56.
- Harvey R, Hannan SA, Badia L, Scadding G. **Nasal saline irrigations for the symptoms of chronic rhinosinusitis**. Cochrane Database Syst Ver, 2007.
- Horch, HH. Patología Odontogénica de Los Senos Maxilares. In: Herzog, M. (Ed. **Cirurgia Oral y Maxilofacial**. 2ª edição. Barcelona, Masson. Pp. 244-280, 1995.
- Hauman CHJ, Chandler NP, Tong DC. **Endodontic implications of the maxillary sinus: a review**. International endodontic journal, 2002, 35 (2), pp. 127-41.
- Jivoinovici R, Suci I, Dimitriu B, Perlea P, Bartok R, Malita M, Lonescu C. **Endo-periodontal lesion-endodontic approach**. J Med Life. Oct-Dec; 7(4): 542–544, 2014.
- Jung, JH, Choi BH, Jeong SM, Li J, Lee SH, Lee HJ. **A retrospective study of the effects on sinus complications of exposing dental implants to the maxillary sinus cavity**. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology, 103 (5), pp. 623-5, 2007.
- Madani G, Beale TJ. **Sinonasal inflammatory disease**. Semin Ultrasound CT MR, 30, pp. 17-24, 2009.
- Maia-Filho ALM, Teixeira ERL, Araújo KS, Santos IMSP, Leal NS. **Seio maxilar e sua relação de proximidade com as raízes dos dentes superiores posteriores: uma revisão bibliográfica**. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2007.
- Mehra P, Murad H. **Maxillary sinus disease of odontogenic origin**. Otolaryngol Clin North Am 2004;37:347–364.
- Mathew GC, Ranganathan LK, Gandhi S, et al. **Odontogenic maxillofacial space infections at a tertiary care center in North India: A five-year retrospective study**. Int J Infect Dis 2012;16:296–302.
- Mehra P, Caiazzo A & Bestgen S. **Odontogenic sinusitis causing orbital cellulitis**. J. Am. Dent. Assoc., 130(7):1086-92, 1999.
- Nishimura T, Ilzuka T. **Evaluation of odontogenic maxillary sinusitis after conservative therapy using CT and bone SPECT**. Clin Imaging.2002; 26 (3): 153-160.
- Park CH, Jee DH, La TY. **A case of odontogenic orbital cellulitis causing blindness by severe tension orbit**. J Korean Med Sci 2013;28:340–343. 31.
- Peterson L. et al. Doenças odontogênicas do seio maxilar. In: Schow S, editores. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 443-459. 3.
- Sánchez R, Mirada E, Arias J, et al. **Severe odontogenic infections: Epidemiological, microbiological and therapeutic factors**. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2011;16:e670–676.
- Schow S. R. (2005). *Doenças Odontogênicas do Seio Maxilar*. In: Peterson L. J., et alii. (Eds.). **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 4ª Edição. Rio de Janeiro, Elsevier, pp. 443-459.
- Scuder AJ, Harnsberger HR, Boyer RS. **Pneumatization of the paranasal sinuses: normal features of importance to the accurate interpretation of CT scans and MRI images**. AJR Am J Roentgenol. 1993; 160 (5): 1101– 1104.

Vale DS, Araújo MM, Cavaliere I, Santos MB, Canellas JVS. Sinusite maxilar de origem odontogênica: relato de caso. Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac., 51(2):141-6, 2010.

ANEXO

Figura 1. Radiografia Periapical inicial.



Figura 2 – Radiografia Panorâmica



Figura 3A – Imagem tomográfica - Corte transversal.

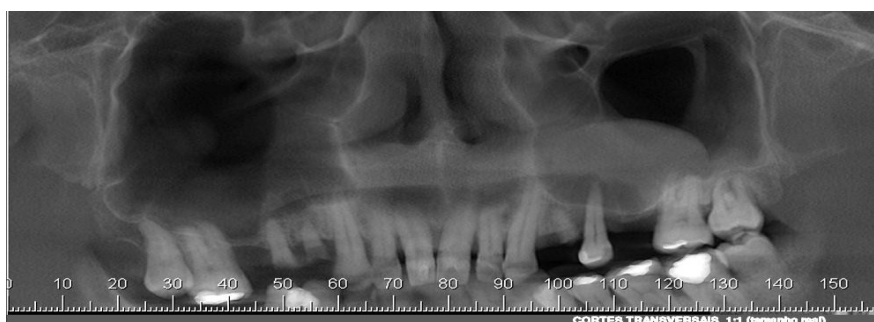


Figura 3B - Corte axial referente ao dente 25



Legenda:

AB: Abaulamento ósseo – em direção ao seio maxilar.

ESPM*: espessamento do revestimento mucoso do seio maxilar.

Figura 4- Imagem 3D – Visão oblíqua anterior esquerda



Figura 5A- Radiografia periapical (pós-operatório)



Figura 5B – Imagem tomográfica – pós operatório

