



REVICIENCE

REVISTA CIENTÍFICA DO INSTITUTO CEMA

ANO 5 - 2003 / N°5



REVISTA VIRTUAL

OFTALMOLOGIA

Erros de Refração em Diabéticos

Fratura “blow-out” da Órbita

OTORRINOLARINGOLOGIA

Estudo Retrospectivo de Cirurgias
Endoscópicas Nasossinusais

Novas Opções Terapêuticas
para Aftas Recorrentes

REVICIENCE

REVISTA CIENTÍFICA DO INSTITUTO CEMA DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA



Publicação Oficial do Instituto CEMA de Oftalmologia e Otorrinolaringologia

Rua do Oratório, 1.257 CEP 03117-000 São Paulo - SP

Fone: (11) 6602-4034 Fax: (11) 6602-4098 E-mail: revicience@institutocema.org.br

Conselho de Administração

Angelo Aquino
Guido Aquino
Antonio Aquino Neto
Roberto Aquino

Editor-chefe de Oftalmologia

Mauro Goldchmit

Jornalista Responsável

Angélica Santos Ramacciotti

Editor-chefe de Otorrinolaringologia

Cícero Matsuyama

Gerente de Comunicação

Celso Campello Jr.

Diretor Clínico

Assad Frangieh

Gerente de Marketing

Andréa Martinez

OFTALMOLOGIA**Consultor de Ensino**

Paulo Augusto de Arruda Mello

Editores-adjuntos

Nicolau José Slavo
Pedro José Monteiro Cardoso

Conselho Editorial

Angelo Theodósio Semeghini
Daniel Madeira
Davi Araf
Décio Meneguim
José Carlos Eudes Carani
Luiz Antônio Vieira
Mariângela Gomes Pereira Sardinha
Milton Seiyu Yogi
Regiani Lopes Malicia

Conselho Consultivo

Clélia Maria Erwenne
Maurício Della Paolera
Suzana Matayoshi

OTORRINOLARINGOLOGIA**Consultor de Ensino**

Paulo Emmanuel Riskalla

Editores-adjuntos

Andy de Oliveira Vicente
Maria Carmela Cundari Boccalini

Conselho Editorial

Antônio Augusto Lopes Sampaio
Eduardo Spirandelli
Karina Barbieri Tavares
Leandro Franchi
Maria Inez Campos
Oscimar Benedito Sofia
Sérgio Osamu Nemoto
Vanessa Fernandes
Vanessa Magosso Franchi

Conselho Consultivo

Carlos Alberto Herrerias de Campos
José Eduardo Lutaif Dolci
Luc Louis Maurice Weckx

REVICIENCE é a publicação científica do Instituto CEMA de Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Periodicidade: anual. **Tiragem inicial:** 11 mil exemplares. **Distribuição:** gratuita.

Capa e Editoração: Edmilson Teixeira da Silva. **Impressão:** Silva, Artes Gráficas Ltda. Os trabalhos científicos devem ser enviados, via correio, para o Centro de Estudos Dr. Maurício Antônio Marques - Rua do Oratório, 1.369, Mooca, São Paulo, CEP: 03117-000. Os artigos devem estar de acordo com as normas de publicação e estão sujeitos à aprovação do Conselho Editorial.

Editorial

A Necessidade do Aperfeiçoamento Constante

Mauro Goldchmit, Cícero Matsuyama

5

Oftalmologia

Erros de Refração em Diabéticos: Relato de Caso

Ivo Barelli Júnior, Rodrigo Pilon Módolo, Angelo Theodósio Semeghini

6

Fraturas do Soalho da Órbita do Tipo "blow-out" : Revisão da Literatura

Fernanda Soubhia Liedtke, Karina de Paula Richinho, Cassiana Hermann Pisanelli, Davi Araf

8

Relato de Caso: Fratura "blow-out" da Órbita

Aplicação de Implante Aloplástico (medpore- Porex) em Reparo Cirúrgico

Fernanda Liedtke, Karina Richinho, Cassiana Pissanelli, Davi Araf

12

Nevo de Ota e Glaucoma

Mirko Babic, Taisa Rios Novaes, Carlos Roberto Domingos Pinto

15

Otorrinolaringologia

A Importância das Manifestações Nasais na Granulomatose de Wegener: Relato de Um Caso <i>Ana PR Cascaes, Victor M Cascaes, Sílvia LS Souza, Cezar AM Caldas</i>	17
Estudo Clínico: Tratamento de Rinossinusite Aguda com Levofloxacina <i>Adriana Gonzaga Chaves, Luís Gonçalves Lacerda, Eulógio Emílio Martinez Neto, Cícero Matsuyama</i>	20
Estudo Retrospectivo de Cirurgias Endoscópicas Nasossinusais <i>Adriana Gonzaga Chaves, Gilberto Bolivar Ferlin Filho, Eulógio Emílio Martinez Neto, Luís Gonçalves Lacerda, Cícero Matsuyama</i>	23
Novas Opções Terapêuticas para Aftas Recorrentes <i>Adriana Gonzaga Chaves, Fernanda Akaki, Eulógio Emílio Martinez Neto, Cícero Matsuyama</i>	26
Informações Normas para Publicação - Instrução para Autores	29

A NECESSIDADE DO APERFEIÇOAMENTO CONSTANTE

Mauro Goldchmit

Cícero Matsuyama

Certa vez, em um discurso de formatura, foi dito que “...não é honesto por parte do médico tratar de alguém se não estiver atualizado...”. Realmente, se dois medicamentos são igualmente eficazes para o tratamento de uma determinada doença, porém um deles provoca efeitos colaterais desagradáveis, não se justifica continuar sua utilização.

Uma vez entendido como consenso que, após o juramento feito no momento da formatura, o médico deve sempre oferecer o máximo de seus conhecimentos para a solução dos problemas biopsicosociais de seus pacientes e, reconhecendo a velocidade da evolução das informações, há necessidade do constante aprimoramento.

A aquisição de conhecimentos é distinta tanto com relação ao momento em que o médico se encontra quanto na sua forma de obtê-los. Assim, durante a Residência Médica ou o Curso de Especialização, as informações chegam através de aulas e leituras de livros das diversas subespecialidades. Cabe aos professores irem gradativamente lapidando o volume de informações recebidas.

Com o passar do tempo, com o ganho de experiência e com as inclinações pessoais para cada uma das subespecialidades, a área de interesse fica cada vez mais seletiva. O interesse sai do geral para o particular, momento em que o conhecimento é encontrado de preferência nas publicações científicas com credibilidade. É o amadurecimento profissional na busca por fontes mais atualizadas de consultas. Os cursos e os congressos seguem sendo as sedes para refinamentos das informações e o local para o encontro com os “experts”. Discute-se “aquele resulta-

do de exame” ou “aquela complicação cirúrgica”. Cada vez mais, a humildade das nossas limitações determinará nosso direcionamento na busca pelo melhor encaminhamento para nossos pacientes.

Nessa linha, o Instituto CEMA oferece ensino das especialidades com aulas e atendimento clínico e cirúrgico, sempre sob a supervisão de um preceptor mais experiente. Realizam-se reuniões periódicas com a presença de professores de outras instituições para troca de experiências. O trabalho que vem sendo desenvolvido no aprimoramento da produção científica visa estimular a apresentação, por parte dos médicos e residentes, de trabalhos científicos em cursos e congressos. A mescla de todos esses esforços terá seu reflexo na prática diária do atendimento dos pacientes e, obviamente, dependendo da dedicação pessoal, no sucesso de cada profissional.

Todo esse esforço na formação dos especialistas pode ser medido pela crescente procura pelas vagas de residência médica do Instituto CEMA, que, só neste ano, teve mais de 200 candidatos.

Finalmente, torna-se importante saber julgar o valor daquilo que é publicado. A Reviceiense está sendo a forma de mostrar os desafios na realização e publicação de um artigo científico. O hábito da leitura de textos científicos estimula o senso crítico, elevando a capacidade do leitor de julgar o mérito de cada texto. Desta forma, Reviceiense dá sua contribuição, com a certeza de estarmos oferecendo mais uma semente na busca da excelência do aprendizado e atualização médica continuada.

ERROS DE REFRAÇÃO EM DIABÉTICOS: RELATO DE CASO

REFRACTIVE ERRORS IN DIABETES MELLITUS: CASE REPORT

Ivo Barelli Júnior¹, Rodrigo Pilon Módolo², Angelo Theodósio Semeghini³

RESUMO

Alterações do nível de glicemia freqüentemente causam modificações refratométricas em pacientes diabéticos. Isto ocorre devido à mudança dos índices de refração intra-oculares, causando uma baixa de acuidade visual (BAV) súbita e progressiva^{2,3}.

O objetivo deste trabalho foi, através da apresentação de um caso típico, comentar os achados clínicos, causas e condutas, como também, comparar nossos dados com os da literatura.

Palavras-chave: Refração, diabetes melitus

INTRODUÇÃO

Os erros de refração em pacientes diabéticos estão associados diretamente com seus respectivos níveis de glicemia, podendo ser divididos basicamente em 2 tipos: 1º) miopia, secundária a hiperglicemia; 2º) hipermetropia, secundária a hipoglicemia, após diminuição abrupta da glicemia. Variações do astigmatismo são raras. Ocorrem, geralmente em pacientes diabéticos tipo II, acima de 50 anos, com glicemia de difícil controle^{4,5,7}.

Temos, nesta patologia, alterações dos índices de refração, como na hiperglicemia, na qual, em consequência da alta concentração de glicose no sangue, acarretará aumento da sua concentração no humor aquoso e no humor vítreo (em 20%), promovendo por difusão facilitada altas taxas de glicose no cristalino. Com isso, além das alterações dos índices de refração desses locais, há um aumento do comprimento axial do cristalino (intumescência pela pressão osmótica). Essas mudanças dos índices e do diâmetro cristaliniano fazem com que os raios de luz sofram maior desvio com focalização anteriorizada. Na hipoglicemia, todos esses processos descritos se fazem ao contrário, causando ponto focal posterior (hipermetropia). Normalmente, o grau dióptrico varia em + ou - 2^{1,5,6}.

Os pacientes apresentam, nestas situações, BAV súbita e progressiva em ambos os olhos (AO), sem uma causa bem definida. Geralmente, relatam história pregressa de diabetes de difícil tratamento, porém, em alguns casos, os sintomas oculares são os primeiros sinais da doença^{2,4,5,7}.

A conduta do oftalmologista diante de pacientes diabéticos deve se concentrar na história, nas medicações utilizadas, no acompanhamento clínico, nas glicemias feitas ultimamente e somente realizar o exame de refração em pacientes com níveis glicêmicos controlados^{2,6}.

¹ Médico do 2º Ano de Residência de Oftalmologia do Instituto CEMA

² Médico do 1º Ano de Residência de Oftalmologia do Instituto CEMA

³ Médico Chefe do Setor de Lentes de Contato do Instituto CEMA

CASO CLÍNICO

Paciente M.A.C., 56 anos, masculino, branco, natural e procedente de São Paulo, procurou atendimento no Instituto CEMA com queixa de BAV em AO, há 1 semana, com piora progressiva. Usava lentes corretivas de acordo com a seguinte prescrição: OD: +2,50 DE -1,50 DC 140° / OE: +2,50 DE -1,50 DC 45° / Adição +2,50. Na anamnese, negou outros sintomas oculares, referindo também fadiga excessiva, polifagia e polidipsia. Referia história pregressa de HAS e história familiar de diabetes. Ao exame, apresentou:

Ectoscopia:

Sem alterações

Exame Oftalmológico:

-Acuidade Visual: 0,5 parcial em AO com correção

-Pressão Intra-ocular: 12 / 14 mmHg (às 10:00 hs)

-Biomicroscopia: Dentro da normalidade em AO

-Movimentos Extrínsecos Oculares: Dentro da normalidade em AO

-Reflexo Pupilar: Direto e consensual preservados

-Mapeamento da Retina: Papilas com bordos nítidos, coloração róseo alaranjada e escavação 0,3 x 0,3 em AO; vascularização normal; retinas aplicadas e sem alterações.

-Refração Estática: OD: +0,50 DE -1,50 DC 140° / OE: +0,25 DE -1,50 DC 45°, com melhora da Acuidade Visual para 1,0 em AO com correção.

Conduta:

Foi solicitado ao paciente um exame de glicemia de jejum, no qual o resultado obtido foi de 486 mg/dl. Em seguida, o paciente foi encaminhado ao clínico geral para o início do tratamento do diabetes, com solicitação de retorno após controle da glicemia. Passadas três semanas da primeira consulta, o paciente retornou trazendo novo exame glicêmico com resultado de 123 mg/dl. Orientou-se aguardar mais 15 dias para nova refração, que foi realizada na data prevista: OD +2,75 DE -1,25 DC 140° / OE +2,50 DE -1,50 DC 40° / Adição +2,50, com Acuidade Visual de 1,0 AO.

COMENTÁRIOS

As mudanças refratométricas em pacientes diabéticos são classicamente conhecidas, ocorrendo a miopia nos estados hiperglicêmicos e a hipermetropia nas quedas abruptas da taxa de glicose sanguínea. Normalmente, consultamos pacientes com diagnóstico estabelecido de diabetes tornando nossa avaliação oftalmológica e conduta facilitadas diante das queixas relatadas, porém, como no caso apresentado, alguns pacientes desconhecem e negam ter diabetes. Por isso, reiteramos a necessidade, em

uma consulta oftalmológica, de uma boa anamnese, com foco na história familiar, sinais e sintomas clínicos e oftalmológicos e alterações nos diversos aparelhos para se estabelecer possíveis interferências nos olhos e na visão. Esta avaliação preliminar é de suma importância para o estabelecimento do diagnóstico e do raciocínio em busca de uma visão 20\20. Casos como esse são frequentes na clínica oftalmológica atual e se não atentarmos ao paciente de um modo sistêmico, corremos o risco de não atingir o objetivo esperado da consulta, causando a frustração do retorno, tanto para o paciente como para o oftalmologista⁷. Ao contrário, um diagnóstico inicial ou a descoberta de uma descompensação do diabetes facilitará avaliação, conduta e orientação aos pacientes, com conseqüente sucesso no tratamento.

Na literatura pesquisada, clínica, causas e terapêuticas apresentadas para mudanças da refração de pacientes diabéticos não diferem expressivamente dos dados relatados neste trabalho.

Ainda não temos referência sobre o nível ideal de glicemia para um exame correto de refração, porém, na prática, em atendimento a um indivíduo diabético devemos solicitar que ele apresente uma glicemia recente com resultado dentro da normalidade, sendo que esta última tem variância de paciente para paciente.

ABSTRACT

Refractive errors can be frequently caused by blood sugar changes in diabetic patients. This occurs due to intraocular refractive index changes that lead to rapid and progressive decrease of vision.

The aim of this case report study was to present the typical clinical findings, discuss the possible etiology and propose the treatment as well as to compare our experience to the others' authors.

Key words: Refractive errors, diabetes mellitus

REFERÊNCIAS

1. Adler's. Physiology of the Eye. Clinical Application. Ed. The Mosby Company. 9^a Edition, Cap. 10, p. 268-75, 1994
2. Alves, A.A. Refração. Ed. Cultura Médica. 3^a Edição. Rio de Janeiro. Cap. 36, p. 265-66, 2000
3. Bicas, H.E.A. Ametropias e Presbiopia. Oftalmologia Para o Clínico. Medicina, Ribeirão Preto. 30 (1), p. 20-6, Jan-Mar 1997
4. Curtin, B. J. The Myopias. Basic science and Clinical Management. Ed. Harper & Row. Cap.8 p. 178, Cap.18 p.463, 1985
5. Duke-Elder. System of Ophthalmology. Ed. Henry Kimpton. Vol. 5. London, p. 368-72, 1970
6. Prado, D. Noções de Ótica, Refração Ocular e Adaptação de Óculos. Ed. Mário M. Pongini & CIA. p. 164-78, 1942
7. Moraes, R.; Cervato, A.M.; Camargo, M. L. Diabetes Mellitus: informações gerais. Trabalho Realizado na Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. págs. 52-8, 1995

FRATURAS DO SOALHO DA ÓRBITA DO TIPO "BLOW-OUT": REVISÃO DA LITERATURA

"BLOW-OUT" FRACTURES: A LITERATURE REVISION

Fernanda Soubhia Liedtke¹, Karina de Paula Richinho², Cassiana Hermann Pisanelli³, Davi Araf⁴

INTRODUÇÃO

Há poucas regiões anatômicas no corpo humano com tantas funções em um espaço tão pequeno como a cavidade orbitária. Ela limita-se superiormente com a cavidade craniana, medialmente com a cavidade nasal, inferiormente com o seio maxilar e lateralmente com a fossa zigomática.¹ A cavidade orbitária tem forma piramidal, praticamente simétrica, sendo composta pelos ossos: maxilar, zigomático, palatino, frontal, esfenóide, etmóide e lacrimal.

O soalho da órbita é formado pela apófise orbitária do zigomático, pela porção orbitária do maxilar superior e posteriormente pela apófise orbitária do osso palatino. O conteúdo da órbita está constituído pelo globo ocular, os músculos que o mobilizam e a gordura periocular, além de vasos e nervos, que adentram a cavidade orbitária através de fissuras e forames que se comunicam com a fossa craniana anterior.¹

As fraturas do soalho da órbita são causadas por sua explosão, como consequência da aplicação de forças que se sobrepõem à resistência dos ossos da cavidade orbitária. Elas podem lesar os tecidos moles, o conteúdo da cavidade e comunicar a órbita com as estruturas com as quais se limita, como o seio maxilar.¹

Em 1957, Converse e Smith² descreveram os primeiros casos de fraturas do soalho da órbita do tipo "blow-out", ou por explosão do soalho da órbita. Correspondia a um mecanismo de fratura em que uma das paredes orbitárias cedia (habitualmente o soalho), fraturando-se ante uma força determinada, originando um defeito através do qual se produzia uma expulsão do conteúdo mole e muscular ao seio maxilar subjacente. Chamaram fraturas do tipo "blow-out" puras àquelas em que só ocorria este fenômeno e não havia compromisso do rebordo orbitário, e impuras quando eram consequência da propagação de um rasgo do rebordo orbitário até o vértice da órbita, sendo estas as mais freqüentes.

EPIDEMIOLOGIA

As fraturas isoladas do soalho da órbita representam aproximadamente 21,4% das fraturas do terço médio da face, necessitando de reconstrução na maioria dos casos³.

As fraturas do tipo "blow-out" puras, dentro dos traumatismos crâniomaxilo-faciais, são pouco freqüentes⁴, mas podem provocar sequelas tão limitantes como a diplopia permanente e a enoftalmia.

Elas ocorrem mais em indivíduos jovens, homens, e têm como causas principais a agressão, o trauma esportivo e os acidentes automobilísticos^{1, 5, 6 e 7}.

CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

As fraturas do soalho da órbita do tipo "blow-out" podem trazer consequências visuais, funcionais e estéticas⁶. O diagnóstico das fraturas da órbita se faz principalmente pela exploração do paciente. Seus sinais e sintomas são: dor no local da fratura, crepitação, alteração do sulco órbita-palpebral, equimose, limitação dos movimentos oculares, diplopia ao olhar para cima, anestesia infra-orbitária (nervo infra-orbitário) e até mesmo da pálpebra superior (nervo supra-orbitário), hematoma do antro maxilar. Enoftalmia é clinicamente significativa quando há diferença de cerca de 2 mm em relação ao olho contra-lateral.

Pode haver aprisionamento dos tecidos moles, resultando distúrbios sensoriais, lesões do nervo óptico e artéria oftálmica, podendo levar a complicações como amaurose, dacriocistite e restrição dos movimentos do globo ocular³. O enfisema subcutâneo pode ser provocado pela fratura das paredes dos seios paranasais.

A gravidade das lesões vai depender da intensidade do im-

¹ Médica residente do 2º ano de Oftalmologia do Instituto CEMA

² Médica residente do 3º ano do Serviço de Córnea do Instituto CEMA

³ Médica estagiária do 4º ano do Serviço de Cirurgia Plástica Ocular do Instituto CEMA

⁴ Médico Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica Ocular do Instituto CEMA

pacto, da duração durante a qual é aplicado, da direção sobre a qual vão se desenvolver os vetores de força que distribuem a energia cinética ao largo da zona de absorção do impacto e, algo muito importante, da resistência dos tecidos sobre os quais se exerce a ação das forças que geram o choque¹.

A história permitirá prever a gravidade dos ferimentos e saber se há lesões associadas mais graves que podem pôr em risco a vida do paciente. Se houver, deve-se estabilizar o paciente primeiro. Deve-se averiguar se o paciente ingeriu álcool, drogas, alimentos, se tem doenças de base, se houve perda de consciência, a causa do trauma, se usava cinto de segurança, qual posição ocupava no veículo e a de quem o acompanhava, se houve agressão¹.

No exame físico, deve-se procurar equimose, lacerações, hematomas, deformidades, capacidade de abrir a boca, mobilidade normal das pálpebras, dos olhos, maxilar inferior, otorragia, perda de líquido cefalorraquidiano por fossas nasais. Palpar e buscar crepitação, dor, enfisema e mobilidade anormal¹.

Lesões oftalmológicas associam-se com fraturas do tipo "blow-out" em 5% a 10% dos casos, devendo-se realizar exame oftalmológico minucioso e teste de acuidade visual antes e depois da cirurgia. Lesões como perfurações, rupturas do globo e descolamento de retina devem ser tratadas previamente. A maioria dos pacientes com visão diminuída, no entanto, melhora durante ou após a hospitalização.

A diplopia geralmente ocorre à supra ou infraversão. A ocorrência de diplopia nas lateroversões pressupõe eventual comprometimento da parede medial. A restrição à superversão é secundária à dificuldade de relaxamento do músculo encarcerado (no caso o músculo reto inferior). Já a restrição à infraversão relaciona-se ao trauma direto do músculo, do III par e também no caso de fraturas mais posteriores.

Nos casos de encarceramento, o teste de ducção forçada irá diferenciá-lo de uma paralisia do músculo reto inferior. Instila-se colírio anestésico, pinça-se a conjuntiva e Tenon próximas ao músculo reto inferior, tracionando-se o globo em direção superior, ao mesmo tempo em que o paciente é estimulado a olhar para cima. O encarceramento muscular pode ser aferido por resistência nessa manobra¹.

Os exames por imagem são auxiliares no diagnóstico das fraturas, sendo que tomadas radiográficas como Waters e Caldwell permitem bom estudo do soalho da cavidade orbitária³. Um dos achados frequentes é a opacificação do seio maxilar pelo hematoma. Na posição de Waters, é possível observar hérnia do conteúdo orbitário para o seio maxilar, mas as linhas de fratura às vezes são difíceis de serem vistas pela sobreposição de imagens¹.

A tomografia linear nos mostra fragmentação dos ossos do piso orbitário, depressão dos fragmentos ósseos, prolapso para o seio maxilar dos tecidos moles da órbita, fratura do rebordo inferior da órbita, opacificação do seio maxilar, enfisema da órbita¹.

A Tomografia Computadorizada (TC) é o exame complementar mais realizado e importante¹⁰. Ela proporciona uma visão tridimensional do sítio de fratura e sua relação com os tecidos moles da órbita hemiados, tanto no plano axial como no coronal⁹.

A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) é pouco utilizada por trazer poucas informações adicionais e pela sua inviabilidade econômica.

MECANISMOS DAS FRATURAS DO SOALHO DA ÓRBITA DO TIPO "BLOW-OUT"

Smith e Reagan¹³ e Converse e Smith¹⁴, em 1957, descreveram o mecanismo da fratura: o trauma orbitário provoca compressão de tecidos moles e elevação de pressão hidráulica, resultando numa fratura indireta dos pontos frágeis da órbita: soalho e lâmina papirácea. Como conseqüência, pode haver herniação de tecidos para o seio maxilar, inclusive do músculo reto inferior e oblíquo inferior. O encarceramento do músculo ou de suas bainhas nos fragmentos ósseos irá provocar restrição e diplopia.

Outros mecanismos também podem estar implicados na gênese das fraturas "blow-out"^{16 e 17}.

TRATAMENTO

Há muita discussão e controvérsia no manejo das fraturas da órbita⁹. Nem sempre a cirurgia precisa ser realizada, há estudos relatando bom prognóstico com tratamento conservador⁹. Nos casos cirúrgicos, o objetivo deve ser o restabelecimento da anatomia óssea normal, reduzindo-se a fratura e substituindo-se as partes perdidas³. Deve-se elevar o globo e corrigir a enoftalmia, liberando os tecidos orbitários e o nervo infra-orbitário.

As indicações para a cirurgia devem ser diplopia incapacitante, enoftalmia de 2-3mm e grandes fraturas (TC)^{9 e 19}.

Quanto ao tempo da intervenção cirúrgica, existe muita polêmica. Alguns defendem reparo cirúrgico de qualquer fratura "blow-out" com 7 a 10 dias da injúria, enquanto outros recomendam adiar a cirurgia por pelo menos 4 a 6 meses. Muitos estudos¹⁹ têm defendido a exploração cirúrgica precoce (até 2 semanas) de pacientes com grandes fraturas, diplopia incapacitante ou enoftalmia, e que pequenas fraturas deveriam ser reparadas se a diplopia não se resolvesse com 2 semanas de observação²⁰. Hawes e Dortzbach²¹ examinaram o intervalo de tempo entre trauma e cirurgia. 38% dos pacientes que se submeteram à cirurgia mais de 2 meses após a injúria tiveram diplopia residual, comparados com apenas 7% dos que foram operados nos 2 primeiros meses.

Observou-se que, em fraturas que envolviam mais da metade do soalho orbitário, a realização de cirurgia na primeira semana pós-trauma pode levar à diminuição de fibrose²⁰.

Estudos americanos apontam que as cirurgias devem ser realizadas nos 14 primeiros dias após o trauma^{23 e 24}. A cirurgia tardia (6 meses ou mais) poderia estar relacionada com maior incidência de enoftalmia²³.

Há controvérsias quanto ao uso de antibióticos e corticosteróides. Antibióticos podem ser administrados profilaticamente ou não após o trauma ou no início da cirurgia^{1,23}.

Quanto aos corticóides, estes podem ser utilizados para diminuir o edema pós-traumático^{20 e 23}.

RECONSTRUÇÃO

O aspecto mais importante no resultado cirúrgico final é evitar a diplopia e enoftalmia definitiva⁵. A via de acesso é variável, sendo utilizadas a incisão subciliar^{1, 7, 23 e 25}, a infra-orbitária²³, e a transconjuntival^{9, 25 e 26} com cantotomia lateral quando necessário. Em alguns casos, acessa-se a órbita por feridas traumáticas com solução de continuidade. O acesso transconjuntival é preferível por evitar cicatrizes visíveis e expor facilmente o soalho orbitário²⁶. Além disso, apresenta como vantagens adicionais, no pós-operatório, menor incidência de ectrópio, retração e edema da pálpebra inferior. Em relação às desvantagens, a técnica exige maior conhecimento anatômico da região e maior habilidade cirúrgica. É uma via excelente para fraturas isoladas do soalho orbitário²⁶.

As bordas da fratura devem ser individualizadas e os tecidos herniados para o seio maxilar devem ser reposicionados na órbita⁹.

A área da fratura deve ser reconstruída com a colocação de um material para regularizar a superfície óssea. Muitos materiais têm sido usados ao longo dos anos no reparo das fraturas orbitárias, na tentativa de devolver o suporte e volume orbitários, função e estética²³. O material ideal para enxertos deve ser de fácil obtenção, disponível em quantidade suficiente, adaptável e capaz de resistir à infecção e reabsorção³. Devem também ser inertes, resistentes, de fácil esterilização e não impedir a função de outras estruturas⁸. Dentre os enxertos autógenos, estão a crista ilíaca, a calota craniana, a sínfise mandibular e a parede anterior do seio maxilar. Além desses, utiliza-se fâscias, cartilagem, como o pavilhão auricular, o septo nasal e as costelas^{8 e 3}. O enxerto ósseo autógeno tem algumas vantagens em relação ao aloplástico, pois eventualmente forma uma união com o osso adjacente³. Os ossos da face são de origem embriológica membranosa, sugerindo maior compatibilidade e potencial de integração com outros ossos membranosos que os do esqueleto, que são endocondrais. Eles são rígidos, estáveis, têm baixas taxas de infecção e mínimas complicações tardias²³. No entanto, a maioria desses enxertos tem limitações, como seu desalojamento, morbidade do local doador, cicatrizes, perda sanguínea, infecções, dor pós-operatória crônica, parestesia, dificuldade de manipulação, contorno do enxerto, reabsorção, retração, extrusão, rechaço, persistência de diplopia, obstrução do ducto lacrimal e ectrópio^{3 e 8}. Cartilagens podem gerar deslocamento do enxerto ou deformar²³.

Os materiais aloplásticos também são utilizados, podendo ser classificados em porosos (hidroxiapatita e polietileno); não porosos (teflon e malhas metálicas) e reabsorvíveis (gelatina e polilactina), usados em pequenos defeitos³. Dentre os aloplásticos, os que resultam em maior sucesso são a hidroxiapatita, o nylon, o Medpore (polietileno poroso) e a malha metálica. Há também os metais como o titânio, plásticos como o dimetil-polixiloxano, fluoro-carbonado, poliglicólicos (Dexon), Dácron, Ivalon, Gore-tex, Silastic (silicone elastomer) e outros^{1 e 8}. Suas complicações precoces ou tardias estão em torno de 0,4% a 7%²⁷.

Medpor é um implante aloplástico com as seguintes vantagens: é flexível, forte, promove infiltração óssea e vascular, não é reabsorvível nem degenerativo, possui alto poder de esticamento, é resistente ao estresse e à fadiga, biocompatível, e tem baixa reação de tecidos moles. Rápido crescimento tecidual ocorre nos poros, com adesão

tecidual e diminuição do risco de infecção do implante⁷.

O Silastic é ainda popular, mas há evidências de que ele promove reação tecidual e complicações, sendo considerado por alguns como um material inferior²³.

Materiais autógenos são mais biocompatíveis, mas podem sofrer reabsorção variável e gerar problemas com o sítio doador²³. Implantes de ossos autólogos são mais densos e mais baratos, melhores para grandes defeitos orbitários²⁵, e cartilagens e dura-máter liofilizada podem ser usadas para defeitos menores.

O advento de instrumentos endoscópicos de alta resolução pode hoje oferecer ao cirurgião uma excelente visualização das paredes orbitárias, e acesso endonasal a elas¹⁹.

COMENTÁRIOS

As fraturas do soalho da órbita do tipo "blow-out", apesar de não serem tão frequentes entre os traumatismos, exigem diagnóstico e tratamento adequados para não deixarem seqüelas permanentes, sendo estas visuais, funcionais ou estéticas.

Elas são mais frequentes no sexo masculino, em adultos jovens e de meia idade. Dentre as principais causas destacam-se a violência em níveis sócio-econômicos mais baixos, e acidentes de trânsito e atividades esportivas ou laser nos níveis sócio-econômicos mais elevados. Nos acidentes de trânsito, a presença de álcool é muito frequente, e a associação de álcool, drogas e direção tem lesado a população jovem. A maior parte desses acidentes pode ser prevenida, sendo mais oneroso tratar os pacientes que evitar que eles se acidentem¹.

O diagnóstico das fraturas "blow-out" só é possível se quem examina o paciente, no momento do seu ingresso, investiga a lesão¹. Ele é feito principalmente pela história de trauma em região orbitária, com diplopia clinicamente significativa, enoftalmia, equimose, hematoma, edema e deformidades locais, anestesia infra-orbitária e outros.

Lesões oftalmológicas podem ser encontradas, como descolamento de retina, aumento da pressão intra-ocular, hemorragia vítrea, ruptura de esfíncter pupilar, amaurose e até mesmo rupturas do globo ocular, devendo o paciente ser atendido por equipe especializada e ser submetido a exame oftalmológico completo.

Deve-se fazer o teste de dução forçada para diferenciar encarceramento muscular de paralisia de nervo em casos de limitação da motilidade ocular extrínseca. A Tomografia Computadorizada (TC) é o exame mais importante e mais realizado, e tem revolucionado o diagnóstico das fraturas "blow-out". A Ressonância Nuclear Magnética pode ter vantagens, mas gera mais dificuldades e custos que a TC. As radiografias simples também podem ser úteis.

Quanto aos mecanismos das fraturas, os mais aceitos são a teoria hidráulica e de "buckling"².

Muito se tem escrito sobre o manejo das fraturas "blow-out", mas alguns pontos gerais podem ser aceitos. Muitas dessas fraturas não deixam sequelas se não tratadas, mas outras podem resultar em enoftalmia inaceitável e diplopia incapacitante. Deve-se identificar os pacientes que requerem intervenção, o tempo de intervenção e a técnica de reconstrução adequada. Há controvérsias sobre antibióticos e corticosteróides, mas evidências sugerem que an-

tibióticos profiláticos são mais efetivos no peri-operatório que no pós-operatório e usos prolongados podem resultar em resistência bacteriana. Não há consenso também sobre abordagem cirúrgica, tempo de intervenção e escolha do material de implante²³.

Quanto à cirurgia precoce ou tratamento conservador, há uma tendência atual à cirurgia precoce, com até 2 semanas do trauma²³. Cirurgias tardias são tecnicamente mais difíceis devido à formação de fibrose nos tecidos moles da órbita em torno da fratura, havendo um grande risco de hemorragia e dificuldade no isolamento do nervo infra-orbitário, aumentando o risco de anestesia infra-orbitária⁵. Indicações de cirurgia tendem a ser diplopia persistente e enftalmia.

As vias de acesso cirúrgico mais utilizadas ainda são a infra-orbitária e a subciliar. Porém, a via transconjuntival é excelente para fraturas isoladas do assoalho da órbita, causando complicações menores tanto no pós-operatório recente quanto no tardio, reduzindo a incidência de ectrópio e cicatrizes, apesar de ser mais restrita e requerer habilidade cirúrgica maior.

A decisão de se usar material autógeno ou aloplástico dependerá do tamanho do defeito, da preferência e experiência do cirurgião, da extensão de outras injúrias, do tempo de operação e do custo²³.

REFERÊNCIAS

- Ochoa J. Fracturas de Órbita. *Gac.Méd.Caracas*,104(3):206-28,1996
- Converse JM, Smith B. Blowout fracture of the orbit. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*,64:676-88,1960
- Spitaletti EMC, Miranda SL. Fratura de órbita: reconstrução com cartilagem do septo nasal (caso clínico). *Rev. Odontol. Univ. St. Amaro*,4(1):34-7,1999
- Contreras TO, González PM, Contardo LJ, García G. Politraumatizado máxilo-facial. *Rev Chil Cir;(Tomo de Resúmenes)*,31:4,1979
- Goñi EI, González PM. Fratura por estallido(Blow-out) de órbita. *Rev. Chil. Cir*,43(4):422-6,1991
- Herrera NA, Lara RC. Fracturas de piso de orbita: utilizacion de material autologo. *Rev. Asoc. Odontol. Argent*,86(4):311-3,1998
- Ng SG, Madill SA, Inkster CF, Maloof AJ, Leatherbarrow B. Medpor porous polyethylene implants in orbital blowout fracture repair. *Eye*,15(Pt 5):578-82,2001
- Postalain E, Ochoa J. Uso del cartílago de concha y ácido poliglicólico (daxon) en la reconstrucción de las fracturas del piso de la órbita. *Bol. Hosp. Univ. Caracas*,28(25):50-4,1988
- Hartstein ME, Roper-Hall G. Update on orbital floor fractures: indications and timing for repair. *Facial Plast Surg*,16(2):95-106,2000
- Mommaerts MY, Casselman JW. Assesment of the damages by orbital blow-out fractures. *Acta Chir Belg*,93(5):201-6,1993
- Wolf, SA. Modified three-wall orbital expansion to correct persistent exophthalmos or exorbitism. *Plast. Reconstr. Surg.*,64:448,1979
- Iloff N, Manson PN, Katz J,Rever L, Yaremchuk M. Mechanisms of extraocular muscle injury in orbital fractures. *Plast Reconstr Surg*,103(3):787-99,1999
- Smith B, and Regan WF. Blowout fractures of the orbit: Mechanism and correction of internal orbital fractures. *Am. J. Ophthalmol*.44:733,1957
- Converse, JM, and Smith, B. Enophthalmos and diplopia in fractures of the orbital floor. *Br. J. Plast. Surg.*,9:265,1957
- Waterhouse N, Lyne J, Urdang M, Garey L. An investigation into the mechanism of orbital blowout fractures. *Br. J. Plast. Surg.*,52(8):607-12,1999
- Erling BF, Iloff N, Robertson B, Manson PN. Footprints of the globe: a practical look at the mechanism of orbital blowout fractures, with a revisit to the work of Raymond Pfeiffer. *Plast. Reconstr. Surg.*,103(4):1313-6,1999
- Warwar RE, Bullock JD, Ballal DR, Ballal RD. Mechanisms of orbital floor fractures: a clinical, experimental, and theoretical study. *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.*,16(3):188-200,2000
- Kersten RC. Blowout fracture of the orbital floor with entrapment caused by isolated trauma to the orbital rim. *Am. J. Ophthalmol.*,103:215-20,1987
- Ikeda K, Suzuki H, Oshima T, Takasaka T. Endoscopic endonasal repair of orbital floor fracture. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*,125(1):59-63,1999
- Harris GJ, Garcia GH, Logani SC, Murphy ML. Correlation of preoperative computed tomography and postoperative ocular motility in orbital blow out fractures. *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.*,16(3):179-87,2000
- Hawes MJ, Dortzbach RK. Surgery on orbital floor fractures: influence of time of repair and fracture size. *Ophthalmology*,90:1066-70,1983
- Maia JS, Azevedo DJ. Complicações das fraturas da órbita: prevenção e tratamento. *Folha méd*, 103(1):7-8,1991
- Courtney DJ, Thomas S, Whitfield PH. Isolated orbital blowout fractures: survey and review. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*,38(5):496-503,2000
- Wilkins RB, Havens WE. Current treatment of blowout fractures. *Ophthalmology* 89:464-66,1982
- Aitasalo K, Kinnunen I, Palmgren J, Varpula M. Repair of orbital floor fractures with bioactive glass implants. *J. Oral Maxillofac. Surg.*,59(12): 1390-5,2001
- Bastos FDL, Medeiros PJ. Acesso transconjuntival à região infra-orbitária: revisão da literatura e descrição da técnica. *Rev. Bras. Cir.*,87(3):103-8,1997
- Mauriello JA, Flanagan JC, Peyster RG: An unusual late complication of orbital floor fracture repair. *Ophthalmology* 91:102,1984
- Friesenecker J, Dammer R, Moritz M, Niederdelmann H. Long-term results after primary restoration of the orbital floor. *J. Craniomaxillofac. Surg.*,23:31-3,1995
- Marx RE, Carlson ER. Tissue banking safety : caveats and precautions for the oral and maxillofacial surgeon. *J. Oral Maxillofac. Surg.*,51:1372-9,1993
- Glassman DR, Manson PN, Vanderkolk CA, et al. Rigid fixation of internal orbital fractures. *Plast Reconstr Surg*, 86:1103-9,1990

RELATO DE CASO: FRATURA "BLOW-OUT" DA ÓRBITA – APLICAÇÃO DE IMPLANTE ALOPLÁSTICO (MEDPORE- POREX[®]) EM REPARO CIRÚRGICO

CASE REPORT : ORBIT BLOW OUT'S FRATURE - USE OF ALOPLASTIC IMPLANT (MEDPORE- POREX[®]) AT SURGICAL REPAIR

Fernanda Liedtke¹, Karina Richinho², Cassiana Pissanelli³, Davi Araf⁴

RESUMO

A fratura do tipo "blow-out" apesar de pouco freqüente dentre os traumatismos que comprometem a órbita, exige diagnóstico e tratamento adequado para não deixar seqüelas permanentes.

O relato de caso mostra uma fratura em "blow-out" com correção cirúrgica via transconjuntival utilizando-se material aloplástico. O paciente evoluiu satisfatoriamente do ponto de vista funcional e estético.

Palavras-chave: trauma, fratura "blow-out", reparo transconjuntival

INTRODUÇÃO

A fratura "blow-out" é determinada por aumento de pressão intra-orbitária causada por ação mecânica da órbita sobre o soalho desta e a lâmina do osso etmóide.

O soalho da órbita é composto pelo osso zigomático ântero lateralmente, lâmina orbitária do osso maxilar e processo orbitário do osso palatino posterior.

Os achados clínicos de uma fratura em "blow-out" variam de acordo com a gravidade do trauma e o tempo entre a sua ocorrência e o exame, incluindo diplopia (por vezes incapacitante), enoftalmia, edema, quemose e às vezes enfisema subcutâneo. O presente caso relata a conduta cirúrgica em um paciente com fratura de "blow-out", além de comentar o material utilizado como implante.

¹ Médica residente do 2º ano de Oftalmologia do Instituto CEMA

² Médica residente do 3º ano do Serviço de Córnea do Instituto CEMA

³ Médica estagiária do 4º ano do Serviço de Cirurgia Plástica Ocular do Instituto CEMA

⁴ Médico Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica Ocular do Instituto CEMA

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente S.N.S, 42 anos, procurou atendimento médico com queixa de diplopia há 2 meses, após trauma craniano por acidente doméstico. Apresentava à ectoscopia, ausência de desvio aparente em posição primária do olhar (foto 1), diplopia em supra-versão e enoftalmia do olho esquerdo.

Acuidade visual: 1,0 em ambos os olhos(AO). Biomicroscopia AO: normal

Pressão intra-ocular AO: 10 mmHg, medida às 14horas. Oftalmoscopia indireta AO: Papila com bordos nítidos, regulares e coloração normal. Mácula com brilho preservado e retina aplicada 360 graus. Motilidade Ocular Extrínseca: restrição de movimento de elevação do olho esquerdo (foto 2) com hipertropia D/E. Reflexos fotomotor e consensual: presentes e sem alterações bilateralmente. A tomografia de órbita revelou depressão dos fragmentos ósseos, prolapso dos tecidos da órbita para o seio maxilar (sinal da gota) e opacificação do seio maxilar. Teste de ducção forçada: positivo à elevação do olho esquerdo. Foi realizado tratamento cirúrgico via transconjuntival (foto 3), utilizando-se material aloplástico (medpore)

Descrição do procedimento cirúrgico realizado:

- 1-paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral.
- 2-asepsia + anti-sepsia
- 3-colocação de campos estéreis.
- 4-cantotomia lateral.
- 5-divulsão do músculo orbicular.
- 6-secção da cruz inferior do tendão cantal lateral.
- 7-incisão conjuntival na transição com o tarso.
- 8-divulsão dos músculos retratores da pálpebra inferior.
- 9-divulsão do periósteo.
- 10-identificação da fratura no soalho da órbita.
- 11-retirada das estruturas herniadas para o seio maxilar.
- 12-colocação do implante (POREX[®]).
- 13-confecção de abertura óssea com broca no soalho da órbita.
- 14-fixação do implante no soalho com mononylon 5.0.
- 15-sutura do periósteo com vicryl 6.0.
- 16-sutura da conjuntiva (contínua) com vicryl 6.0.



Foto 1



Foto 2



Foto 3

17-reconstrução de canto lateral com sutura da margem palpebral com vicryl 6.0.

18-sutura do músculo orbicular com vicryl 6.0.

19-sutura da pele com mononylon 6.0.

20-curativo oclusivo

Pós - operatório:

No primeiro pós-operatório (PO), a paciente evoluiu com melhora da motilidade ocular extrínseca mantendo discreta restrição a elevação e diplopia em supra-versão.

Apartir do 60º dia, a paciente iniciou o uso de lente de contato (filtrante), evitando assim a diplopia.

DISCUSSÃO

A queixa de trauma crânio encefálico acompanhada de diplopia necessita de exame oftalmológico minucioso para que se faça o diagnóstico de fratura de soalho da órbita do tipo "blow-out". Ao exame, paciente apresenta sintomas de diplopia em supra-versão, por restrição a elevação e enoftalmia à esquerda. A enoftalmia geralmente é observada nos casos em que a fratura ocorreu há mais de 10 dias, pois neste período o edema e eventual hemorragia ainda estarão presentes.

Estes sinais sugerem encarceramento de tecidos moles, do músculo reto inferior e desenvolvimento de degeneração e fibrose orbitária. O teste de dução forçada positivo exclui lesão direta de musculatura extra-ocular. O exame de tomografia de órbita é o exame de eleição para comprovação de fratura de soalho de órbita do tipo "blow-out", pois permite, em cortes coronais, avaliação da extensão da fratura, do conteúdo orbitário e do conteúdo do seio maxilar. Neste caso, houve indicação cirúrgica devido à enoftalmia e à diplopia incapacitante.

O caso exposto apresentou melhora da enoftalmia, persistindo a diplopia por uma fibrose cicatricial ocasionada por retardo do tratamento cirúrgico.

Atualmente, grande parte dos oftalmologistas tem adotado uma postura mais flexível - aguardando um período de duas a três semanas para verificar a necessidade ou não de cirurgia corretiva^{1,2}.

As vias de acesso cirúrgico mais utilizadas são: infra-orbitária, subciliar e transconjuntival. Porém, a via transconjuntival foi a via de acesso escolhida porque é a que causa menos complicações, tanto no pós-operatório recente quanto no tardio, reduzindo a incidência de ectrópio e cicatrizes, apesar de ser mais restrita e requer mais habilidade cirúrgica³.

A decisão de se utilizar material autógeno ou aloplástico depende do tamanho do defeito, da preferência e experiência do cirurgião, da extensão de outras injúrias, do tempo de operação, e do custo⁴.

No caso descrito, a escolha foi de um implante aloplástico (Medpore-Porex[®]) por apresentar as seguintes vantagens: é flexível, promove infiltração óssea e vascular, não é reabsorvível nem degenerativo, possui alto poder de estiramento, é resistente ao estresse e à fadiga, biocompatível e promove baixa reação tecidual^{4,5}. Observa-se, com esse material, um rápido crescimento fibrovascular nos poros, com adesão tecidual e diminuição do risco de infecção do implante⁶.

ABSTRACT

The Blow-out fracture, although not frequent within orbital trauma, requires adequate treatment and diagnosis to avoid permanent damage.

This case report shows a blow-out fracture treated with transconjunctival corrective surgery, using aloplastic material.

The postoperative status was satisfactory from the functional, visual and cosmetic point of view.

Key words: trauma, "blow-out" fracture, transconjunctival repair

REFERÊNCIAS

1. Converse, JM, and Smith, B. Enophthalmos and diplopia in fractures of the orbital floor. **Br. J. Plast. Surg.**,9:265-71,1957
2. Smit B, and Regan WF. blowout fractures of the orbit: Mechanism and correction of internal orbital fractures. **Am. J. Ophthalmol.**44:733-7,1957
3. Bastos FDL, Medeiros Pj. Acesso transconjuntival à região infra-orbitária: revisão da literatura e descrição da técnica. **Rev. Bras.**,87(3):103-8,1997
4. Ochoa J. Fracturas de Órbita. **Gac. Méd. Caracas**,104(3):206-28,1996
5. Wolf,AS. Modified three-wall orbital expansion to correct persistent exophthalmos or exorbitism. **Plast. Reconstr. Surg.**,64:448,1979
6. Goñi El, González PM. Fractura por estallido (blow-out) de órbita. **Rev. Chil.** 43(4):422-6,1991

CURSO DE EXAMES COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA NO CEMA

O Centro de Estudos do Instituto CEMA promoverá o Curso de Exames Complementares em Oftalmologia nos dias 12 e 13 de dezembro. A ficha de inscrição está disponível no site www.cemahospital.com.br. Outras informações podem ser obtidas pelo tel.: (11) 6602-4034. E-mail: centrodeestudos@cemahospital.com.br.

NEVO DE OTA E GLAUCOMA

OTA'S NEVUS AND GLAUCOMA

Mirko Babic¹, Taisa Rios Novaes², Carlos Roberto Domingos Pinto³

RESUMO

O nevo de Ota apresenta uma condição usualmente unilateral, ocorrendo principalmente em indivíduos melanodérmicos e em mulheres orientais. Raramente tem potencial maligno e, quando ocorre, acomete mais freqüentemente indivíduos da raça branca. O nevo de Ota é caracterizado pela melanose da pele da face na área suprida pelo primeiro ramo do nervo trigêmio. É associado com pigmentação ipsilateral da esclera, trato uveal e conjuntiva. Pode estar associado com diversas anormalidades oculares, como catarata congênita, síndrome de Duane, e glaucoma. Neste estudo os autores relatam um caso de nevo de Ota e glaucoma secundário e enfatizam a importância do seu diagnóstico precoce.

Palavras-chave: nevo de Ota, glaucoma

INTRODUÇÃO

Nevo de Ota (melanocitose óculo-dermal) é a melanose ocular com pigmentação ipsilateral dos tecidos peri-oculares na distribuição dos ramos oftálmicos ou maxilares do nervo trigêmio⁶.

A associação da pigmentação cutânea com a do globo ocular foi descrita pela primeira vez por Ota em 1939.

É rara a ocorrência em indivíduos de raça branca, sendo mais comum em indivíduos melanodérmicos e orientais. Acomete mais freqüentemente as mulheres, principalmente as de origem oriental e é unilateral na maioria dos casos⁶.

A melanocitose óculo-dermal se caracteriza por uma hiperpigmentação das pálpebras, gordura peri-orbitária, músculos extra-oculares, episclera, conjuntiva, córnea, íris, disco ótico e coróide. Pode estar associada à síndrome de Duane, catarata congênita e glaucoma^{3, 7, 8}.

Alterações malignas podem ocorrer no nevo do Ota, com o aparecimento do melanomas na pele, órbita, íris, corpo ciliar e cérebro^{1, 2, 9}.

¹ Médico residente do segundo ano de Oftalmologia do Instituto CEMA

² Médico residente do terceiro ano do Serviço de Glaucoma do Instituto CEMA

³ Médico preceptor de Oftalmologia do Instituto CEMA

RELATO DO CASO

C. M. R. , mulher, 62 anos, negra, natural e procedente de Piau, procurou nosso serviço para exame oftalmológico de rotina.

Ao exame oftalmológico a paciente apresentava acuidade visual sem correção no olho direito 20/30 parcial e no olho esquerdo 20/25. Ao exame biomicroscópico observou-se nevo plano na conjuntiva bulbar do olho direito, hiperpigmentação da esclera ipsilateral e hiperpigmentação de írise no olho esquerdo sem alterações. A pressão intra-ocular aferida com tonômetro de aplanção do tipo Goldmann foi de 22 mmHg no olho direito e 10mmHg no olho esquerdo às 10 horas. A fundoscopia direta revelou uma escavação de 06 x 04 no olho direito e 02 x 03 no olho esquerdo, com a verticalização da escavação no olho direito. À fundoscopia binocular indireta revelou área de hiperpigmentação uveal na região temporal superior no olho direito, sem alterações no olho esquerdo. Na gonioscopia do olho direito, observou-se ângulo aberto em todos os quadrantes com depósitos de pigmento no trabeculado e no olho esquerdo um ângulo aberto, sem particularidades. Ao exame campimétrico, realizado com aparelho Humphey, estratégia Full Threshold Test, observou-se aumento da mancha cega no olho direito e sem alterações patológicas no outro olho. A paciente realizou tomografia computadorizada para a exclusão de lesões cerebrais, com resultado normal, levando em consideração a presença de neuropatia glaucomatosa, alterações campimétricas e aumento da pressão intra-ocular no olho direito. Iniciou-se tratamento com brimonidina, na concentração de 0,2 %, devido à paciente apresentar doença cardíaca e pulmonar. A paciente apresentou normalização da pressão em duas semanas, iniciando-se exame periódico para controle da pressão.

DISCUSSÃO

O nevo de Ota é um raro distúrbio congênito da pigmentação da derme e globo ocular ipsilateral. A alteração não é considerada hereditária, embora tenham sido publicados casos familiares, as mulheres são até cinco vezes mais acometidas que os homens.

Apesar de ser considerada uma lesão benigna, o nevo de Ota pode dar origem a melanomas, especialmente no trato uveal^{5,9}. Como

o nevo de Ota não apresenta um problema somente estético, a presença de glaucoma nestes pacientes sempre deve ser lembrada.

Os depósitos de pigmentos na malha trabecular podem dificultar o escoamento do humor aquoso com conseqüente aumento da pressão intra-ocular, levando à hipertensão ocular e ao desenvolvimento da neuropatia glaucomatosa.

ABSTRACT

Ota's Nevus is characterized by melanosis of the skin of the face in the area supplied by the first branch of the trigeminal nerve. This is associated with ipsilateral pigmentation of the episclera, uveal tract, conjunctiva and fundus. This condition is usually unilateral, occurring mainly in the melanodermic individuals and eastern women. It is very rarely potentially malignant, this occurring most frequently in the white races. It is mainly associated with a congenital cataract, Duane's syndrome and glaucoma. In this study authors present a case report of Ota's nevus and glaucoma and emphasize the importance of its early diagnosis.

Key words: *Ota's Nevus, glaucoma*

REFERÊNCIAS

01. ALBERT, D.M. & SCHEIE, H.G.: Nevus of Ota with malignant melanoma of the choroid: report of a case. *Arch. Ophthalmol.* 69:774-777, 1963.
02. BLODI, F.C.: Ocular melanocytosis and melanoma. *Am. J. Ophthalmol.* 80:389-395, 1975.
03. COWAN, T.H. & BALISTOCKY, M.: The Nevus of Ota or oculodermal melanocytosis, the ocular changes. *Arch. Ophthalmol.* 65:483-492, 1961.
04. DESBORDES, J.M. & HAMARD, H.: Le Naevus de Ota, a propos d'un cas bilatéral. *J. Fr. Ophthalmol.* 8-9:715-718, 1983.
05. DHERMY, P. & POULIQUEN, Y.: Naevus d'Ota et mélanome malin de la choroïde. *Arch. Ophthalmol.* 31:413, 1971.
06. FITZPATRICK, T.B. et al.: Ocular and dermal melanocytosis. *Arch. Ophthalmol.* 56:830-832, 1956.
07. GEWIRTZMANN, G. & RASMUSSEN, J.: Nevus of Ota with ipsilateral congenital cataract. *Arch. Dermatol.* 112:1284-1285, 1976.
08. GOLD, D.H et al.: Oculodermal melanocytosis and retinitis pigmentosa. *Am.J. Ophthalmol.* 63:271-279, 1967.
09. Ochoa J. Fracturas de Órbita. *Gac. Med. Caracas*, 104(3): 206-28, 1996.

A IMPORTÂNCIA DAS MANIFESTAÇÕES NASAIS NA GRANULOMATOSE DE WEGENER: RELATO DE UM CASO

THE IMPORTANCE OF NASAL MANIFESTATIONS IN WEGENER' S GRANULOMATOSIS: A CASE REPORT

Ana PR Cascaes¹, Victor M Cascaes², Sílvia LS Souza³, Cezar AM Caldas⁴

RESUMO

A Granulomatose de Wegener é uma vasculite sistêmica granulomatosa, de origem desconhecida, que se caracteriza por comprometer vias aéreas superiores e inferiores, ao lado de glomerulonefrite. Os autores descrevem um caso onde predominam manifestações nasais, enfatizando sua importância para um diagnóstico precoce. Relata-se um caso de paciente do sexo masculino, 48 anos, que iniciou o quadro com rinorréia mucosa persistente, epistaxes de repetição e úlcera nasal, sendo tratado como rinite alérgica e/ou sinusite, sem melhora clínica. Posteriormente à biópsia da úlcera nasal, demonstrando processo inflamatório crônico inespecífico, o paciente evoluiu com febre alta, emagrecimento, hiperemia conjuntival, poliartrite e hematúria macroscópica, sendo investigado do ponto de vista da infectologia, otorrinolaringologia e reumatologia. O quadro clínico-laboratorial sugeriu Granulomatose de Wegener, incluindo anticorpos anticitoplasmáticos de neutrófilos padrão citoplasmático clássico positivo, sendo instituída prednisona, ciclofosfamida e sulfametoxazol-trimetoprim, com evolução satisfatória e remissão da doença.

Palavras-chave: *Granulomatose de Wegener; nariz; sulfametoxazol-trimetoprim*

INTRODUÇÃO

A Granulomatose de Wegener (GW) é uma vasculite necrosante e granulomatosa que acomete classicamente os tratos respiratórios superior, inferior e o rim⁷.

O primeiro relato foi feito em 1931 por um pesquisador alemão chamado Klinger. Em 1936, Wegener definiu claramente o espectro clinicopatológico da síndrome que agora leva o seu nome⁷.

É uma doença de etiologia desconhecida, incomum, que afeta igualmente ambos os sexos e ocorre em todas as faixas etárias, sendo que a idade média dos pacientes é de 41 anos. Caucasianos são mais comumente acometidos (97%)³.

RELATO DO CASO

H.G.F., sexo masculino, 48 anos, branco, iniciou com quadro de rinorréia mucosa persistente, obstrução nasal, epistaxes de repetição e úlcera nasal, procurando vários otorrinolaringologistas, sendo tratado como rinite alérgica e/ou sinusite, sem melhora clínica. Foi realizada biópsia nasal, evidenciando processo inflamatório crô-

¹ Reumatologista pela USP-SP; Prof^a da Universidade do Estado do Pará

² Otorrinolaringologista pelo Hospital CEMA-SP

³ Médica Infectologista

⁴ Residente do 1º ano de Clínica Médica do HUIBB, Belém /Pa Universidade Federal do Pará

nico inespecífico. Após cerca de 1 mês, foi internado devido à piora do quadro, com febre alta, emagrecimento, hiperemia conjuntival, poliartrite (pés, tornozelos, joelhos, mãos, punhos e ombros), hematúria macroscópica, edema de membros inferiores. Nega disúria, nictúria e sintomas de prostatismo. Níveis pressóricos normais. Foi identificado como forte suspeita para GW e sugerido diagnóstico diferencial com doenças infecciosas.

A avaliação laboratorial mostrou VHS de 135 mm/h, Hb de 9,6 g%, Ht de 29%, 3,19 milhões de hemácias por mm³, normocíticas e normocrômicas. Apresentou 12.400 leucócitos por mm³, sendo 83% de segmentados e 17% de linfócitos. Observamos uréia de 82 mg%, creatinina de 1,6 mg%, potássio de 4,8 mEq/l e sódio 138 mEq/l. O exame de urina rotina demonstrou aspecto turvo, proteínas +, hemoglobina +++, 6 a 7 piócitos por campo, 50 a 55 hemácias por campo e cilindros granulosos raros. Mucoproteínas de 4,50mg%, DHL de 603 UI/l, reação de Waaler Rose de 3 UI/ml. ASLO de 400 UI/ml, Reação de Widal com antígeno H reagente (1/80) e demais não reagentes. VDRL não reagente. Sorologia anti-HIV 1 e 2 não reagente. Reação de Montenegro negativa. Hemoculturas e uroculturas negativas. Bacterioscopia da secreção uretral normal. Coagulograma sem alterações. Glicemia de 157 mg%.

Radiografia de seios da face normal. Radiografia de tórax com infiltrados difusos e condensação nodular em base de pulmão direito.

Realizada broncofibroscopia, com lavado broncoalveolar e biópsias transbrônquicas, sendo os materiais obtidos encaminhados para pesquisa de BAAR, cultura para BK, pesquisa de fungos e cultura inespecífica com antibiograma, não identificando nenhum possível agente etiológico.

O encontro de anticorpo anticitoplasma de neutrófilos padrão citoplasmático clássico (ANCA-c), com título de 1:320, confirmou o diagnóstico de GW, sendo instituída terapêutica com prednisona 1mg/kg/dia via oral (VO), ciclofosfamida 2mg/kg/dia VO e sulfametoxazol-trimetoprim (SMZ-TMP) VO em doses habituais. Foi observada evolução satisfatória e remissão da doença. O uso de SMZ-TMP foi mantido por 3 meses, doses baixas de prednisona por 16 meses e a ciclofosfamida por 21 meses. No seguimento do paciente foram realizadas quatro pesquisas de ANCA com resultados negativos. Atualmente, está apenas em uso de cálcio com vitamina D devido ao uso prolongado de corticosteroide e lisinopril com hidroclorotiazida pelo desenvolvimento de hipertensão arterial.

DISCUSSÃO

O quadro descrito é um caso de GW, havendo comprometimento de tratos respiratórios superior e inferior, além de comprometimento renal, articular e ocular. Foram afastadas possíveis causas infecciosas e outros diagnósticos diferenciais, tanto por análises laboratoriais, quanto pelo padrão de apresentação da doença.

O diagnóstico da GW pode ser somente clínico, histopatológico ou clínicopatológico¹. No caso descrito, o diagnóstico foi realizado com base em achados clínicos, radiológicos e laboratoriais, sendo que a análise histopatológica do fragmento de uma úlcera nasal não foi conclusiva.

Em muitos pacientes as primeiras queixas são relacionadas ao

trato respiratório superior³, como ocorreu neste paciente. O envolvimento do trato respiratório superior está presente em 94% dos casos de GW, índice inclusive superior ao acometimento dos pulmões³. Os sintomas nasais mais comuns são obstrução e secreção nasal⁵. Outros sintomas incluem epistaxe, sibilo devido perfuração nasal e hiposmia⁵. A perfuração nasal é um forte sinal de GW, particularmente na ausência de história de trauma ou cirurgia nasal⁵. A inflamação granulomatosa também pode levar à deformidade em sela⁷. Pode ocorrer adesão nasal espontânea entre a parede nasal lateral e o septo. Outras manifestações otorrinolaringológicas incluem estenose subglótica, perda da audição por otite média com efusão ou perda neurossensorial da audição⁵.

Outras doenças como sarcoidose, síndrome de Churg-Strauss, policondrite, lúpus eritematoso sistêmico e síndrome de Behçet apresentam envolvimento nasal⁵, mas pelas características do caso descrito, foram excluídas como possibilidades diagnósticas.

O envolvimento pulmonar ocorre em mais de 80% dos pacientes, manifestando-se por tosse, dispnéia, dor torácica e hemoptise⁷. Radiologicamente podem ser observados nódulos e infiltrados únicos ou, mais comumente, múltiplos, com tendência a cavitação⁷. Surpreendentemente não existem linfonodos peri-hilares nessa doença, o que ajuda no seu diagnóstico diferencial com outras patologias que envolvem o pulmão⁶. O paciente em questão apresentou à ausculta pulmonar apenas murmúrio rude e ao raio-x de tórax, presença de infiltrados e condensação nodular.

O envolvimento renal segue o pulmonar, sugerindo a possibilidade de uma cadeia de eventos, na qual ocorreria a entrada de um agente patogênico, por via respiratória, que desencadearia uma resposta inflamatória, e esta se estenderia aos outros tecidos⁶. A glomerulonefrite é a terceira principal manifestação clínica da GW⁷. Na grande maioria, as alterações renais são evidentes por meio de biópsia, enquanto cerca de 20% apresentam alterações do sedimento e da função renal³. Os achados incluem proteinúria, hematúria, cilindúria e insuficiência renal⁶. Histologicamente, a lesão renal típica é uma glomerulonefrite necrosante segmentar⁷. O nosso paciente apresentou evidente comprometimento renal, demonstrado por alterações na urinálise e elevação sérica de uréia e creatinina.

Cerca de 77% dos pacientes apresentam doença articular. Há discreto predomínio das artralguas sobre as artrites, que geralmente são poliarticulares e simétricas, acometendo grandes e pequenas articulações³. O paciente em questão apresentou uma poliartrite, não deformante, simétrica, de grandes e médias articulações. O caráter não deformante da artrite é uma característica da doença³.

O olho pode ser acometido por contigüidade do processo inflamatório dos seios da face ou pela vasculite, que causa irite, episclerite, esclerite e conjuntivite⁶.

Além dos acometimentos de trato respiratório e renal, a GW pode acometer virtualmente qualquer sistema orgânico, incluindo comprometimento cutâneo, cardíaco, de sistema nervoso central, de parótidas e tireóide, além de alterações de função hepática³. No nosso caso houve elevação dos níveis de DHL, não justificável por outras causas.

A importância do ANCA-c no diagnóstico da GW é evidente devido ao fato de ser altamente específico e sensível. A especificidade é de 95%, e a sensibilidade depende da extensão e da atividade da doença. Sensibilidade é de 50% para pacientes em

fase inicial, com acometimento restrito ao trato respiratório superior e/ou inferior. A sensibilidade chega a 100% em pacientes com GW generalizada², como o caso descrito. O ANCA-c torna-se indetectável na maioria dos pacientes em remissão completa e mantém níveis baixos quando a remissão é parcial. A presença de positividade é um fator de risco considerável para recidivas². No paciente descrito, o ANCA vem mantendo-se indetectável, confirmando o estado de remissão completa da patologia.

No nosso caso, a análise histopatológica da úlcera nasal não demonstrou nenhuma das três formas de vasculite esperadas para GW: microvasculite ou capilarite; vasculite granulomatosa ou vasculite necrosante⁷. Frequentemente, o material de biópsia em pacientes com suspeita de vasculite é inadequado para o diagnóstico, já que mostra apenas necrose e inflamação pouco específica¹. A ausência da confirmação histopatológica não invalida o diagnóstico, devido à presença de outros aspectos clínicos, imagiológicos e laboratoriais que confirmam a patologia.

Quando não tratada, a evolução da GW é rápida e letal, com um período médio de sobrevida de cinco meses; mais de 90% morrem nos dois primeiros anos após diagnóstico^{7,3}. O tratamento com corticosteróides aumentou modestamente a sobrevida para 12 meses e melhorou os sintomas sistêmicos e do trato respiratório^{7,3}. Foi a introdução da ciclofosfamida, associada ao corticosteroide, que melhorou de modo acentuado a sobrevida⁷. Mais de 90% apresentam melhora acentuada e 75% atingem remissão completa⁷. Um esquema proposto inclui ciclofosfamida na dose de 2mg/kg/dia VO e prednisona na dose de 1 mg/kg/dia VO, mantendo a prednisona por aproximadamente 2 a 4 semanas, com diminuição progressiva da dose, até manter apenas a ciclofosfamida. A ciclofosfamida deve ser continuada por um ano completo após a remissão clínica completa, quando inicia-se a retirada da droga³. Vários relatos sugerem que o tratamento com SMZ-TMP pode ser eficaz para a GW⁷. Pode ser utilizado como monoterapia em formas limitadas (principalmente quando limitada as vias aéreas superiores) e quando não é possível o tratamento imunossupressor devido seus efeitos colaterais, além da associação com o tratamento anterior quando este não é suficiente para controlar o processo sistêmico¹. Publicações têm descrito bons resultados com SMZ-TMP em terapia combinada com ciclofosfamida em comparação com os resultados obtidos com o tratamento convencional, recomendando esta forma de terapia combinada nos casos de GW generalizada¹.

As manifestações nasais da GW são de extrema importância porque estão relacionadas a possibilidade de diagnóstico precoce da doença. As manifestações nasais podem preceder em quatro anos a positividade do ANCA-c⁵. Portanto, uma biópsia negativa, em pacientes com suspeita de GW e com ANCA-c negativo não excluem o diagnóstico de GW⁵.

COMENTÁRIOS

Para finalizar, destacamos a necessidade de colaboração entre as diversas especialidades da medicina. A otorrinolaringologia e a reumatologia possuem doenças com acometimento de sistemas comuns às duas especialidades, devendo o acompanhamento interdisciplinar ser incentivado, em benefício do paciente.

ABSTRACT

The Wegener's Granulomatosis is a systemic granulomatous vasculitis, which origin is unknown, and it is characterized for endangering the superior and inferior air via, as glomerulonephritis does. The authors describe a case where nasal manifestations are predominant, emphasizing its importance for an early diagnosis. A case of a man patient is reported, forty eight years old, who started the process with a persistent mucous rhinorrhea, epistaxis of repetition and nasal ulceration, being treated as allergic rhinitis and/or sinusitis, without having a clinic improvement. After the biopsy of the nasal ulceration showing a not specific chronic inflammatory process, the patient developed with high fever thinning, conjunctive hyperemia, polyarthritis and macroscopic hematuria, being investigated from the infectology view point, otorhinolaryngology and rheumatology. The clinical laboratory situation suggested Wegener's Granulomatosis including anti-cytoplasm of neutrophil standard classical cytoplasmic positive, being applied prednisone, cyclophosphamide and trimethoprim-sulfamethoxazole, with satisfactory evolution and remission of the disease.

Key words: *Wegener's Granulomatosis; nose; trimethoprim-sulfamethoxazole*

REFERÊNCIAS

1. Cascaes VM, Cascaes APR, Marcondes LGC. Manifestações Nasais na Granulomatose de Wegener: A Importância do Diagnóstico Precoce. Ver Bras ORL 1999; 65: 338-40.
2. Guimarães SJ, Leite N. Vasculites Sistêmicas. 2000; 12 (parte 1): 3.
3. Guimarães SJ, Leite N. Vasculites Sistêmicas. 2000; 12 (parte 2): 2-6.
4. Ibañez-Bermudez F, Ceballos AC, Avila AG, Benitez TP, Montilla JC, Garcia RCM. Wegener's granulomatosis of the nasal fossa. Acta Otorrinolaring. Esp. 1995; 46: 361-64.
5. Jones NS. Nasal manifestations of rheumatic diseases. Ann Rheum Dis 1999; 58: 589-90.
6. Skare TL. Reumatologia – Princípios e Prática. 1ª ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A.:1999; 159-60.
7. Sneller MC. Granulomatose de Wegener. JAMA1996; 29: 2938-42.

ESTUDO CLÍNICO: TRATAMENTO DE RINOSSINUSITE AGUDA COM LEVOFLOXACINA

CLINICAL TRIAL: TREATMENT OF ACUTE RHINOSINUSITIS WITH LEVOFLOXACIN

Adriana Gonzaga Chaves¹, Luís Gonçalves Lacerda¹, Eulógio Emílio Martínez Neto¹, Cícero Matsuyama²

RESUMO

Introdução: A rinosinusite é o processo inflamatório da mucosa nasal e paranasal.

Objetivo: Avaliar a eficiência da levofloxacina no tratamento das infecções agudas dos seios paranasais.

Método: Foram avaliados 23 pacientes, 9 (39,1%) eram do sexo feminino e 14 (60,8%), do sexo masculino, com idades variando entre 16 e 57 anos, com quadro clínico de rinosinusite aguda no Ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital CEMA. O diagnóstico foi confirmado por endoscopia nasal e/ou exames radiográficos. Todos os pacientes utilizaram a levofloxacina 500 mg/dia, durante 12 dias.

Resultados: Dos 23 pacientes estudados, 13 pacientes apresentaram quadro clínico evidente e outros 10 pacientes tiveram o diagnóstico confirmado por exames complementares. O índice de melhora clínica obtido foi de 95,4%.

Discussão: O tratamento da rinosinusite aguda deve ser feito com antimicrobiano com espectro adequado para *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. A levofloxacina é uma fluorquinolona com atividade bactericida, boa absorção oral e amplo espectro de ação.

Palavras-chave: rinosinusite, tratamento, levofloxacina

INTRODUÇÃO

Rinosinusite é o processo inflamatório da mucosa de revestimento dos seios paranasais. A inflamação constitui uma reação do organismo à uma agressão de natureza física, química, biológica ou mecanismo alérgico^{1,2}.

Atualmente, o termo rinosinusite tem sido preferido devido ao envolvimento simultâneo das mucosas nasal e sinusal².

É uma doença extremamente freqüente, acometendo 31 milhões de americanos por ano, acarretando um gasto financeiro considerável na economia.

A fisiopatologia é multifatorial e está relacionada ao funcionamento e permeabilidade do complexo óstio-meatal. A classificação em aguda, subaguda e crônica varia de acordo com o tempo de evolução da doença^{2,3}.

O diagnóstico é feito através da história clínica, exame otorrinolaringológico, endoscopia e/ou exames de imagem. O tratamento preconizado é a utilização de antimicrobianos.

O objetivo do presente estudo é avaliar a eficácia da levofloxacina no tratamento das infecções agudas dos seios paranasais.

¹ Médicos residentes de Otorrinolaringologia do Instituto CEMA

² Coordenador-geral da Residência Médica de Otorrinolaringologia do Instituto CEMA Mestre e Doutor em Otorrinolaringologia pela UNIFESP/EPM

MÉTODO

Foram avaliados vinte e três pacientes (23) com quadro agudo de sinusopatia, 9 (39,1%) eram do sexo feminino e 14 (60,8%) do sexo masculino, com idades variando entre 16 e 57 anos, no Ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital CEMA. Os critérios de exclusão adotados foram: idade inferior a 15 anos, asmáticos (em uso de aminofilina), gestantes ou lactantes.

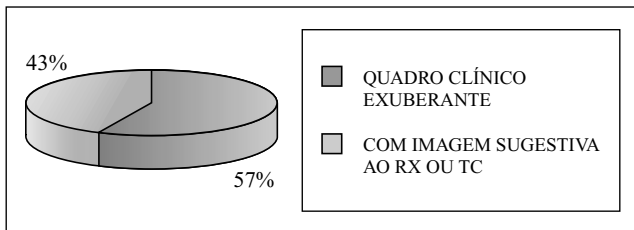
O diagnóstico foi confirmado pela anamnese, achados clínicos e radiológicos.

O tratamento proposto foi o antimicrobiano levofloxacina, na dose de 500 mg/dia por 12 dias, associado a antiinflamatórios e descongestionantes tópicos nasais.

RESULTADOS

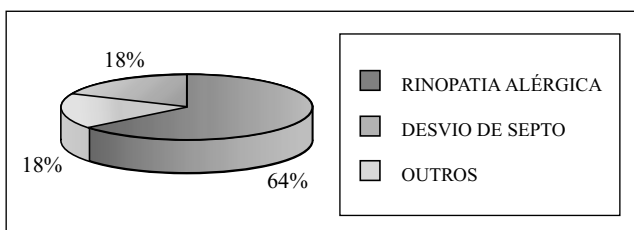
Neste estudo, detectamos treze pacientes (56,6%) com quadro clínico exuberante, detectável ao exame físico. Dez pacientes demonstraram estudo radiológico (raios X e/ou tomografia computadorizada) compatível com rinossinusite aguda. (Gráfico 1)

Gráfico 1:



Dos 23 pacientes avaliados, 69,5% (14 pacientes) apresentavam rinopatia alérgica e 17,3% (4 pacientes), desvio de septo. Um paciente relatou alergia às penicilinas. (Gráfico 2)

Gráfico 2:



Os pacientes foram então tratados com levofloxacina, na dose de 500 mg/dia, durante 12 dias. A taxa de sucesso demonstrada foi de 95,4%, considerando-se a remissão dos sinais e sintomas, bem como avaliação dos exames de imagem. (Gráfico 3)

Um paciente interrompeu o tratamento devido ao aparecimento de náuseas e cólicas abdominais. Outro paciente persistiu com a rinorréia purulenta, apesar do uso do antimicrobiano.

DISCUSSÃO

A patogênese da rinossinusite é multifatorial, envolvendo principalmente o complexo óstio-meatal. A obstrução do óstio sinusal propiciaria a estase de secreções (através da congestão mucosa), bloqueio dos mecanismos de ventilação e drenagem, com conseqüente redução da tensão parcial de oxigênio, elevação do monóxido de carbono e diminuição do pH^{1,4}.

Esse desequilíbrio conduziria a prejuízo da motilidade ciliar que, juntamente com a hipóxia, favoreceria o crescimento bacteriano e a alteração da relação flora anaeróbia/aeróbia¹.

As rinossinusites agudas ocorrem com maior frequência no transcurso de infecções das vias aéreas superiores, enquanto que as sinusites crônicas aparecem em associação a desordens anatômicas, principalmente no complexo óstio-meatal⁵.

Os fatores predisponentes mais importantes são:

Fatores Regionais: Obstrução mecânica do complexo óstio-meatal (edema de mucosa-infecção de vias aéreas superiores-IVAS, barotrauma, traumas), processos alérgicos (polipose nasossinusal), alterações anatômicas (corpos estranhos, tumores, concha média bolhosa, processo unciforme deformado, presença de tampão nasal, desvio septal, hipertrofia de adenóide, atresia coanal, fenda palatina, hipertrofia de conchas nasais, infundíbulo estreito, óstio maxilar reduzido), infecções dentárias, drogas ilícitas e medicamentos.

Fatores Sistêmicos: desnutrição, uso prolongado de corticosteróides, quimioterapia, diabetes mellitus, imunodeficiências (primárias ou adquiridas), estresse, fibrose cística, síndrome de Kartagener e doença do refluxo gastroesofágico.

Na infância, a sinusite está mais associada a quadros alérgicos, hipertrofia de adenóide e doença do refluxo gastroesofágico.

Cerca de 0,5 % a 5% das IVAS evoluem para rinossinusite aguda¹. Os vírus respiratórios (rinovírus, vírus sincicial respiratório e *influenzae*) podem modificar a produção de citocinas, com conseqüente alteração da função leucocitária. Esse mecanismo associado a menor produção de óxido nítrico (NO) conduz a proteção diminuída da mucosa do seio paranasal contra a ação de patógenos.

A rinite alérgica constitui importante fator predisponente, devido ao edema mucoso, secundário a liberação de histamina, capaz de originar a obstrução dos óstios sinusais⁴.

As rinossinusites agudas são causadas em 70% dos casos por *Streptococcus pneumoniae* *Haemophilus influenzae*^{1, 3, 4}. Cerca de 10% são determinadas por bactérias anaeróbias (*Peptostreptococcus*, *Bacterioides* e *Fusobacterium*). Apenas 4% das infecções são ocasionadas por *Moraxella catharralis*. A prevalência de bactérias produtoras de beta-lactamase tem aumentado nos últimos anos^{3,4}. A microbiologia na infância é semelhante àquela do adulto, com maior frequência de *Haemophilus influenzae*.

A endoscopia nasal revela a presença de secreção purulenta em meato médio, superior e recesso esfenoidal. A tomografia computadorizada de fossas nasais e seios paranasais permite uma avaliação mais detalhada do complexo óstio - meatal, bem como do meato médio.

O tratamento antimicrobiano das rinossinusites é geralmente

empírico, baseado no conhecimento das bactérias mais prevalentes. Nas rinosinusites agudas, os antibióticos mais utilizados são: amoxicilina, amoxicilina + ácido clavulânico, cefalosporinas de 2^a ou 3^a geração, quinolonas e macrolídeos. Nas últimas décadas, o desenvolvimento de cepas produtoras de betalactamase tem modificado o perfil de antimicrobianos utilizados. Devido à crescente resistência bacteriana, uma nova classe de antimicrobianos tem sido empregada^{5, 6, 7}. As quinolonas constituem boas opções para o tratamento das rinosinusites, pois apresentam amplo espectro de ação, boa disponibilidade oral, comodidade posológica (dose única diária) e poucos efeitos colaterais.

A levofloxacina é uma fluorquinolona e possui duas características importantes: meia vida longa e intensa atividade contra cocos gram positivos (especialmente *Streptococcus pneumoniae*).

COMENTÁRIOS FINAIS

A rinosinusite é uma patologia inflamatória freqüente, que envolve a mucosa nasal e paranasal. Está relacionada a fatores alérgicos, ambientais, mecânicos, odontogênicos e alterações da motilidade ciliar.

O uso inadequado, em infecções virais, de antimicrobianos tem induzido crescente resistência bacteriana. O diagnóstico criterioso e o uso correto de antimicrobianos são fatores imprescindíveis para a resolução do processo infeccioso.

A levofloxacina é uma nova fluorquinolona com atividade bactericida, amplo espectro de ação, boa biodisponibilidade oral e comodidade posológica. Atualmente, representa uma boa opção terapêutica para o tratamento das rinosinusites.

ABSTRACT

Introduction: Rhinosinusitis is an inflammatory process of the nasal and paranasal mucosa.

Objective: To evaluate the efficiency of levofloxacin in patients with acute sinus infection.

Method: We studied 23 patients with acute rhinosinusitis. There were 23 patients: nine (39,1%) female and 14 (60,8%) male. The diagnosis was based on physical examination, nasal endoscopy and computed tomography (CT). All the patients received 500mg of levofloxacin for 12 days.

Results: The ages ranged from 16 to 57 years. Presenting symptoms included nasal drainage and headache (13 patients).

Discussion: Acute rhinosinusitis is commonly treated with antibiotics. Levofloxacin is an effective treatment for rhinosinusitis.

Key words: rhinosinusitis, sinus disease, levofloxacin

REFERÊNCIAS

1. Sakano E, Navarro PL. Rinosinusite Aguda. In: Tratado de otorrinolaringologia-SBORL vol (3):26-31, São Paulo, 2002.
2. Araújo E, Sakano E, Weckx LLM. I Consenso Brasileiro sobre rinosinusite. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 1999; 65: 6-29.
3. Maccabee M, Hwang Peter H. Medical Therapy of acute and chronic frontal rhinosinusitis. Otolaryngologic Clinics of North America 2001; 34: 41-47.
4. Johnson J T, Ferguson B J: Infection. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. Otolaryngology Head and Neck Surgery, ed 3, p:1107-1118, USA, 1998.
5. Poole MD, Jacobs MR, Anon JB, Marchant CD, Hoberman A, Harrison CJ. Antimicrobial guidelines for the treatment of acute bacterial rhinosinusitis in immunocompetent children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2002; 63: 1-13.
6. File TM, Hadley JÁ. Rational use of antibiotics to treat respiratory infections. Am J Manag Care 2002; 8: 713-727.
7. Ben-David D, Rubinstein E. Appropriate use of antibiotics for respiratory infections: review of recent statements and position papers. Curr Opin Infect Dis 2002; 15: 151-156.

ESTUDO RETROSPECTIVO DE CIRURGIAS ENDOSCÓPICAS NASOSSINUSAIS

RETROSPECTIVE STUDY OF NASAL ENDOSCOPIC SURGERIES

Adriana Gonzaga Chaves¹, Gilberto Bolivar Ferlin Filho¹, Eulógio Emílio Martinez Neto¹,
Luís Gonçalves Lacerda¹, Cícero Matsuyama²

RESUMO

Introdução: Com o advento da cirurgia endoscópica nasossinusal, procedimentos cirúrgicos tornaram-se menos invasivos, porém permanece a utilização de tampão nasal após cirurgia nasal, e está associada aos seus riscos e benefícios. Com a visualização mais efetiva dos pontos cruentos e sangrantes, a utilização dos tampões em sua diversas formas mostrou-se um empecilho para o conforto do paciente no pós-operatório. Este estudo retrospectivo tem por finalidade avaliar a possibilidade da não utilização do tamponamento nasal, comparando com estudos realizados com a cirurgia convencional.

Método: Avaliamos 180 pacientes, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2002, com obstrução nasal refratária ao tratamento clínico, submetidos às cirurgias nasossinusais. Tampão nasal foi utilizado apenas nos pacientes que apresentaram sangramento intenso no pós-operatório.

Resultados: Dos 180 pacientes, 117 (65%) eram do sexo masculino e a idade variou entre 12 e 66 anos. Septoplastias com turbinectomia inferior parcial bilateral, antrostomia e etmoidectomia foram realizadas em 136 pacientes (75,5%), septoplastia associada à turbinectomia, em 44 (24,4%); rinosseptoplastia, em 21 pacientes (11,6%) e polipectomia nasossinusal, em 7 pacientes (3,8%). Em 14 pacientes (7,77%) foi realizado o tamponamento nasal anterior imediato e em 2 pacientes o tampão foi colocado tardiamente. Um paciente necessitou de hemotransfusão. Logo, 16 dos 180 pacientes (8,8%) foram submetidos ao tamponamento nasal. A cirurgia mais associada à necessidade de tampão foi a polipectomia (55% dos casos) ($p < 0.0001$ - teste exato de Fisher), não havendo diferença entre os demais tipos de cirurgia (incidência de sangramento variando de 4,5% a 9,5%).

Comentários finais: Dessa forma, observamos que o tampão pode ser evitado sem risco adicional para os pacientes, com o benefício de evitar o desconforto e as suas complicações.

INTRODUÇÃO

A obstrução nasal é um dos principais sintomas na prática do otorrinolaringologista, tendo como fatores desencadeantes: desvio septal, hipertrofia de conchas, hipertrofia adenoideana e polipose nasossinusal¹.

A septoplastia foi inicialmente descrita por Cottle em 1960; no entanto, Freer em 1902 e Killian, em 1904, já haviam proposto o descolamento submucoso do septo nasal³. A turbinectomia/turbinoplastia pode ser associada em casos de obstrução nasal importante⁴.

A utilização de tampão nasal após a septoplastia é recomendada para prevenir a formação de hematoma septal, reduzir o edema, sinéquias, promover maior estabilização do septo instável^{1,5,6,7,8,9}. Nas turbinectomias/turbinoplastias o tampão nasal é indicado para controlar o sangramento e estimular a cicatrização tecidual^{7,8}. No entanto, não existe consenso na literatura a respeito da indicação de tampão nasal nessas cirurgias.

Uma ampla variedade de materiais usados para confecção do tampão nasal tem sido empregada: gaze, dedo de luva, Gelfoam®, Meroce®l, entre outras⁹. Illeum *et al* demonstraram que a remoção do tampão nasal tipo dedo de luva foi mais fácil e associada a menor sangramento quando comparada ao Meroce®l^{5,8}.

Os principais riscos e complicações associados ao uso do tampão nasal são: perfuração septal, lesão de mucosa, aspiração, alergia, infecções, dor nasal, síndrome do choque tóxico. Alterações cardiovasculares, reação de corpo estranho e distúrbio respiratório^{7,8}. A obstrução nasal pós-operatória devido ao tamponamento nasal, pode levar ao aumento de episódios de hipopnéia noturna, desencadeando hipóxia e apnéia obstrutiva do sono^{2,6,9,10,11}. As grandes desvantagens desse procedimento são o desconforto, geralmente prolongando o tempo de internação, e a necessidade de antibioticoterapia prolongada⁹.

A indicação de tampão nasal em cirurgia nasossinusal ainda não é consenso na literatura.

¹ Médicos residentes de Otorrinolaringologia do Instituto CEMA

² Coordenador-geral da Residência Médica de Otorrinolaringologia do Instituto CEMA
Mestre e Doutor em Otorrinolaringologia pela UNIFESP/EPM

MÉTODO

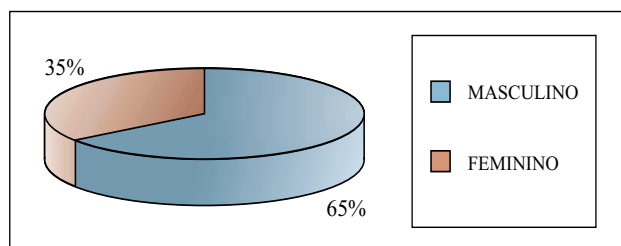
Durante o período de janeiro de 2002 a dezembro de 2002 foram avaliados 180 pacientes, atendidos no Serviço de Otorrinolaringologia do Instituto CEMA. Foram acompanhados pacientes com quadro de obstrução nasal refratária ao tratamento clínico. A avaliação diagnóstica consistiu de anamnese, exame otorrinolaringológico, endoscopia nasal e tomografia computadorizada de fossas nasais e seios paranasais.

Tampão nasal foi utilizado apenas nos pacientes que apresentaram sangramento intenso no pós-operatório imediato ou nas primeiras 24 horas.

Dos 180 pacientes, 117 (65%) eram do sexo masculino e 63 (35%) do sexo feminino. (Gráfico 1). As idades variaram de 12 a 66 anos.

Do total (n= 180 pacientes), 136 (75,5%) foram submetidos à septoplastia, turbinectomia inferior parcial bilateral, antrostomia e etmoidectomia (S+T+A+E) devido à sinusopatia; quarenta e quatro (24,4%) foram submetidos à septoplastia associada à turbinectomia (S+T); vinte e um pacientes (11,6%) foram submetidos à rinosseptoplastia (R+S) e em 7 pacientes (3,8%) foi realizada a polipectomia nasossinusal (PL).

Gráfico 1: Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo



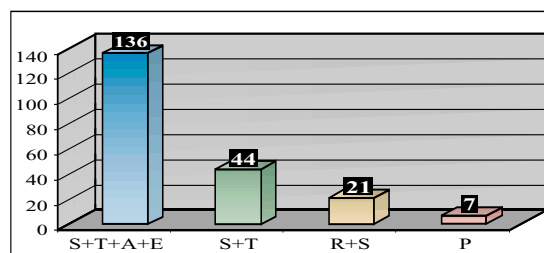
RESULTADOS

Em 14 pacientes (7,7%) foi utilizado tamponamento nasal anterior imediatamente ao término da cirurgia. Dos pacientes que não necessitaram de tampão inicialmente, 2 retornaram ao centro cirúrgico para revisão cirúrgica devido ao sangramento intenso, sendo então tamponados. Um deles necessitou de hemotransfusão.

Dessa forma, no total, 16 pacientes (8,8%) foram submetidos ao tamponamento nasal anterior após cirurgia nasal, nesse grupo de pacientes.

O tamponamento nasal foi necessário em 8 dos 136 pacientes submetidos a S+T+A+E (5,8%), em 4 dos 7 pacientes submetidos a PL (55%), em 2 dos 44 pacientes após S+T (4,5%) e em 2 dos 21 pacientes após R+S (9,5%). O risco de sangramento foi significativamente maior no grupo submetido à polipectomia ($p < 0.0001$ - teste exato de Fisher). Não houve diferença entre os demais tipos de cirurgia.

Gráfico 2: Distribuição dos tipos de cirurgias realizadas



DISCUSSÃO

A obstrução nasal é um sintoma freqüente na população, podendo acometer pessoas de todas as raças e idades¹. A septoplastia permite alívio da obstrução nasal em até 70,5% dos casos e quando associada à turbinectomia/turbinoplastia a melhora é mais pronunciada, segundo estudos recentes³. Na infância, a turbinectomia inferior parcial bilateral é capaz de proporcionar redução da obstrução nasal em até 90% dos pacientes⁴.

A indicação de tampão nasal em cirurgia endoscópica nasossinusal não é consenso científico, embora a maioria dos cirurgiões americanos utilize rotineiramente o tamponamento após cirurgia septal.

Entretanto, o tamponamento não é procedimento inócuo, devendo sua indicação ser avaliada com cautela. Alternativas têm sido pesquisadas com o intuito de substituir os tampões, como a cola de fibrina^{10, 11}, sutura septal contínua⁹, porém sem estudos conclusivos quanto à eficácia.

Em nossa casuística, 8,8% dos pacientes necessitaram de tampão nasal e apenas um paciente apresentou sangramento intenso, necessitando de hemotransfusão.

Em trabalho anterior, Samad *et al* demonstraram que o tamponamento foi relatado como o maior incômodo associado a cirurgia nasal em 34,5% dos pacientes³.

Dessa forma, observamos que o tampão pôde ser evitado sem risco adicional em mais de 90% dos pacientes, com o benefício de evitar o desconforto e as suas complicações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tamponamento nasal anterior pós-operatório é procedimento que pode ser utilizado para minimizar a incidência e a gravidade de sangramento e complicações.

Nesse grupo de pacientes, a cirurgia de maior risco para sangramento e necessidade de tamponamento foi a cirurgia endoscópica para polipose nasossinusal.

O tampão nasal pós-cirúrgico pôde ser evitado em um grande número de pacientes, minimizando riscos adicionais e o desconforto pós-operatório imediato, tendo em nossa casuística uma freqüência

estatística semelhante a da cirurgia endoscópica nasossinusal realizada com o tamponamento nasal convencional. Portanto, a utilização dos tampões nasais pós-operatórios imediatos tornar-se-á em um curto espaço de tempo somente necessária em cirurgias de grande porte ou com sangramento vultuoso intra e pós-operatório.

ABSTRACT

The indication of packing after nasal surgery is not well defined and associated with risks and benefits. We evaluated 180 patients between January 2002 and December 2002 with nasal obstruction refractory to clinical treatment undergoing nasal surgery. Nasal packing was performed in patients with bleeding. A total of 180 charts were reviewed: 117 (65%) were men with ages varying between 12 and 66 years old. Septoplasty associated bilateral inferior partial turbinectomy, antrostomy and etmoidectomy was performed in 136 patients (75.5%), septoplasty with turbinectomy in 44 (24.4%); rhinosseptoplasty in 21 patients (11.6%) and polypectomy in 7 patients (3.8%). Anterior nasal packing was early performed in 14 patients (7,77%), and in 2 patients was performed later. Packed red blood cell transfusion was performed in one patient. In sixteen out of 180 patients (8,8%) packing was performed. Polypectomy was surgery most frequently associated with nasal packing (55%) ($p < 0.0001$ -Fisher's exact test). There were no differences among the other types of surgery. Therefore, we observed that nasal packing may be avoided without additional risk for the patients reducing discomfort and complications.

REFERÊNCIAS

1. Demarco RC, Anselmo-Lima WT. Fisiologia do nariz e seios paranasais. In: Tratado de Otorrinolaringologia da SBORL. Vol (1): 627-639, São Paulo, 2002.
2. Ogretmenoglu O, Yilmaz T, Rahimi K, Aksoyek S. The effect on arterial blood gases and heart rat of bilateral nasal packing. Eur Arch Otorhinolaryngol 2002, 259: 63-66.
3. Samad I, Stevens HE, Maloney A. The efficacy of nasal septal surgery. The Journal of Otolaryngology 1992, 21:88-91.
4. Percodani J, Nicollas R, Dessi P, Serrano E, Triglia JM. La turbinectomie inférieure partielle chez l' enfant: indications, technique, resultants. Rev Laryngol Otol Rhinol 1996, 117:175-178.
5. Illeum P, Grymer L, Hilberg O. Nasal packing after septoplasty. Clin Otolaryngol 1992, 17:158-162.
6. Kristensen S, Bjerregaard P, Jensen PF, Juul A. Post-operative nocturnal hypoxia in septoplasty: the value of nasal packing with airway tubes. Clin Otolaryngol 1996, 21:331-334.
7. Weber R, Hochapfel F, Draf W. Packing and stents in endonasal surgery. Rhinology 2000, 38:49-62.
8. Weber R, Keerl R, Hochapfel F, Draf W, Toffel PH. Packing in endonasal surgery. Am J Otolaryngology 2001, 22:306-320.
9. Lemmens W, Lemkens P. Septal suturing following nasal septoplasty, a valid alternative for nasal packing? Acta Otorhinolaryngol Belg. 2001, 55:215-21.
10. Daneshrad P, Chin GY, Rice DH. Fibrin glue prevents complications of septal surgery: findings in a series of 100 patients. Ear Nose Throat J. 2003, 82:196-7.
11. Vaiman M, Eviatar E, Segal S. The use of fibrin glue as hemostatic in endonasal operations: a prospective, randomized study. Rhinology. 2002, 40:185-8.

Microsoft Internet Explorer
Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda
Voltar Avançar Parar Atualizar Página inicial Pesquisar Favoritos Histórico Correio Imprimir
Endereço <http://www.institutocema.org.br>

CEMA A QUALIDADE QUE VOCÊ PODE VER, OUVIR E SENTIR

REVISTA VIRTUAL

Home | Notícias | Vagas | Eventos | Artigos de Saúde | Mapa do Site

A Revista Científica do Instituto CEMA, REVICIENCE, também está disponível em versão eletrônica. Para ler os artigos, basta acessar: www.institutocema.org.br

INSTITUTO CEMA DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA
ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS - CNPJ: 03.456.304/0001-56

ESPECIALIDADES
CORPO CLÍNICO
EXAMES
CONVÊNIO
LOCALIZAÇÃO
INSTITUTO CEMA
SAC

Histórico
Missão
Fale Conosco

NOVAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA AFTAS RECORRENTES

NEW THERAPEUTIC OPTIONS FOR RECURRENTS APHTHOUS LESIONS

Adriana Gonzaga Chaves¹, Fernanda Akaki¹, Eulógio Emílio Martinez Neto¹, Cícero Matsuyama²

RESUMO

As lesões aftosas recorrentes são alterações frequentes da mucosa oral. A etiologia é multifatorial, com fatores desencadeantes locais ou sistêmicos. A lesão característica é do tipo ulcerada, amarelo-cinza de base eritematosa e dolorosa. Apresentam prevalência elevada entre adolescentes e adultos jovens. O tratamento clínico é empírico e baseia-se na utilização de medicamentos tópicos ou sistêmicos. O etanercept e o infliximab são antagonistas do fator de necrose tumoral, capazes de reduzir o processo inflamatório associado. Estudos recentes têm demonstrado boa tolerabilidade e eficiência em pacientes com estomatite aftosa recorrente.

Palavras-chave: aftas, etanercept, infliximab

INTRODUÇÃO

A estomatite aftosa recorrente (EAR) é a doença mais comum da mucosa oral e a forma mais frequente de úlcera oral dolorosa^{1,3}.

O termo grego *áphtha* foi utilizado inicialmente por Hipócrates (460 a 370 a .C.) para designar as lesões de boca; sendo que a primeira descrição clínica foi feita por Mikulicz e Kummel em 1888^{1,2}.

A prevalência da EAR é variável dependendo da população estudada. As lesões aftosas atingem 5% a 20% da população geral, afetando 30% da população adulta e 37% de crianças em idade escolar³. Em crianças, a EAR constitui a forma mais comum de úlcera oral, sendo a idade de apresentação clínica entre 10 e 19 anos. EAR pode diminuir de frequência e gravidade com a idade. Afeta igualmente ambos os sexos⁴.

As lesões caracteristicamente surgem em áreas de mucosa não queratinizada, em mucosa bucal, jugal, orofaríngea, palato mole, assoalho da boca e dorso da língua. As apresentações clínicas mais comuns são úlceras pequenas, únicas ou múltiplas, dolorosas, recorrentes, bem delimitadas, superficiais, branco-nacaradas, com pseudomembrana e halo eritematoso^{1,3}. Geralmente podem persistir por dias a semanas e recorrer em períodos variáveis. Em 50% dos indivíduos as lesões recorrem em menos de 3 meses³.

A etiologia da EAR é desconhecida, devendo ser multifatorial. As causas mais importantes são fatores locais (trauma, disfunção de glândulas salivares), fatores genéticos, doenças bacterianas (*Streptococcus* sp), doenças virais (herpes simples), doenças sistêmicas (doença de Behçet, neutropenia cíclica, síndrome periódica com febre e faringite), deficiências nutricionais (ferro, zinco, ácido fólico e vitamina B 12), imunodeficiências, medicamentos, fatores emocionais, hormonais e alérgicos^{1,2,3,4,5}. Foi demonstrada maior incidência em indivíduos de classes sociais mais elevadas^{1,4}. Borra *et al* demonstraram que nas doenças ulcerativas da mucosa está intimamente relacionada ao aumento de fator de necrose tumoral- α (TNF- α) sérico (Borra).

¹ Médicos Residentes de Otorrinolaringologia do Instituto CEMA

² Coordenador-geral da Residência Médica de Otorrinolaringologia do Instituto CEMA
Mestre e Doutor em Otorrinolaringologia pela UNIFESP/EPM

Alguns estudos demonstram menor prevalência de EAR em indivíduos tabagistas. A nicotina parece ter efeito protetor devido à ação indutora de queratinização na mucosa oral⁴.

As lesões aftosas podem ser classificadas em relação ao tipo (maior, menor e herpetiformes), características clínicas, frequência, número e localização^{1,2,3,4}.

O diagnóstico de EAR deve ser clínico e, em casos duvidosos, complementado por biópsia, citologia e culturas^{1,3,4}.

OPÇÕES TERAPÊUTICAS

Atualmente vários medicamentos têm sido propostos: analgésicos, antiinflamatórios não-hormonais, corticosteróides tópicos e sistêmicos, antimicrobianos tópicos, levamisol, talidomida, colchicina, dapsona, pentoxifilina e, mais recentemente, etanercept e infliximab^{2,3,4,6}.

Os medicamentos antiinflamatórios tradicionais são potencialmente tóxicos e exigem monitorização freqüente durante o uso prolongado^{8,9}.

O FNT (fator de necrose tumoral) apresenta uma função primordial na fisiopatologia das doenças crônicas de natureza inflamatória⁷. Recentemente, uma nova classe de drogas tem sido desenvolvida com o objetivo de inibir a progressão do processo inflamatório. Em 1998, o FDA aprovou dois novos medicamentos para uso em humanos^{7,10}. O etanercept e o infliximab são os antagonistas do FNT, considerados modificadores da resposta biológica. Constituem novas opções no tratamento de doenças inflamatórias como artrite reumatóide, doença de Crohn e doença de Behçet^{7,8,9,10,11}. Na 10ª Conferência Internacional de doença de Behçet foi observado que 38% dos especialistas já prescreveram esses antagonistas aos seus pacientes.

O etanercept é obtido pela fusão de duas cadeias idênticas de monômeros p75 de receptor de FNT recombinante ligados à porção Fc da molécula de IgG₁ humana^{7,9,12}. É, portanto, um receptor solúvel do FNT que, ao se ligar ao receptor de superfície nas células, compete com FNT endógeno reduzindo sua atividade *in vivo* e, conseqüentemente, reduzindo o processo inflamatório^{7,12,13}. Geralmente é bem tolerado, podendo, em algumas ocasiões, estar associado a maior susceptibilidade à infecções graves. O etanercept apresenta rápido início de ação, quando comparado ao metotrexato em pacientes com artrite reumatóide. Esse rápido início de ação representa uma importante característica principalmente em casos de disacusia vestibulo-coclear imunomediada⁷. Um estudo realizado em pacientes com disfunção vestibulo-coclear imunomediada demonstrou melhora da audição em 58% dos pacientes e estabilização da perda auditiva rapidamente pro-

gressiva em 33% dos casos, sugerindo que o etanercept seja uma opção segura e eficaz em pacientes selecionados com disfunção vestibulo-coclear imunomediada^{7,14}.

Estudos clínicos têm demonstrado que a posologia de 25 mg/semana intravenosa é uma dose terapêutica ótima no tratamento da artrite reumatóide. Os principais efeitos adversos observados são: cefaléia, dor no local da injeção, rinorréia, dispepsia e congestão¹². As desvantagens estão relacionadas ao alto custo, pouco tempo de experiência, uso subcutâneo e suspeitas de que essas drogas possam aumentar o risco de infecções oportunistas^{7,13}.

O infliximab é um anticorpo monoclonal quimérico que se liga especificamente ao FNT-alfa, antagonizando-o e neutralizando sua atividade biológica^{10,11,13}. Também tem sido utilizado como alternativa terapêutica em pacientes com artrite reumatóide e doença de Crohn^{8,10}. Apresenta meia vida longa, quando comparado ao etanercept, exercendo sua ação através da ligação com receptores de superfície celular¹¹.

Dados recentes sugerem que a administração de infliximab conduz à rápida e efetiva resolução das lesões associadas à doença de Behçet¹⁵.

Foram observados efeitos benéficos significativos no controle de úlceras orais e lesões mucocutâneas em pacientes com doença de Behçet, submetidos ao tratamento com etanercept durante uma semana¹⁵. Segundo Sfrikakis *et al*, 40% dos pacientes tratados com etanercept permaneceram livres de úlceras orais até o final do tratamento, comparado com 5% do grupo placebo. Entretanto, os sintomas recorreram em alguns pacientes 3 meses após o final do tratamento. Outra observação importante foi a redução significativa do VHS e dos níveis séricos da proteína C reativa¹⁵.

Recentemente, o FDA recebeu relatos de pacientes que apresentaram linfoma após início do tratamento com etanercept e com infliximab. A incidência estimada de linfoma pós etanercept foi de 19/100.000 e de 6.6/100.000 pós infliximab¹⁰.

COMENTÁRIOS FINAIS

Estudos clínicos têm comprovado a ação dos inibidores do FNT alfa em diminuir os sinais e sintomas da doença inflamatória crônica. Os novos estudos demonstram que em futuro breve haverá cura terapêutica para patologias úlcero-degenerativas da mucosa oro-digestiva.

Apesar das informações disponíveis resultarem de um pequeno número de pacientes tratados (até 2002, cerca de 80 pacientes foram tratados com anti-FNT, em 10 países), essas drogas parecem ser novas e eficientes opções terapêuticas em pacientes com doença refratária.

ABSTRACT

Recurrent aphthous lesions are frequent pathologies of the oral mucosa. Etiology is multifactorial and it is usually triggered by local and/or systemic factors. The lesion is ulcerated, painful, yellow or grey. It is common in teenagers and young adults. Clinical treatment is based on the use of topical or systemic drugs. Etanercept and infliximab are tumor necrosis factor antagonists able to reduce the associated inflammatory process. Recent studies have shown that these compounds are well tolerated and efficient in patients with recurrent aphthous stomatitis.

Key words: *aphthous, etanercept, infliximab*

REFERÊNCIAS

1. Ship J A, Mich A A. Recurrent aphthous stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 81:141-147.
2. Soler RC, Camargo ACK, Pupo DB. Lesões aftosas recorrentes da mucosa oral. In: *Tratado de Otorrinolaringologia da Sociedade Brasileira de ORL*. Vol(3): 340-351, São Paulo, 2002.
3. Zunt S L. Recurrent aphthous stomatitis. *Dermatol Clin* 2003; 21: 33-39.
4. Murray L N, Amedee R G. Recurrent aphthous stomatitis. *J La State Med Soc* 2000; 152:10-14.
5. Barnadas M A, Remacha A, Condomines J, Moragas J M. Estudio de los déficit hematológicos en los enfermos afectados de aftas orales recidivantes. *Med Clin* 1997; 109:85-87.
6. Moreno P, Denis C K. Como eu trato estomatite aftosa recorrente. *RSO* 2003; 3:4-6.
7. Rahman M U, Poe D S, Choi H K. Etanercept therapy for immune-mediated cochleovestibular disorders: Preliminary results in a pilot study. *Otology & Neurotology* 2001; 22:619-624.
8. Luong B T, Chong B S, Lowder D M. Treatment options for rheumatoid arthritis :celecoxib, leflunomide, etanercept e infliximabe. *Ann Pharmacoter* 2000; 34: 743-760.
9. Mizutani W. Assessing the value of rheumatoid arthritis treatment alternatives: the potential effect of tumor necrosis factor inhibitors. *Manag Care Interface* 2003; 16: 44-50.
10. Brown S L, Greene M H, Gershon S K, Edwards E T, Braun M M. Tumor necrosis factor antagonist therapy and lymphoma development. *Arthritis & Rheumatism* 2002; 46: 3151-3158.
11. Estrach C, Mpofo S, Moots R J. Behçet's syndrome: response to infliximab after failure of etanercept. *Rheumatology* 2002; 41:1213-1214.
12. Korth-Bradley J M, Rubin A S, Hanna R K, Simcoe D K, Lebsack M E. The pharmacokinetics of etanercept in healthy volunteers. *Rheumatology* 2000; 34:161-164.
13. Hamilton K, Clair E W. Tumor necrosis factor-alpha blockades: a new era for management of rheumatoid arthritis. *Expert Opin Pharmacother* 2000; 1: 1041-1052.
14. Rahman M U, Poe D S, Choi H K. Autoimmune vestibulo-cochlear disorders. *Curr Opin rheumatol* 2001; 13:184-189.
15. Sfikakis P P. Behçet's disease: a new target for anti-tumor necrosis factor treatment. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: ii51-ii53.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

A REVICIENCE, Revista Científica do Instituto CEMA de Oftalmologia e Otorrinolaringologia, destina-se às publicações científicas nas áreas de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e correlatas. Os trabalhos (em português, inglês ou espanhol) podem ser artigos originais de experimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais; revisão temática; atualização terapêutica; relatos de casos; cartas ao editor ou comentários sobre publicações prévias. Não serão aceitos trabalhos com finalidade comercial.

Os artigos serão apreciados por membros do Corpo Editorial, observando-se o caráter sigiloso desta avaliação e, posteriormente, encaminhados aos autores para modificações e/ou justificativas para não alteração. Após a aprovação pelos revisores, o trabalho será encaminhado para publicação. Os originais não serão devolvidos.

Orientações técnicas:

a) Devem ser enviadas 2 (duas) cópias impressas em papel branco A4 (21 x 297mm), digitadas com fonte tamanho 12, em espaço duplo, com páginas numeradas em algarismos arábicos e também uma cópia em disquete. O processador de texto deve ser compatível com o Windows.

b) A página inicial deve conter: título em português e inglês, nome, titulação e assinatura dos autores, instituição onde o trabalho foi desenvolvido, aprovação pela Comissão de Ética da instituição de origem e permissão para reprodução do material.

c) Os trabalhos originais devem conter: título, resumo em português e inglês (máximo de 250 palavras, estruturado, contendo objetivos, métodos, resultados e conclusões), palavras-chave e capítulos de introdução, material e métodos, resultados, comentários e referências.

d) Os trabalhos de revisão temática ou atualização terapêutica devem conter: objetivo, revisão da literatura, comentários e referências.

e) Os relatos de casos devem conter: introdução, apresentação do(s) caso(s) clínico(s), comentários e referências.

f) Referências: devem ser apresentadas e numeradas em ordem alfabética, utilizando abreviaturas dos periódicos segundo Index Medicus, conforme os seguintes exemplos: periódico; livros; capítulos de livros; anais de congressos; teses e fascículos.

g) Tabelas: enviar cada tabela em folha separada, com espaço duplo, numera-

das sequencialmente em algarismos arábicos. Devem constar título e legenda para abreviaturas e apresentação de testes estatísticos.

h) Figuras e legendas: apresentadas em branco e preto no tamanho 6x9 cm, com etiqueta numerada em algarismo arábico no verso. As legendas deverão ser apresentadas em folha separada, em espaço duplo, com numeração correspondente da etiqueta da figura.

i) Abreviaturas: colocar entre parênteses após a primeira citação no texto, não devendo ser utilizadas no título e no resumo. As legendas das tabelas e das figuras devem ter seu significado apresentado.

j) Procedimentos da revista: os trabalhos recebidos pelo editor, que estiverem dentro das normas de publicação, receberão um número que será comunicado ao(s) autor(es). Este número servirá para o conhecimento do andamento do trabalho por parte dos autores.

Os trabalhos devem ser enviados para o Centro de Estudos Dr. Maurício Antônio Marques. Rua do Oratório, 1.369, Mooca, São Paulo, CEP: 03117-000.

Fone: (11) 6602-4034

Fax: (11) 6602-4098

E-mail: reviciencia@institutocema.org.br