

Odontogenic Sinusitis

Sinusite Odontogênica

INTRODUÇÃO

A Sinusite maxilar crônica de origem dentária é uma doença cuja prevalência é muitas vezes subestimada⁽¹⁾. É mais freqüente em adultos do que em crianças.. Apesar de presente ao nascimento, o seio maxilar não atinge o tamanho adulto antes dos 8 ou 9 anos. Após essa idade , a cavidade se expande com o crescimento , permanecendo no terço médio da face ⁽²⁾.

A causa mais comum é o granuloma apical , especialmente do primeiro molar, ⁽³⁾ mas periodontite avançada deve ser considerada como fator etiológico ^(4,5).

O ápice dos dentes molar e pré-molar estão intimamente associados com o seio maxilar e freqüentemente sua raiz protrui na cavidade sinusal. Na sinusite pode-se sentir ,principalmente nestes dentes, uma dor surda, pressão e desconforto. O dente pode estar sensível à percussão , à mastigação e ao frio. Tipicamente o paciente refere uma história de infecção de vias aéreas superiores e congestão nasal acompanhando a dor dentária. Há também uma sensibilidade dolorosa infraorbitária à palpação acima do seio afetado , além do aumento da dor quando o paciente curva-se para a frente ⁽⁶⁾.

Deve-se distinguir, dentro deste contexto, dor sinusal devido a doença dentária e dor dentária devido aos seios da face. Dor dentária de etiologia sinusal pode ser devido à inflamação aguda, infiltração tumoral ou lesões traumáticas do seio maxilar, enquanto que a primeira pode ser por seqüelas de cirurgia , como por exemplo trauma no nervo alveolar superior , aumento na pressão dentro do seio maxilar devido a lavagem naso-sinusal ou sinusite devido a barotrauma ⁽⁷⁾.

A dor sinusal devido a doenças dentárias é na maioria das vezes secundária a condições periapicais e também a mal oclusão ou devido à tromboflebite envolvendo o plexo pterigóide ⁽²⁾.

O presente trabalho pretende apresentar um caso de sinusite odontogênica e expor uma breve revisão bibliográfica.

CASO CLÍNICO

Paciente L.S.N., 33 anos, feminina, branca, solteira, manicure, natural e procedente de Porto Alegre, procurou o Ambulatório do Serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, com história de sinusites de repetição.

Associava o início dos sintomas à extração dentária do pré-molar superior esquerdo há 12 anos.

Os episódios caracterizavam-se por dor facial esquerda, secreção nasal amarelada principalmente na narina esquerda, gota pós-nasal, febre e halitose. Referia ainda saída eventual de secreção purulenta no leito do dente extraído.

Já havia realizado diversos tratamentos com antibióticos sem melhora dos sintomas após o término da medicação.

Trouxe na consulta raio x de incidência panorâmica (Junho de 2001) demonstrando corpo estranho na cavidade do seio maxilar esquerdo.

Tabagista de 10 cigarros por dia há 10 anos. Sem outras doenças.

Ao exame otorrinolaringológico constatou-se ausência do pré-molar superior esquerdo . Apresentava desvio de septo nasal na fossa nasal esquerda e secreção nasal esbranquiçada bilateral.

RGO, P. Alegre, v. 54, n. 2, p.175-177, abr./jun. 2006

- **Guilherme Luis Franche**
- **Rita Carolina Pozzer Krumenauer**

Médicos Otorrinolaringologistas - RS.

- **Eduardo Siam Böhme**

Doutorando de Medicina da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre/RS.

- **Adelina Mezzari**

Professora na Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre/RS e Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- **Adilia Maria Pereira Wiebbling**

Professora na Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre/RS.

CONTATO C/AUTOR:

E-mail: mezzari@ffccmpa.tche.br

DATA DE RECEBIMENTO:

Janeiro/2005

DATA DE APROVAÇÃO:

Junho/2005

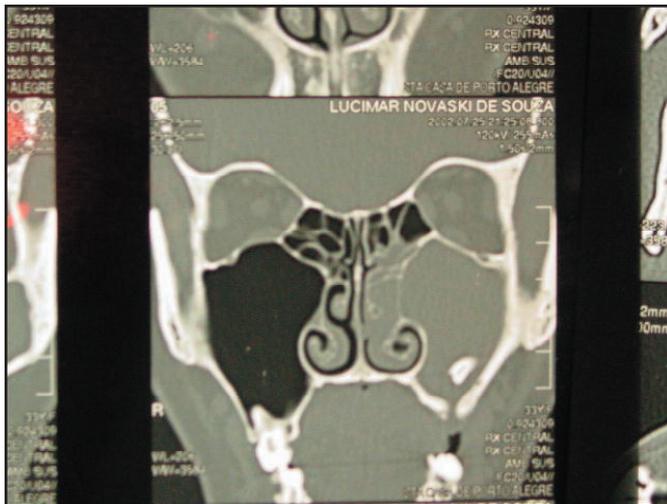


Figura 1 - Tomografia dos seios paranasais.

Tomografia computadorizada de seios paranasais (Julho de 2002): Opacificação de seio maxilar esquerdo, com obliteração ostial. Fratura do recesso alveolar com presença de imagem óssea em seu interior (provável fragmento de raiz dentária). Espessamento do revestimento mucoperiosteal dos demais seios da face (Fig. 1 e 2).

Foi submetida a sinusotomia maxilar esquerda em setembro de 2002, com acesso de Caldwell-Luc. Após abertura do seio e limpeza da cavidade, foi encontrado e removido fragmento dentário de aproximadamente 1,3 cm. Mantido antibioticoterapia sistêmica por 14 dias.

A paciente apresentou evolução pós-operatória satisfatória, com remissão completa dos sintomas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Infecções dentárias apicais podem desenvolver sinusopatias. A relação entre o dente e o seio maxilar é favorecido pelo grande número de pequenos vasos situados entre a mucosa antral e o tecido periodontal ⁽⁸⁾.

Os dentes mais envolvidos nestes processos patológicos são o primeiro, o segundo molar e o segundo pré-molar provavelmente devido à distância desses e do seio maxilar. Enquanto ao nível do pré-molar a distância é de 7,6 mm e ao nível do canino é 7 mm., a distância do segundo pré-molar é de 2,9 mm, do primeiro molar é 2,3 mm e do segundo molar é de 1,3 mm. Em alguns casos, a lâmina óssea está ausente, havendo apenas uma fina camada de tecido conectivo entre o ápice dentário e o assoalho do seio maxilar. A sinusite odontogênica é mais freqüente em adultos do que em crianças, principalmente nos pacientes com lesões orais, como dentes sépticos e seqüela de radioterapia ⁽⁷⁾.

As bactérias de origem dental mais freqüentes são os *Streptococcus* não agrupáveis (*S. sanguis*, *S. salivaris*, *S. mutans*) e flora anaeróbica (*Peptostreptococcus*, *Bacterioides*, *Fusobacterium*, *Veillonella*). Em uma grande parte dos casos, existe correlação entre a flora encontrada a nível periapical e a encontrada na punção antral ⁽⁹⁾.

O tratamento preconizado para sinusite odontogênica não traumática é com antibióticos de largo espectro por 3 a 4 semanas. ⁽¹⁰⁾

A sinusite maxilar odontogênica aguda é rara.



Figura 2 - Tomografia dos seios paranasais.

Normalmente é secundária a coleção purulenta de origem periapical ou, mais raramente, de etiologia periodontal. Esta eleva o assoalho do antro com ruptura de mucosa. É menos dolorosa que a sinusite aguda de origem nasal, pois ocorre freqüentemente com um óstio sinusal patente ⁽⁷⁾.

O exame clínico revela lesões dentárias relacionadas com o seio maxilar. Drenagem espontânea de secreção purulenta é freqüentemente vista no meato médio. Também podem ser encontrados hálito fétido e cacosmia. Em caso de dúvida, uma tomografia computadorizada de seios paranasais pode ser necessária. O tratamento, além do procedimento dentário inclui a utilização de antibióticos e, eventualmente, sinusoscopia com anestesia local ⁽⁷⁾.

A sinusite maxilar odontogênica crônica é mais freqüente que a aguda. Geralmente é resultado de intrusão de corpo estranho durante procedimento dentário ou reação inflamatória do seio maxilar devido à periodontite crônica. O corpo estranho pode ser restos do debridamento que persiste após a extração dentária (como fragmento de raiz dentária), ⁽²⁾ material de obturação ou um dente encravado dentro do seio maxilar, ^(11,12) devendo este ser removido tão cedo quanto possível ⁽²⁾.

Sintomas deste tipo de sinusite são inespecíficos e pobremente localizados como cefaléias infra ou supra-orbitárias. Exames radiológicos como a tomografia computadorizada dos seios paranasais e radiografias do dente envolvido, fornecem informações complementares ^(7,13). A imagem radiopaca é a alteração mais comum. Além da amálgama dentária, fragmentos de dentes, de obstruções ou cones de prata, diagnóstico diferencial com infecção fúngica deve ser realizado. ⁽¹⁴⁾

A imagem do seio irá freqüentemente mostrar uma imagem radiopaca que corresponde ao corpo estranho intranasal. Além de amálgama dentário, fragmentos de dentes, de obturações ou cones de prata, a imagem também pode ser devida a infecção fúngica ⁽¹⁴⁾.

No caso de resposta negativa ao tratamento com antibióticos, sinusoscopia pode ser considerada para a obtenção de amostras para cultura e diagnóstico ⁽⁷⁾.

As infecções devido a complicações de implantes dentários também devem ser lembradas. Neste caso pode haver perfuração do assoalho do seio maxilar e a remoção do

implante deve ser realizada quando a sintomatologia se torna preponderante ⁽²⁾. Uma das complicações deste procedimento é o surgimento de uma fistula oro-antral ou oro-nasal. A fistula oro-antral pode ser devida também a extração dentária e a uma infecção ápico-dental persistente, levando à osteólise com fistulização para o antro. A sintomatologia consiste em descarga mucopurulenta através da fistula, voz anasalada e escape de ar pela boca quando o nariz é assoado. O tratamento consiste no fechamento da fistula acompanhado ou não de meatotomia média ⁽⁷⁾.

Alguns estudos têm sido realizados para se evitar uma exploração sinusal maior no tratamento da sinusite odontogênica. A sinusotomia da parede anterior do seio maxilar pode acarretar complicações como a nevralgia do trigêmeo, persistência da infecção e recorrência da fistula oro-antral ⁽¹⁾. Estudo realizado por Lopatatin AS et al ⁽¹⁾ avaliou a técnica nasossinusal e observou menor incidência de complicações e menor morbidade que a técnica externa. Iibuko et al ⁽¹⁵⁾ demonstrou que a irrigação do seio maxilar através da raiz dentária com soro fisiológico mais antibióticos sistêmicos pode proporcionar resultados significativos.

A sinusite odontogênica muitas vezes é manejada inicialmente como uma rinosinusite. Entretanto, como sua causa não é tratada, a doença recidiva com frequência, até que o diagnóstico correto seja obtido.

RESUMO

A sinusite maxilar de origem odontogênica pode muitas vezes levar os profissionais da saúde a tratamentos equivocados, pois sua prevalência é muitas vezes subestimada. Ao depararmos com uma sinusite crônica, devemos sempre levantar a possibilidade desta ser odontogênica. O presente trabalho tem a finalidade de apresentar um relato de caso de sinusite odontogênica e fazer uma revisão bibliográfica sobre sua fisiopatogenia, sintomatologia, diagnóstico e tratamento.

Palavras-Chave: Sinusite odontogênica, dente, seios maxilares.

SUMMARY

The maxillary sinusitis of odontogenic origin can often lead health professionals to mistaken treatments, because its prevalence is often underestimated. When confronted with chronic sinusitis, one must always consider the possibility of its being odontogenic. The present work has the purpose of presenting a case report of odontogenic sinusitis and perform a literature review on its physiopathogeny, symptomatology, diagnosis and treatment.

Key Words: odontogenic sinusitis, tooth, maxillary sinuses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LOPATATIN AS et al. Chronic Maxillary Sinusitis of Dental Origin: Is External Surgical Approach Mandatory? *Laryngoscope*, 112(6): 1056-1059, 2002.
2. MALONEY PL, DOKU HC. Maxillary sinusitis of odontogenic origin. *J. Canad. Dent. Ass.*, 34(11): 591-603, 1968.
3. MARTENSSON G. Dental Sinusitiden. *Dtsch Zahnärztl Z*, 7: 1417 (abstract), 1952.
4. RGO, P. Alegre, v. 54, n. 2, p.175-177, abr./jun. 2006

4. LINDHAL L, MELÉNI, EKELDAHL C, HOLME E. Chronic Maxillary Sinusitis – diferencial diagnosis and genesis. *Acta Otolaryngologica*, 93: 147-150, 1982.
5. MELÉNI, LINDAHL L, ANDREASSON L, RUND CRANTZ H. Chronic Maxillary Sinusitis. Definition, diagnosis and relation to dental infections and nasal polyposis. *Acta Otolaryngologica*, 101 (3-4): 320-327, 1986.
6. ATTANASIO R. Orofacial Pain and Related disorders. *The dental Clinics of North America*, 41(2): 370-382, 1997.
7. BERTRAND B, ROMBAUX P, ELOY P, REYCHLER H. Sinusitis of dental origin. *Acta-oto-rhino-laryngologica belg*, 51: 315-322, 1997.
8. REYCHLER H. Traité de pathologies buccale et maxillo-faciale. Pathologie infectieuse d'origine dentaire. In: E. Piette, Deboeck, Université, Bruxelles, 1283-1285, 1991.
9. BROOK I, FRAZIER EH, GHER ME. Microbiology of periapical abscesses and associated maxillary sinus. *Journal of Periodontology*, 67 (6): 608-610, 1996.
10. MEHRAP, MURAD H. Maxillary sinus disease of odontogenic origin. *Otolaryngol Clin North Am*, 37 (2): 347-64, 2004 Apr (Abstract).
11. JUDE R, HOROWITZ J, LOREE T. A case report. Ectopic molar that cause osteomeatal complex obstruction. *J. Am. Dent. Assoc*, 126: 1655-1657, 1995.
12. EL-SAYED J. Sinusal Teeth. *Journal of Otolaryngology*, 24 (3): 180-183, 1995.
13. LEE R, O'DWYER T, SLEEMAN D, WALSH M. Dental disease, acute sinusitis and the orthopantomogram. *J Laryngol Otol*, 102: 222-223, 1988.
14. Ueda M, Kaneda T. Maxillary sinusitis caused by dental implants. *J. Oral Maxillofac. Surg*, 50 (3): 285-287, 1992.
15. IIKUBO M, SASANO T, SHOJI N, SAKAMOTO M. Nonsurgical treatment for odontogenic maxillary sinusitis using irrigation through the root canal: preliminary case report. *Tohoku J Exp Med*, 197 (1): 47-53, 2002.