

CASOS CLÍNICOS

OSTEOMAS DO SEIO FRONTAL

Artur Ferreira*, Carlos Alberto Ribeiro**

RESUMO: Os osteomas são os tumores benignos mais frequentes dos seios paranasais, sendo o seio frontal a sua localização principal. Podem ser assintomáticos ou originar complicações mais ou menos graves. Os autores após uma introdução fazem a abordagem de um caso clínico.

Os osteomas do seio frontal são lesões ósseas raras, de natureza benigna e recidivantes caso não sejam completamente excisados. O seu crescimento lento e excêntrico com compressão das estruturas vizinhas, é o responsável pelas graves manifestações clínicas que podem originar. Recentemente o crescimento de um osteoma do seio frontal foi seguido radiologicamente durante dezassete anos, tendo-se verificado que o que era um pequeno osteoma, acabou por preencher o seio frontal direito ao fim de dez anos, e só após mais sete anos foi removido devido a sinusite do seio frontal.

A causa dos osteomas é desconhecida, havendo no entanto, três teorias que tentam justificar o aparecimento destas lesões: uma embrionária devido a restos cartilagosos, uma traumática e uma infecciosa.

A idade de aparecimento é por volta dos cinquenta anos, sendo muito rara a existência destas lesões em crianças.

Do ponto de vista histológico existem fundamentalmente duas formas, sendo uma constituída

por osso compacto e outra por osso esponjoso, podendo haver uma terceira que é uma mistura destas duas.

Uma manifestação rara mas importante dos osteomas do seio frontal é a sua relação com o síndrome de Gardner. Trata-se da associação de osteomas, tumores cutâneos e polipose intestinal, sendo esta última grave, já que pode haver uma malignização dos polipos em cerca de 40% dos casos.

Do ponto de vista clínico os osteomas podem ser assintomáticos ou originar alterações dolorosas (cefaleias frontais), infecciosas (sinusites por obstrução do canal naso-frontal), neuromeningeas (meningites, rinorraxis pneumocefaleias), oftalmológicas (invasão da cavidade orbitária).

O tratamento dos osteomas do seio frontal é motivo de alguma discussão. Segundo Teed, todo e qualquer osteoma independentemente do seu tamanho deverá ser excisado. A maioria dos autores, no entanto, não pensa assim. Se o osteoma está localizado ao nível dos canais naso-frontais ou ocupa mais de 50% do seio, então deverá ser excisado. Pequenos osteomas deverão ser vigiados com T.A.C. cada seis meses a um ano.

A técnica operatória apresenta três variantes sempre com abordagem bicoronal e após excisão completa do osteoma:

* Assistente Hospitalar do Serviço de Cirurgia Maxilo Facial dos H.U.C.

** Chefe de Serviço de Cirurgia Maxilo Facial dos H.U.C.

- 1 — *Exclusão do seio frontal com osso íliaco* — no caso de osteomas da parede anterior do seio frontal.
- 2 — *Cranealização* — nos osteomas de grandes dimensões localizados à parede posterior e que obstruam os canais naso-frontais.
- 3 — *Excisão do osteoma com recanalização dos canais naso-frontais* — nas situações em que não há obstrução dos canais naso-frontais e há a certeza de excisão completa do tumor.

CONCLUSÃO

A técnica operatória depende das dimensões do tumor, localização e extensão deste. Devemos ter sempre em atenção que a excisão deve ser radical, já que estas lesões têm potencial de recidiva importante.

Caso clínico:

A.F.R. do sexo masculino, 42 anos foi internado em 18.10.90 no Serviço de Cirurgia Maxilo Facial, com tumefacção na região frontal (glabella) referindo cefaleias frontais. Em 1983 notou aparecimento desta lesão, referindo traumatismo anterior desta região. Em 1988 foi operado noutra serviço, tendo sido feita abordagem directa da lesão com desbaste desta, apresentando cicatriz visível da zona abordada. Como as suas queixas se mantiveram recorreu aos nossos serviços. Após estudo radiológico (Waters) (Fig. 1), verificou-se

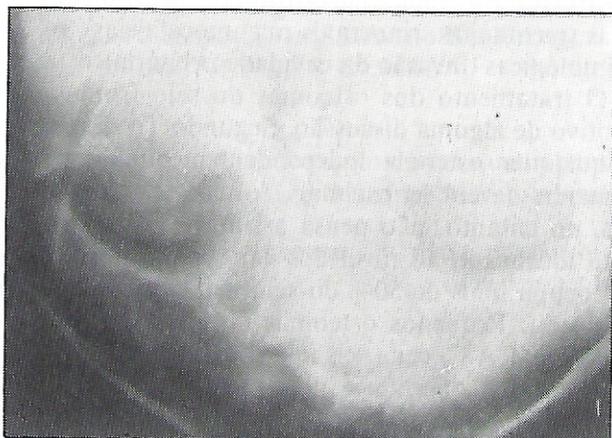


Fig. 1

a existência de um osteoma. O T.A.C. revelou a existência de uma massa óssea, localizada à parte média do seio frontal com invasão anterior e destruição da sua tábua externa. (Fig. 2)

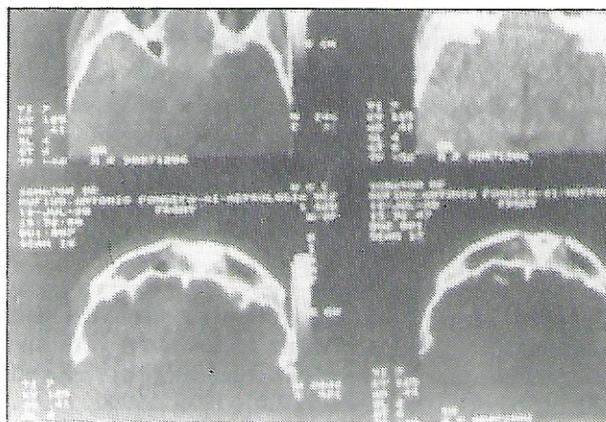


Fig. 2

O doente foi operado em 25.10.90, com abordagem bicoronal, craneotomia, verificando-se a existência de um osteoma que tinha a sua origem na parte posterior do seio frontal, com obstrução dos canais naso-frontais. (Fig. 3)

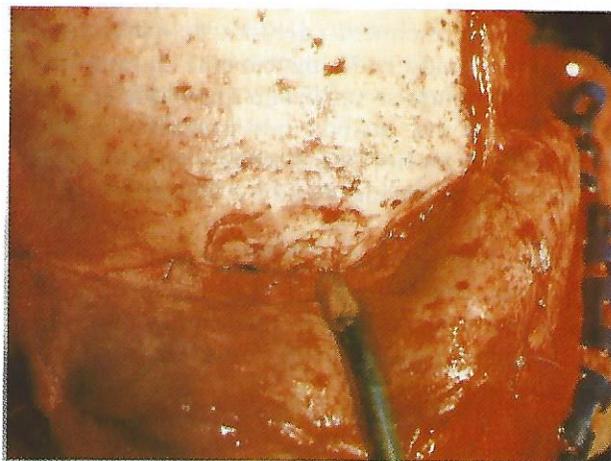


Fig. 3

Foi feita a excisão da lesão, curetagem da mucosa, recanalização dos canais naso-frontais com dois tubos de silastic e reconstrução da parede anterior com tábua externa da região parieto-temporal direita.

O doente encontra-se bem, não apresentando sinais de recidiva no T.A.C. após um ano de operado. (Fig. 4)

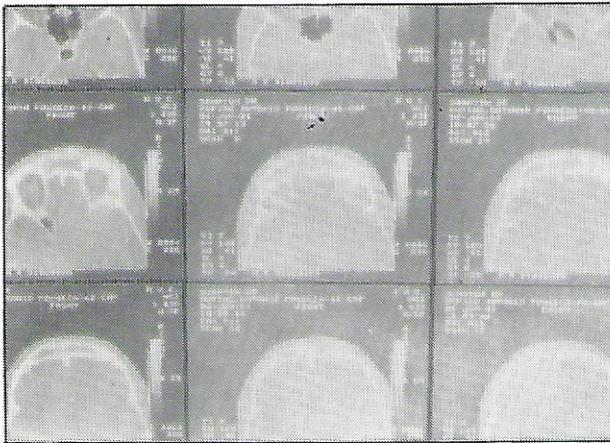


Fig. 4

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MARSHALL, E. SMITH; CALCATERRA, THOMAS — Frontal Sinus Osteome — *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1989, V. 98, pag. 896-900.
2. SPENCER, M.G.; MITCHELL, D.B. — Growth of a frontal sinus osteome — *Journal of Laryngology and Otolog*, 1987, V. 101, pag. 726-728.
3. FERLITO, A.; PESAVENTO, G.; RECHER, G. — Intracranial Pneumocefalus (Secondary to osteome) — *Journal of Laryngology and Otolology*, V. 103, pag. 634-637.
4. BLITZER, ANDREW; POST, KALMON D.; CONLEY, JOHN — Craniofacial Ressection of Ossifying Fibromas and Osteomas of the Sinus — *Arch Otolaringol Head Neck Surgery*, V. 115, pag. 1112-1115.