

ANTROLITO MAXILAR OBSERVADO EM PACIENTE ASSINTOMÁTICO. REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE CASO CLÍNICO

MAXILLARY ANTROLITH VIEW IN ASSYMPTOMATIC PATIENT. REVIEW OF LITERATURE AND REPORT OF A CLINICAL CASE

Flávio Ricardo Manzi*
 Fabrício Mesquita Tuji*
 Francisco Haiter Neto**
 Solange Maria de Almeida**

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de antrolito maxilar assintomático, visto que o presente assunto tem sido pouco reportado na literatura, fazendo com que muitos profissionais não o conheçam e, consequentemente, passe despercebido no momento do diagnóstico radiográfico. Utilizou-se para isto diversas técnicas radiográficas convencionais, estereoscopia e tomografia convencional para uma melhor localização da lesão. Sendo o paciente assintomático, e a lesão permanecendo estagnada durante os seis meses de acompanhamento, foi excluída a possibilidade de intervenção cirúrgica e a preservação radiográfica anual foi indicada.

UNITERMOS

Antrolito, seio maxilar, diagnóstico radiográfico.

SUMMARY

The present work has the objective to describes a clinical case assymptomatic antrolith maxillary, whereas the present subject has rarely been reported in the literature, therefore many professionals don't know it and consequently they may not perceive it at the moment of the radiographic diagnosis. It was performed several radiographic conventional techniques, stereoscopic and conventional tomography for the best location of the lesion. How the patient was assymptomatic and the lesion remained stagnated during the six months of follow up, the possibility of a surgical intervention was excluded and the radiographic annual accompanying was indicated.

UNITERMS

Antrolith, maxillary sinus, radiographic diagnosis.

INTRODUÇÃO

O antrolito maxilar, segundo BOWERMAN¹, é resultante de uma

encrustação completa ou parcial de um corpo estranho localizado no interior do seio maxilar. Os antrolitos aparecem a partir de um foco central, que pode ter origem endógena ou exógena. As fontes endógenas incluem normalmente as estruturas de origem dental, embora sangue, substâncias mucosas e espículas ósseas também possam originá-los. As de origens exógenas são menos frequentes e, como exemplo, podemos citar a inalação de papel, infecções por fungos, bactérias etc². Ao contrário do rinolito, que é uma massa calcificada no interior da cavidade nasal, que apresenta mais de 300 casos reportados na literatura mundial, segundo ABU-JAUDEL¹, o antrolito tem sido considerado raro, sendo que este termo foi introduzido por BOWERMAN¹ em 1969 para diferenciar os casos de rinolito. Um esquema mostrando a localização do antrolito e rinolito pode ser visto na Figura 1.



Figura 1 - Esquema de localização de Antrolito (A) e Rinolito (R)

O antrolito pode ser sintomático ou assintomático. A maioria dos antrolitos, segundo COHEN et al.³, estão associados a sintomas ou sinais clínicos que podem incluir secreções purulentas ou sangüíneas, obstrução nasal, dor facial e, em alguns casos, formação de fístula oroantral. Os assintomáticos são encontrados em exames radiográficos de rotina.

REVISÃO DA LITERATURA

O primeiro caso de antrolito reporta-

* Mestrando em Radiologia da FOP/ UNICAMP.

** Professor Assistente Doutor do Departamento de Diagnóstico Oral, Área de Radiologia da FOP / UNICAMP.

do na literatura foi em 1927 por WRIGHT¹¹, onde descreveu um paciente com sinusite crônica que após o tratamento cirúrgico da remoção do antrolito resultou no desaparecimento completo dos sintomas.

BROWN & ALLEN⁴ diagnosticaram um antrolito no seio maxilar e um rinólito na cavidade nasal, que não haviam sido observados em radiografias realizadas no ano anterior. Os autores perceberam que os diagnósticos destas lesões geralmente são no exame radiográfico de rotina.

Segundo KARGES *et al.*⁵, em 1971, o antrolito apresenta uma distribuição semelhante para ambos os gêneros e a faixa etária varia de 23 a 66 anos com uma idade média de 39 anos. Podem ser assintomáticos, sendo descobertos em exames radiográficos de rotina ou, em sua grande maioria, sintomáticos com sinais clínicos e sintomas como obstrução nasal, dor facial, epístaxe, sinusite e fistulas oroantrais.

EVANS⁶, em 1975, revisou os 17 casos de antrolitos na literatura inglesa e verificou que 14 estavam associados com sinusites, sendo que 5 estavam relacionados à comunicações buco-sinusais.

Em 1979, BLASCHKE & BRADY⁷ enfatizaram a importância da radiografia panorâmica na identificação de antrolitos em pacientes assintomáticos, mas deve-se realizar radiografias convencionais indicadas para a visualização dos seios maxilares com alta qualidade de imagem, sugerindo principalmente a técnica de Waters.

Em 1997, OGATA¹⁰ *et al.* publicaram um caso clínico de antrolito associado com o fungo *Aspergillus sp.*, este como foco exógeno para a formação da calcificação. Os autores afirmaram que as infecções fúngicas e bacterianas são freqüentes nos seios maxilares, podendo, então, desencadear na formação do antrolito.

O diagnóstico diferencial do antrolito maxilar, segundo IRISH *et al.*⁷ inclui exostose, odontoma, osteíte condensante e tumores odontogênicos. Para esses autores, se a massa radiopaca no interior do seio maxilar gerar incerteza quanto ao seu diagnóstico, sugerindo que esta lesão seja um antrolito. Assim, necessitando de um acompanhamento radiográfico anual.

O propósito deste trabalho é relatar um caso de antrolito maxilar assintomático, utilizando várias técnicas radiográficas convencionais, estereoscopia



Figura 2. Radiografia panorâmica mostrando uma massa radiopaca com bordas regulares no interior do Seio Maxilar, indicado pela seta

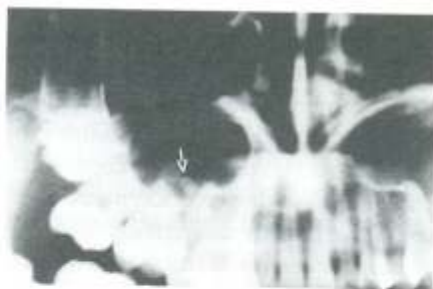


Figura 3. "Zoom" na região do Seio Maxilar direito para melhor visualização do Antrolito

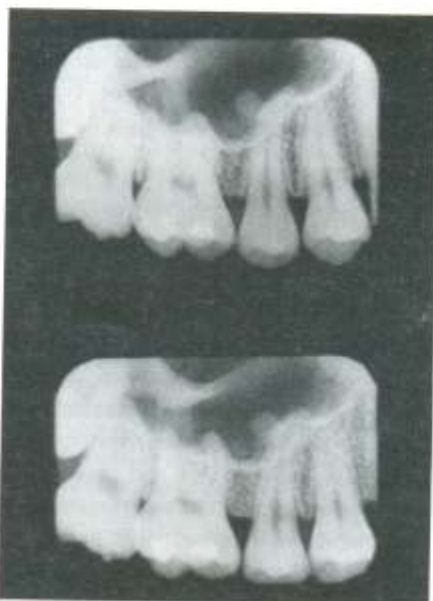


Figura 4. Radiografias Orto e Disto-radial com finalidade estereoscópica



Figura 5. Radiografia Pósterio-Anterior (Técnica de Waters)

e tomografia convencional para uma melhor visualização e localização da lesão.

CASO CLÍNICO

Um paciente de 19 anos de idade, de origem oriental, do sexo masculino, procurou a Clínica de Radiologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP para a realização de uma radiografia panorâmica como exame de rotina. O paciente não relatou nenhuma intervenção cirúrgica ou história de sinusite anterior. A radiografia panorâmica mostrou uma massa radiopaca com bordas regulares e de formato arredondado no interior do seio maxilar direito, próximo da raiz do 2º pré-molar (Fig. 2 e 3). Foram realizadas duas radiografias intrabucais da região, uma orto-radial e a outra disto-radial para a visualização estereoscópica. Por esse método de localização, observou-se que a massa radiopaca se encontrava no interior do seio maxilar, situado por vestibular em relação às raízes do 2º pré-molar e do 1º molar superior direito (Fig. 4).

O paciente era assintomático, não apresentando nenhum desconforto ou aumento na área do seio maxilar quando realizada a palpação intra-bucal. O exame extra-bucal não revelou nenhuma assimetria ou edema na região da maxila do lado da lesão. Para um melhor diagnóstico foi solicitado a radiografia convencional Pósterio-Anterior, técnica de Waters (Fig. 5), e tomografia convencional (Fig. 6) com cortes na região de pré-molares direito. Estas radiografias confirmaram que a massa radiopaca se encontrava no interior do seio maxilar direito, apresentando um tamanho de 0,5 cm de diâmetro. O seio maxilar não apresentou-se velado, mostrando-se com a mesma densidade do seio maxilar do lado oposto ao da lesão, eliminando qualquer suspeita de sinusite crônica.



Figura 6. Tomografia convencional na região de pré-molares superiores direito

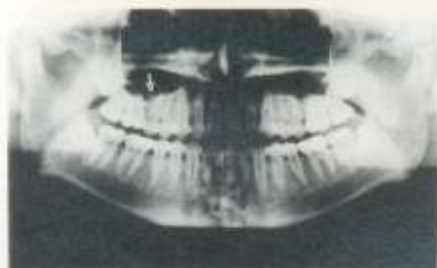


Figura 7. Controle radiográfico após 6 meses

Foram realizadas radiografias de acompanhamento após um período de 6 meses para avaliar a progressão da lesão (Fig. 7). Essa radiografia não mostrou qualquer alteração de forma e tamanho da massa radiopaca, excluindo assim, qualquer intervenção cirúrgica.

DISCUSSÃO

Segundo COHEN et al.⁵, poucos casos de antrolitos assintomáticos que são descobertos acidentalmente em exames radiográficos da rotina têm sido reportados, como no caso de BROWN & ALLEN⁴, que diagnosticaram um antrolito no seio maxilar e um rinólito na cavidade nasal que não haviam sido verificados em radiografias realizadas no ano anterior. Em outros trabalhos (BLASCHKE & BRADY² e JAIN & FROMMER⁸), tam-

bém, o antrolito foi encontrado em radiografias panorâmicas de rotina.

Antrolito e rinólito, aparentemente, têm a mesma composição e patogenia similar que, dependendo da formação do seu núcleo, podem ser classificados, segundo OGATA et al.¹⁰, em endógenos ou também descritos como tipo verdadeiro (sangue, muco, espículas ósseas) e exógenos ou tipo falso (inalação de objetos e infecção por bactérias e fungos). KARGES et al.⁹, em seu trabalho, verificaram que dos cinco casos revistos na literatura, todos apresentavam núcleo exógeno. Porém, variações na anatomia ou outros fatores que aumentem a secreção nasal ou lacrimal também têm sido relatados como fatores predisponentes na formação de cálculo, devido ao aumento da concentração de sais.

O diagnóstico diferencial da imagem do antrolito inclui raízes residuais, cisto de retenção mucoso, tumores odontogênicos, metástase de carcinoma, sarcoma osteogênico, displasia fibrosa, fibroma cimento-ossificante e osteoma associado à síndrome de Gardner. BLASCHKE & BRADY² relataram que uma maneira de diferenciar o antrolito maxilar de anormalidades nasais ou de processos odontogênicos, como o

odontoma complexo, é sua localização intrínseca dentro da cavidade sinusal, ou seja, a imagem radiopaca está situada no interior do seio.

O tratamento nos casos de antrolitos sintomáticos deve ser cirúrgico, com a realização do exame histopatológico para a confirmação da lesão. Nos casos assintomáticos, o tratamento cirúrgico não é indicado, devendo ser apenas preservado por exames radiográficos. Uma exceção deve ser feita com os antrolitos de grande tamanho, que podem causar problemas, sendo a remoção cirúrgica da lesão indicada.

No caso descrito neste trabalho, nenhuma razão para a ocorrência da lesão foi verificada, sugerindo que este antrolito maxilar seja de origem endógena. Como a massa apresenta-se pequena em tamanho, assintomática e sem foco de infecção local, preferiu-se fazer o acompanhamento radiográfico à intervenção cirúrgica, mesmo permanecendo uma incógnita quanto ao diagnóstico definitivo.

Concluindo, o antrolito ainda é considerado uma desordem rara, e quando o mesmo for assintomático e de pequeno volume, o paciente deve ser instruído de sua presença e somente a preservação radiográfica deve ser feita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABU-JAUDEL, C.N. Giant Rhinolith. *Laryngoscope*, v. 61, p. 271, Mar. 1951.
2. BLASCHKE, D & BRADY, F.A. The Maxillary Antrolith. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 48, n. 2, 187-9, 1979.
3. BROWERMAN, J.E. The Maxillary Antrolith. *J. Laryngol.*, v. 83, p. 873-82, 1969.
4. BROWN & ALLEN. Antral rhinolith: report of a case. *J. Oral Surg.*, v. 15, p. 153-5, 1957.
5. COHEN M.A.C. et al. Large asymptomatic antrolith of the maxillary sinus. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 71, n. 2, 155-7.
6. EVANS, J. Maxillary Antrolith: a case report. *Br. J. Surg.*, v. 13, p. 73-7, 1975.
7. IRISH, L.E. et al. Antrolith. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 70, n. 5, p. 682-3, 1990.
8. JAIN R.K. & FROMMER H.H. Incidental Finding of Antrolith in Panoramioic Radiograph. *N Y State Dent. J.*, v. 48, p. 530-1, 1982.
9. KARGES M.A. et al. Antrolith: report of a case and review of literature. *J. Oral Surg.*, v. 29, p. 812-14, 1971.
10. OGATA, Y. et al. Antrolith Associated with Aspergillosis of the Maxillary Sinus: report of a case. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 55, p. 1339-41, 1997.
11. WRIGHT, A.J.: A case of chronic frontal and antral sinusitis due to a rhinolith. *J. Laryngol.*, v. 42, p.192, Mar. 1927.



Dr. Satiro Watanabe

CRO - 963 - ESP 296
Professor de cirurgia da Faculdade de Odontologia UFG

- Cirurgia dos Traumas Faciais
- Cirurgia Bucal

Consultório: Rua 59-A, 1011 - St. Aeroporto - Goiânia-Go - 224-5591 - 225-2797
H. Samaritanos: St. Colimbra - Goiânia-Go - 291-1717

Art Melo
Odontologia &
Atelier de Prótese

A arte aliada à tecnologia
em busca da perfeição estética.

Responsável Técnico: Dr. Eudécio G. Melo - CRO-GO 3337

Rua 38, nº434, St. Marista Goiânia-GO. Tel: (62) 281-8189