

SINUSOPATIAS CRÔNICAS DE ORIGEM ODONTOGÊNICA, UMA REALIDADE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO: Relato de série de casos

Fernando Vacilotto Gomes¹, Eduardo Vacilotto Gomes², Ivan Abreu Gomes³

¹ Cirurgião-dentista. Especialista e Mestre em CTBMF. Especialista em Implantodontia. Corpo Clínico Clínica Odontológica Ivan Gomes, Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil. Professor Assistente Curso de Especialização em Implantodontia AGOR/RS, Porto Alegre, RS, Brasil. Implantodontista Membro Fundador ImplPPerio, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Cirurgião-dentista. Corpo Clínico Clínica Odontológica Ivan Gomes, Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil.

³ Cirurgião-dentista. Especialista em Ortodontia, CEO Clínica Odontológica Ivan Gomes, Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil.

Endereço correspondência

Fernando Vacilotto Gomes
R. Manduca Rodrigues 500, sala 403 – Centro.
97573-560, Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil
Fernandovg2005@yahoo.com.br

Recebido em 25 de fevereiro (2019) | Aceito em 27 de março (2019)

RESUMO

As Ciências da Saúde apresentam relação muito próxima, podendo-se confundir entre si. Muitas vezes especialidades médicas e odontológicas tratam patologias de maneira concomitante em virtude do encontro de estruturas que contemplam seus escopos de tratamento, necessitando que a interdisciplinaridade se perfaça com a finalidade de permitir a cura do paciente. Este trabalho tem por objetivo apresentar casos clínicos que retratam a dificuldade do diagnóstico de trincas e fraturas coronaradiculares que após alguns anos possibilitaram o desenvolvimento de sinusites crônicas de origem odontogênica.

Palavras-chave: Sinusite odontogênica; Dente; Seio maxilar

ABSTRACT

As if it were a very close movie, and may be confused with each other. Often medical and dental specialties treat children concomitantly due to the involvement of structures that present their scope of treatment, requiring interdisciplinarity to be carried out in order to allow a cure of the patient. The objective of this study is to present clinical cases that portray a difficulty in the diagnosis of fractures and coronary fractures that recur for a few years, enabling the development of chronic sinusitis of odontogenic origin.

Keyword: Odontogenic sinusitis; Tooth; Maxillary sinusitis.

1. INTRODUÇÃO

As Ciências da Saúde apresentam relação muito próxima, podendo-se confundir entre si. Muitas vezes especialidades médicas e odontológicas tratam patologias de maneira concomitante em virtude do encontro de estruturas que contemplam seus escopos de tratamento, necessitando que a interdisciplinaridade se perfaça com a finalidade de permitir a cura do paciente [1].

Essas situações são muito comuns na Odontologia, sobretudo às especialidades cirúrgicas, aonde a proximidade com os seios maxilares, a cavidade nasal, a região cervical, as orbitas e a orofaringe são estruturas vizinhas e tem em associação à cavidade mucal, musculaturas, inervações e vascularizações que se afetadas, podem confundir o diagnóstico e o tratamento das especialidades previamente citadas. Assim sendo, existe a necessidade do entendimento completo do complexo buco-maxilo-facial no intuito de facilitar e acelerar o diagnóstico de patologias afins, e permitir, com brevidade, o estabelecimento do tratamento adequado e correto ao paciente [2-4].

O seio maxilar é considerado o maior seio paranasal, sendo o primeiro a se desenvolver e está localizado na maxila, na região entre as cavidades orbital e nasal. Apresenta uma forma piramidal com a base voltada para a parede lateral da cavidade nasal e o ápice voltado para o processo zigomático da maxila

[1]. Além do mais, apresenta íntima relação com os ápices radiculares de molares e prés-molares superiores, e muitas vezes, com caninos superiores [1,2]. A sinusite odontogênica abrange de 10 a 12% dos casos de sinusite maxilar. A origem odontogênica da sinusite deve ser considerada em pacientes com história de infecção odontogênica, cirurgia dentoalveolar ou periodontal. Cerca de um décimo de todas as sinusites corresponde a sinusite maxilar, devido à relação de proximidade que o seio maxilar possui com os dentes superiores, e pelo fato de ser mais suscetível à invasão de microrganismos patogênicos[5].

As sinusopatias odontogênicas podem estar relacionadas a diversas ocorrências bucais e/ou dentárias. Entre elas, as mais comuns são lesões periapicais de origem endodôntica, por exemplo, em situações de necrose pulpar por cáries ou fraturas de esmalte/dentina; fratura ou trincas em assoalho da câmara pulpar ou radiculares, onde como consequência, verifica-se em médio prazo a necrose pulpar; tumores e cistos odontogênicos; traumatismos dentoalveolares e faciais; entre outros. Ainda sim, verifica-se a possibilidade de rinosinusites em virtude de alterações como as previamente sugeridas [3].

O diagnóstico é de fundamental importância para estabelecimento do adequado tratamento. De toda sorte, normalmente não é fácil como parece. Exige uma boa anamnese, um exame clínico-físico detalhado e completo e exames complementares (radiografias e especialmente tomografia computadorizada cone beam) bem realizados, no intuito da busca da causa da sinusopatia. Algumas vezes trincas e pequenas fraturas são de difícil avaliação até pelos mais recentes tomógrafos e experientes radiologistas odontológicos, aonde a necessidade de busca clínica e a associação com a imagem tomográfica de alguma lesão dentária seja fundamental na busca do diagnóstico correto. Assim sendo, nem a experiência clínica e nem o exame tomográfico dispensam a associação de um com o outro[4-6].

Após estabelecimento da causa da origem da sinusopatia, e esta sendo de origem odontogênica, observa-se pois que a contaminação bacteriana que perfaz esta região é muito patogênica. Os seios maxilares, em um paciente que não apresenta sinusite, são colonizados por uma flora constituída principalmente por *Estreptococos* aeróbios, além de bastonetes anaeróbios

Gram negativos. Já em um paciente sinusopata, são encontradas predominantemente bactérias anaeróbias, aeróbias e mistas, consistindo assim numa infecção polimicrobiana. Dentre aquelas anaeróbias, destacam-se *Streptococcus* spp., *Bacterioides*, *Veillonella*, *Corynebacterium*, *Fusobacterium*, *Eikenella*, *Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Prevotella* ssp e *Porphyromonas* spp [7-9].

O tratamento mais comumente estabelecido inicia geralmente no consultório do Otorrinolaringologista, aonde o próprio paciente procura por conta, em virtude do desconforto em seio maxilar. Porém, após a busca ou a indicação do tratamento com antibioticoterapia convencional, muitas vezes tal patologia torna-se crônica ou de conduta ineficaz. Assim, muitas vezes, quando do encontro com Cirurgião-dentista, consegue-se o estabelecimento de um diagnóstico de sinusopatia de origem dentária, e com a eliminação da causa, a cura se faz através da associação médico-odontológica[1-6]. Tratamento endodôntico do loco acometido, exodontia ou tratamento periodontal são os mais indicados para eliminação da causa-efeito destas lesões que produzem sinusopatia [2-7].

Este trabalho tem por objetivo apresentar casos clínicos que retratam a dificuldade do diagnóstico de trincas e fraturas coronaradicular que após alguns anos possibilitaram o desenvolvimento de sinusites crônicas de origem odontogênica.

2. Relato de Caso

2.1. Caso clínico 1

Paciente sexo feminino, 50 anos de idade, leucoderma, comparece a consulta referindo sintomatologia dolorosa há 4 anos em região do dente 26, sem evolução efetiva após tratamento. A dor que sugeria não era importante, semelhante a sensibilidade dentinária, porém sem evolução clínica após tratamento com dentifrícios específicos para sensibilidade. Negava alterações sistêmicas de saúde, nem uso de medicações rotineiramente, nem alergias. Referiu ter realizado em torno de cinco tratamentos para sinusite com antibioticoterapia prescrito por otorrinolaringologista, geralmente vinculado ao seio maxilar esquerdo.



Figura 1: Radiografia panorâmica inicial.

Após avaliação clínica não se observou situação importante, negando dor a palpação e a percussão. Apenas notava desconforto a pressão apical do lado esquerdo, exatamente sobre o dente #26. Apresentava restauração de amálgama de prata em face oclusal do mesmo dente, sem queixas, que havia realizado a quase 30 anos. Solicitou-se, para tanto, radiografias localizadas da região, como também, tomografia computadorizada cone beam do dente #26.

Ao avaliar o exame, pode-se notar importante lesão apical sobre a raiz palatina, com comunicação buco-sinusal evidente e alteração inflamatória da membrana de Schneider, com breve velamento do seio maxilar esquerdo. A paciente foi encaminhada para avaliação com endodontista, onde o elemento dentário fora aberto e notado uma importante trinca em assoalho da câmara pulpar do dente #26 (Figuras 1-3).

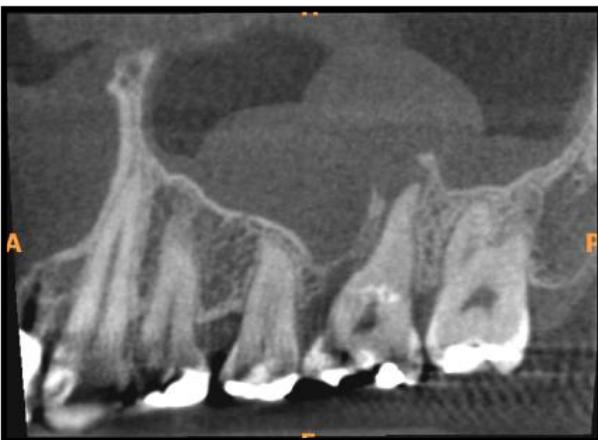


Figura 2: Corte sagital apresenta o dente 26 com alteração inflamatória periapical devido a necrose pulpar por fratura em câmara pulpar, separando as raízes vestibulares da palatina. Note a repercussão sinusal devido ao processo inflamatório crônico.

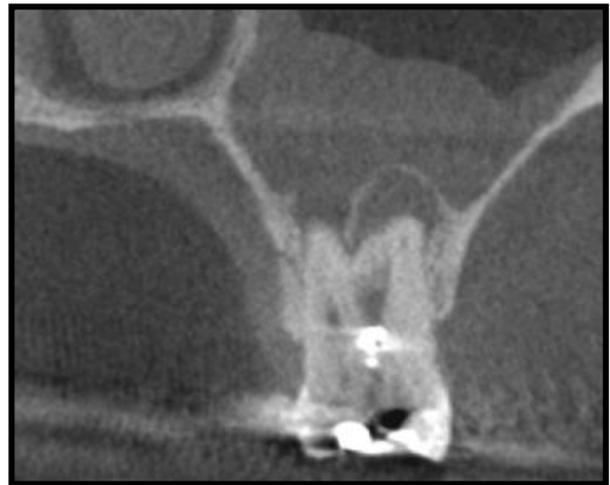


Figura 3: corte para-sagital mostrando o dente 26 com alteração inflamatória periapical devido a necrose pulpar por fratura em câmara pulpar, separando as raízes vestibulares da palatina. Observa-se nitidamente neste corte rarefação óssea em região de furca, sinalizando possibilidade de trinca ou fratura nessa região.

Após diagnóstico da fratura, a paciente foi encaminhada para exodontia do elemento #26, curetagem da lesão e sutura em primeira intenção em virtude de comunicação bucosinusal verificada no trans-cirúrgico. O dente apresentava separação total da raiz vestibular da palatina, não tendo a necessidade de grandes esforços para a confecção da odontosseção (Figura 4)



Figura 4: Aspecto do dente pós-exodontia.

apresenta bruxismo exacerbado e não realiza uso de placa miorreaxante.

Após o rebordo alveolar ter cicatrizado, aguardou-se em torno de 3 meses para novos exames. Verificou-se, pois, pouca altura óssea onde houve a necessidade de, na instalação do implante osseointegrável, realização concomitante de sinus lift em seio maxilar esquerdo (Figura 5).



Figura 5: Aspecto do rebordo alveolar após 3 meses da exodontia do dente 26.



Figura 6: Aspecto radiográfico panorâmico das arcadas dentárias da paciente.



Figura 7: Aspecto radiográfico periapical do dente 26.

2.2. Caso clínico 2

Paciente sexo feminino, 60 anos de idade, leucoderma, comparece a consulta referindo sintomatologia dolorosa há 10 anos em região do dente 26, sem evolução efetiva após tratamento. A dor que sugeria não era importante, semelhante a sensibilidade dentinária, porém sem evolução clínica após tratamento periodontal. Relata alterações sistêmicas de saúde com hipertensão arterial sistêmica, diabetes e níveis de triglicérides alterados, porém em acompanhamento médico e uso medicação de rotina. Negou alergias. Referiu ter realizado inúmeros tratamentos para sinusite com antibioticoterapia prescrito por Otorrinolaringologista (ORL), geralmente vinculado ao seio maxilar esquerdo. Realizou endodontia em torno de 20 anos, apresentando há cerca de 10 anos sensibilidade *in loco*. Solicitou-se, para tal, exames radiográficos de imagem no intuito de avaliação geral da cavidade bucal (Figuras 6,7). Paciente

Após avaliação radiográfica e persistência da dor após revisão periodontal e reajuste oclusal, encaminhou-se a paciente para avaliação endodôntica. O endodontista realizou reabertura do dente para retratamento endodôntico por suspeita de recontaminação dentária, e na abertura observou-se uma evidente trinca no sentido mesio-distal exatamente sobre a câmara pulpar sobre a raiz distal. Aindassim, foi solicitada uma TCCB no intuito de se avaliar a extensão da trinca/fratura que estaria causando sensibilidade dolorosa. A radiologista verificou uma possível trinca que iniciaria na câmara pulpar, compatível com o diagnóstico clínico, indo em direção ao terço médio da raiz palati-

na (Figura 8).

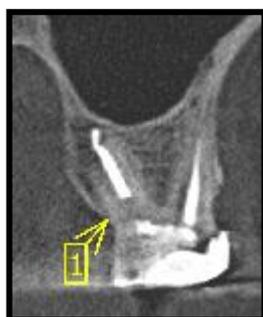


Figura 8: Aspecto tomográfico cone beam do dente 26, com uma provável trinca iniciando na câmara pulpar indo em direção ao terçomédio-superior da raiz palatina. Vide seta nº 1.

Prosseguindo a avaliação clínica da paciente, optou-se pela exodontia do elemento dentário 26 com regeneração óssea guiada para futuro implante dentário osseointegrável. Após 10 dias da extração, realizou-se controle para remoção dos pontos e paciente já não apresentava mais desconforto no local.

2.3. Caso clínico 3

Paciente sexo masculino, 64 anos de idade, leucoderma, comparece a consulta referindo sintomatologia dolorosa há 6 meses em região do dente 26, sem evolução efetiva após tratamento clínico convencional. A dor que sugeria não era importante, semelhante a sensibilidade dentinária, porém sem evolução clínica após tratamento com dentifrícios específicos para sensibilidade. Negava alterações sistêmicas de saúde, nem uso de medicações rotineiramente, nem alergias. Referiu ter realizado tratamento para sinusite com antibióticoterapia prescrito por otorrinolaringologista, geralmente vinculado ao seio maxilar esquerdo cerca de 1 ano. Houve recorrência desta sintomatologia nos últimos 2 anos, sendo o tratamento realizado com antibióticos e houve melhora do quadro (Figura 9).

Após avaliação clínica não se observou situação importante, negando dor a palpação e a percussão. Apenas notava desconforto a pressão apical do lado esquerdo, exatamente sobre o dente #26. Apresentava restauração de amálgama de prata em face oclusal do mesmo dente, sem queixas, que havia realizado a quase 40 anos. Solicitou-se, para tanto, radiografias localizadas da região, como também, tomografia computadorizada cone beam do dente #26.



Figura 9: Avaliação clínica do dente 26 após abertura do dente pelo endodontista. Sintomatologia dolorosa persistia em região de seio maxilar. Ausência de dor a percussão e a pressão sobre o dente.

Paciente foi encaminhado ao endodontista para avaliação e possibilidade de endodontia devido a evidência de lesão apical em raiz disto vestibular e palatina. Porém, durante a abertura do dente, o especialista em endodontia observou uma discreta linha semelhante a uma trinca pigmentada pela coloração da antiga restauração de amálgama de prata que lá existia. Essa linha, segundo observação clínica direta, corria em direção a raiz palatina. Assim, solicitou-se a realização de uma tomografia computadorizada cone beam no intuito de buscar a ocorrência dessa trinca/fratura. Ao avaliar o exame, pode-se notar lesão apical discreta sobre as raízes palatina e disto vestibular, com pequena comunicação buco-sinusal evidente e alteração inflamatória da membrana de Schneider do seio maxilar esquerdo (Figuras 10 e 11).

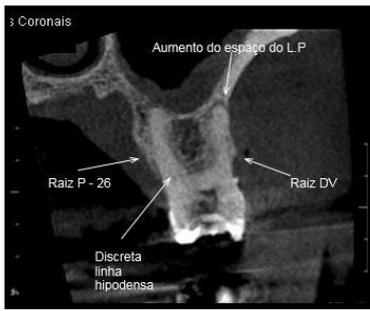


Figura 10: Tomografia computadorizada cone beam em corte parassagital apresentando o dente 26. Pode-se observar as lesões pequenas em região periapical das raízes palatina e disto vestibular, como também, a apresentação de uma tênue linha hipodensa caracterizando uma trinca, a qual estimulava a sensação de dor no paciente.

Após diagnóstico da fratura, a paciente foi encaminhada para exodontia do element #26, curetagem da lesão e sutura em primeira intenção em virtude de comunicação bucosinusal verificada no trans-cirúrgico. O dente apresentava separação total da raiz vestibular da palatina, não tendo a necessidade de grandes esforços para a confecção da odontossecação.

Após o rebordo alveolar ter cicatrizado, aguardou-se em torno de 3 meses para novos exames. Verificou-se, pois, altura óssea adequada para a instalação do implante osseointegrável. Aguardou-se mais 3 meses e então confeccionou-se uma prótese sobre implante.



Figura 11: Tomografia computadorizada cone beam em corte sagital apresentando o dente 26. Pode-se observar uma tênue linha hipodensa caracterizando uma trinca, a qual esti-

mulava a sensação de dor no paciente.

2.4. Caso clínico 4

Paciente sexo feminino, 68 anos de idade, leucoderma, comparece a consulta referindo sintomatologia dolorosa há 2 anos em região do dente 16, sem evolução efetiva após tratamento. A dor que sugeria era significativa, semelhante “a uma dor de cárie” como ela própria referia, porém sem evolução clínica após tratamento. Negava alterações sistêmicas de saúde, nem uso de medicações rotineiramente, nem alergias. Referiu ter realizado alguns tratamentos para sinusite com antibioticoterapia prescrito por otorrinolaringologista, geralmente vinculado ao seio maxilar do lado direito. Neste caso a própria médica encaminhou para avaliação odontológica, pois após tratamento específico com ORL, houve melhora do quadro de sinusite, porém com persistência de dor localizada de maneira intrabucal.

Após avaliação clínica não se observou situação importante, observou-se dor a palpação e a percussão exatamente sobre o dente 16. Durante a pressão apical do lado direito, sobre o referido dente paciente acusava dor também. Apresentava restauração de amálgama de prata em face oclusal do mesmo dente realizado há quase 30 anos. Solicitou-se, para tanto, radiografias localizadas da região, como também, tomografia computadorizada cone beam do dente #16 (Figura 12).

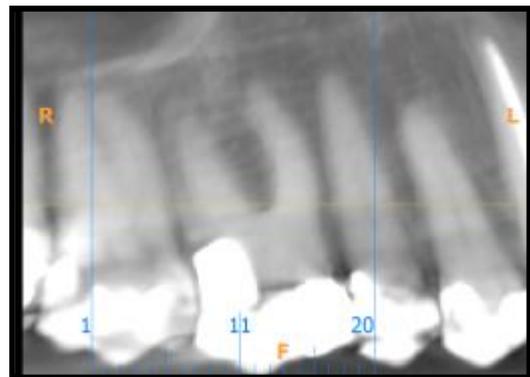
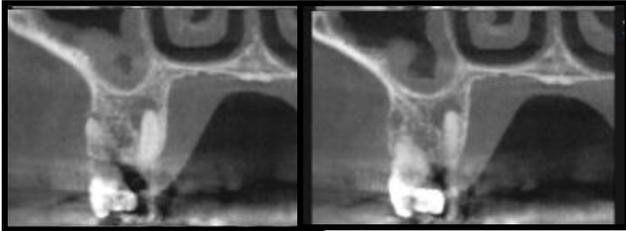


Figura 12: Tomografia computadorizada cone beam em corte sagital (tipo periapical) apresentando o dente 16. Pode-se observar restauração de amálgama de prata de extensão significativa, e ausência de visualização da luz dos canais.

Paciente foi encaminhado previamente ao endodontista para avaliação e possibilidade de endodontia devido a evidência de lesão apical em raiz disto vestibular e palatina. Porém, durante a abertura do dente, o especialista em endodontia observou uma discreta linha semelhante a uma trinca pigmentada pela coloração da antiga restauração de amalgama de prata que lá existia. Essa linha, segundo observação



clínica direta, corria em direção a raiz palatina. Assim, solicitou-se a realização de uma tomografia computadorizada cone beam no intuito de buscar a ocorrência dessa trinca/fratura. Ao avaliar o exame, pode-se notar lesão apical discreta sobre as raízes palatina e disto vestibular, com pequena comunicação buco-sinusal evidente e alteração inflamatória da membrana de Schneider do seio maxilar esquerdo (Figuras 10 e 11).

Figura 13: Tomografia computadorizada cone beam em corte parasagital apresentando o dente 16. Pode-se observar lesão periapical em raiz palatina muito próximo ao seio maxilar e em outros cortes justaposto a tal estrutura. Notar alteração na espessura da membrana sinusal Schneideriana, devido a possível repercussão crônica inflamatória de origem dentária.

Optou-se, portanto, pela extração do dente e instalação imediata de implante na região. Realizou-se, ainda, devido ao torque inicial com mais de 60N, aplicação de cicatrizador personalizado. Após 3 meses de reparo ósseo, confeccionou uma prótese metalocerâmica aparafusada sobre o implante dentário (Figura 14).



Figura 13: Radiografia do dente 16 pós-reabilitação protética com implante adequadamente posicionado e prótese cerâmica preenchendo o loco por completo.

2.5. Caso clínico 5

Paciente sexo feminino, 48 anos de idade, leucoderma, comparece a consulta referindo sintomatologia dolorosa há 6 meses em região do dente 16, sem evolução efetiva após tratamento. Negava alterações sistêmicas de saúde, nem uso de medicações rotineiramente, nem alergias. Referiu ter realizado alguns tratamentos para sinusite com antibioticoterapia prescrito por otorrinolaringologista, geralmente vinculado ao seio maxilar do lado direito.

Após avaliação clínica não se observou situação importante, observou-se dor a palpação e a percussão exatamente sobre o dente 16. Durante a pressão apical do lado direito, sobre o referido dente paciente acusava dor também. Apresentava restauração de resina composta tracadada há 6 meses, pois anteriormente havia amálgama de prata em face oclusal do mesmo dente realizado há quase 25 anos. Solicitou-se, para tanto, radiografias localizadas da região, como também, tomografia computadorizada cone beam do dente #16.

Prosseguindo a avaliação clínica da paciente, optou-se pela exodontia do elemento dentário 26 com regeneração óssea guiada para futuro implante dentário osseointegrável. Após 10 dias da extração, realizou-se controle para remoção dos pontos e paciente já não apresentava mais desconforto no local (Figuras 14 e 15).

Figura 14: Radiografia do dente 16 pós-instalação do implante observando-se adequado posicionamento tridimensional e aguardando período de reparo ósseo para posterior reabilitação protética.



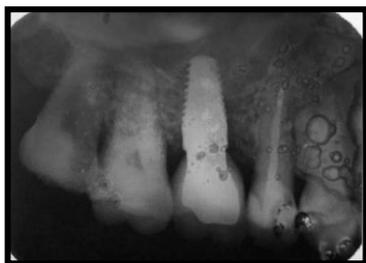


Figura 15: Radiografia do dente 16 pós-instalação do implante e posterior a reabilitação protética.

2.6. Caso clínico 6

Paciente sexo feminino, 32 anos de idade, leucoderma, comparece a consulta referindo sintomatologia dolorosa há 6 meses em região do dente 26, sem evolução efetiva após tratamento. A dor que sugeria não era importante, semelhante a sensibilidade dentinária. Relata alterações sistêmicas de saúde como depressão e ansiedade, fazendo uso de medicamentos de rotina e controle periódico com Médico Psiquiatra e Psicólogo. Negou alergias. Referiu ter realizado inúmeros tratamentos para sinusite com antibioticoterapia prescrito por Otorrinolaringologista (ORL), geralmente vinculado ao seio maxilar esquerdo. Realizou endodontia em torno de 8 meses, com pequena melhora efetiva do quadro clínico. Solicitou-se, para tal, exames radiográficos de imagem no intuito de avaliação geral da cavidade bucal (Figuras 16 e 17). Paciente apresenta bruxismo exacerbado e faz uso de placa miorelaxante há 2 anos. Fumante ativa, há mais de 10 anos.



Figura 16: Aspecto radiográfico panorâmico das arcadas dentárias da paciente.

Após avaliação clínica não se observou situação importante, negando dor a palpação e a percussão. Apenas notava desconforto a pressão apical do lado esquerdo, exatamente sobre o dente #26. Apresentava restauração de resina composta em face oclusal do mesmo dente, sem queixas, que havia realizado a quase logo após ao término do tratamento endodôntico. Solicitou-se, para tanto, radiografias localizadas da região.

Paciente foi encaminhada novamente à endodontista para avaliação e possibilidade de retratamento de possível reinfecção. Porém, neste ínterim entre consultas, a paciente apresentou um resfriado importante com sinusite em seio maxilar esquerdo. Realizou tratamento com ORL por 21 dias e retorno após eliminação dos sintomas. Após esse período a paciente retornou ao endodontista e o mesmo realizou a abertura do dente, onde o mesmo observou uma importante linha semelhante a uma trinca separando as raízes vestibulares da palatina. Dessa maneira, paciente retorna ao consultório para a exodontia do elemento 26. Foi realizado regeneração óssea guiada no intuito de futuro implante no mesmo loco.



Figura 17: Radiografia periapical do dente 26 mostrada a situação na primeira consulta.

2.7. Caso clínico 7

Paciente sexo feminino, 52 anos de idade, leucoderma, comparece a consulta referindo sintomatologia dolorosa há 3 meses em região do dente 15. A dor que sugeria não era importante,

próximo a um desconforto. Relata alterações sistêmicas de saúde como Hipertensão arterial sistêmica e ansiedade, fazendo uso de medicamentos de rotina e controle periódico com Médico. Negou alergias. Referiu ter realizado tratamento para rinossinusite com antibioticoterapia prescrito por Otorrinolaringologista (ORL), geralmente vinculado ao seio maxilar direito. Realizou endodontia em torno de 25 anos com restauração em amálgama de prata na mesma Sessão. Cinco anos após à endodontia, o dente 15 fraturou e para tal, o profissional à época realizou instalação de um núcleo metálico fundido cimentado e uma coroa acrílica, que está em boca desde o fato em questão. Solicitou-se, para tal, exames radiográficos de imagem no intuito de avaliação do dente com sintomas. Paciente apresenta bruxismo exacerbado e faz uso de placa miorreloxante há 6 meses. Ao exame clínico verifica-se breve mobilidade do conjunto prótese/núcleo, porém não está solto a ponto de ser removido (Figura 18).



Figura 18: Radiografia periapical do dente 15 mostrando a condição clínica inicial do caso.

Após avaliação clínica não se observou situação importante, negando dor a palpação e a percussão. Apenas notava desconforto a pressão apical do lado esquerdo, exatamente sobre o dente #15. Paciente foi encaminhada ao endodontista para avaliação e possibilidade de remoção do núcleo metálico e retratamento do canal, no intuito de realizar nova prótese cerâmica sobre núcleo. Porém, o endodontista durante a remoção do núcleo detectou fratura da raiz do dente 15, contraindicando a continuidade de tratamento e indicando o caso para implante. Dessa maneira, paciente retorna ao consultório para a exodontia do elemento dentário 15, instalação imediata de implante. Após 3 meses realizou-se nova prótese metalocerâmica sobre

implante.

2.8. Caso clínico 8

Paciente sexo masculino, 33 anos de idade, leucoderma, comparece a consulta referindo sintomatologia dolorosa há 7 dias em região do dente 16, sem evolução efetiva após tratamento endodôntico. A dor que sugeria não era importante, semelhante a sensibilidade dentinária, porém sem evolução clínica após tratamento periodontal. Nega alterações sistêmicas de saúde, nem acompanhamento médico ou uso medicação de rotina. Negou alergias. Referiu ter realizado inúmeros tratamentos para sinusite com antibioticoterapia prescrito por Otorrinolaringologista (ORL), geralmente vinculado ao seio maxilar direito. Realizou endodontia em torno de 2 anos, apresentando há cerca de 6 meses desconforto *in loco*, estando aumentado nos últimos 7 dias. Solicitou-se, para tal, exames radiográficos de imagem no intuito de avaliação geral da cavidade bucal (Figuras 19,20). Paciente apresenta bruxismo exacerbado e faz



uso de placa miorreloxante há 2 meses.

Figura 19: Radiografia panorâmica do dente 16 mostrando a condição clínica inicial do caso.



Figura 20: Radiografia panorâmica do dente 16 mostrando a condição clínica inicial do caso.

Paciente foi encaminhada novamente ao endodontista para avaliação e possibilidade de retratamento de possível reinfecção. O mesmo realizou a abertura do dente, onde o mesmo observou uma importante linha semelhante a uma trinca separando as raízes vestibulares da palatina. Dessa maneira, paciente retorna ao consultório para a exodontia do elemento 26. Foi realizado regeneração óssea guiada no intuito de futuro implante no mesmo loco.

2.9. Caso clínico 9

Paciente sexo masculino, 52 anos de idade, leucoderma, comparece a consulta referindo sintomatologia dolorosa há 2 meses em região do dente 27 e 28, sem evolução efetiva após tratamento endodôntico. A dor que sugeriu era importante, semelhante a um abscesso periodontal, porém sem evolução clínica após tratamento periodontal. Nega alterações sistêmicas de saúde, nem acompanhamento médico ou uso medicação de rotina. Nega alergias. Referiu ter realizado inúmeros tratamentos para sinusite com antibioticoterapia prescrito por Otorrinolaringologista (ORL), geralmente vinculado ao seio maxilar direito. Paciente fumante ativo, em torno de 2 cartelas de cigarro por dia, periodontite ativa e dificuldade de higiene local, foi solicitado tratamento periodontal local para descartar alterações nesse sentido. Aindassim, solicitou-se exames radiográficos e tomográficos de imagem no intuito de avaliação geral da cavidade bucal (Figuras 21 e 22). Paciente apresenta bruxismo, não fazendo uso de placa miorrelaxante.

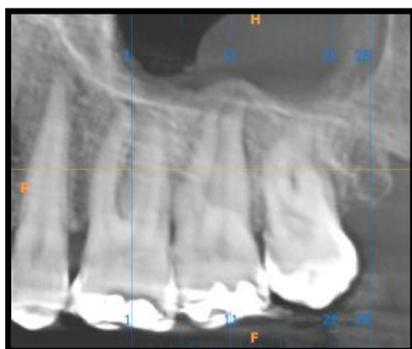


Figura 21: Corte sagital de localização da tomografia cone beam do dente 27 mostrando a condição clínica inicial do caso.

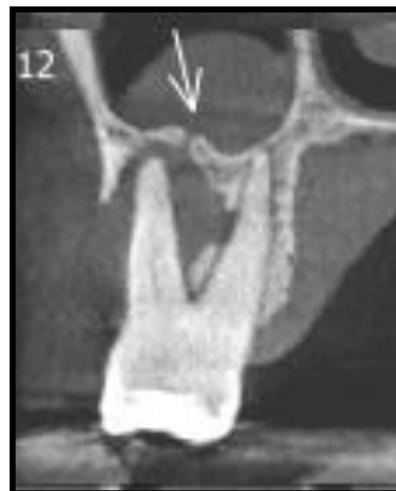


Figura 22: Corte parassagital da tomografia cone beam do dente 27 mostrando a condição clínica inicial do caso.

Após avaliação tomográfica notou-se comunicação bucosinusal na região do dente 27, com repercussão importante em seio maxilar esquerdo. Então, optou-se pela exodontia dos elementos dentários 27 e 28. Aguardou-se, portanto, um período de 3 meses e instalou-se um implante na região do dente 27 com reabilitação a *posteriori*. Nega alterações sinusais nos controles de 6 e 9 meses pós-operatórios.

2.10. Caso clínico 10

Paciente sexo feminino, 69 anos de idade, leucoderma, comparece a consulta referindo sintomatologia dolorosa há 6 meses em região do dente 16, sem evolução efetiva após tratamento endodôntico. A dor que sugeriu era breve, como uma sensibilidade e que viera a aumentes nos últimos 7 dias. Não houve evolução clínica após tratamento periodontal. Nega alterações sistêmicas de saúde, nem acompanhamento médico ou uso medicação de rotina. Nega alergias. Referiu ter realizado dois tratamentos para sinusite com antibioticoterapia prescrito por

Otorrinolaringologista (ORL) nos últimos dois anos, geralmente vinculado ao seio maxilar direito.

Solicitou-se exames radiográficos no intuito de avaliação geral da cavidade bucal (Figuras 23). Pacien-



te apresenta bruxismo, não fazendo uso de placa miorelaxante.

Figura 23: Radiografia panorâmica mostrando o dente 16 mostrando a condição clínica inicial do caso.

Paciente foi encaminhado ao endodontista para avaliação e possibilidade de endodontia devido a evidência de lesão apical em raiz disto vestibular e palatina. O dente apresentava um núcleo metálico fundido curto e tratamento endodôntico inadequado. Neste caso, foi realizado com sucesso a remoção do núcleo, realizada o retratamento endodôntico, reposicionamento e cimentação de um novo núcleo e confecção de uma prótese metalocerâmica sobre o dente. Não houve recidivas das sinusites nos controles e 6 e 12 meses pós-protéticos.

3. DISCUSSÃO

A sinusite odontogênica é uma condição patológica que, muitas vezes, tem sua prevalência subestimada, onde as infecções dentárias são responsáveis por 5% a 10% dos casos de sinusite maxilar. Na sinusite odontogênica crônica, observa-se, muitas vezes, um desenvolvimento assintomático, ou apresentando poucos sintomas, incluindo cefaleias que aumentam ao se movimentar a cabeça e drenagem de secreções através da cavidade nasal. A resolução de casos com essas características depende da junção de tratamentos

médicos e dentistas [5]. Nos casos apresentados, em sua grande maioria, houvera o tratamento realizado com ORL previamente, em virtude dos sinais e sintomas serem preferencialmente objeto de desconforto nos seios maxilar, sobretudo, pela proximidade dos ápices radiculares de molares e pré-molares superiores com o seio maxilar. Algumas vezes gerando até comunicação bucosinusal idiopática ou por rompimento patológico criado pela lesão periapical contra a fina cortical óssea que separa rebordo alveolar dentário do assoalho do seio maxilar.

A definição de sinusite maxilar difere entre os estudos de acordo com o grau de espessamento mucoso. Alguns estudos citam que a sinusite maxilar só deve ser considerada quando o espessamento mucoso é maior do que 2mm enquanto outros mostram que qualquer espessamento caracteriza a sinusite maxilar. Esta variação, apesar de pequena, pode gerar viés no diagnóstico da sinusite, sobre ou subestimando a prevalência real da sinusite maxilar [4-7]. Nos casos clínicos apresentados pode-se observar com triste recorrência, que as patologias necróticas pulpares de origem odontogênica, pela proximidade com o seio maxilar, possibilitam irritação da membrana do seio maxilar. Muitas vezes, esta contaminação por proximidade ou por comunicação bucosinusal permite, sim, o espessamento relativo ou importante da membrana de Schneider.

O tratamento da sinusite maxilar de origem odontogênica envolve uma série de cuidados que vão desde a eliminação dos fatores dentários causais, ao manejo da infecção do seio através do uso de antibioticoterapia. Também pode ser feita pelo profissional a utilização de uma série de fármacos, como por exemplo, descongestionantes nasais e gotas de hidratação. A sinusite maxilar, se não tratada ou tratada inadequadamente, pode progredir para uma variedade de complicações, como: celulite orbitária, trombose do seio cavernoso, abscessos de cabeça e pescoço, sinusite crônica [3-8,10]. Sem dúvidas, a necessidade de tratamento das patologias odontogênicas são de fundamental importância, tendo-se em vista a repercussão negativa e verdadeiramente grave que possa ser com a sua manutenção. Assim sendo, como primeira escolha, sempre haverá a opção de manutenção dos dentes, realizando-se tratamentos endodônticos, apicetomias, curetagens periodontais, entre outros. Inviabilizando-se a possibilidade de manutenção dentária, pode-se realizar a exodontia e colocação de implantes nos sítios perdidos.

4. CONCLUSÃO

Tendo em vista a literatura revisada, pôde-se observar em concomitância com os casos clínicos apresentados a importância da correlação entre as estruturas vizinhas da cabeça e pescoço, permitindo-se sinusopatias crônicas em virtude de alterações dentárias importantes próximas às cavidades sinusais. Além do mais, há a necessidade de tratamento odontológico para eliminação da causa dos sintomas.

REFERÊNCIAS

- [1] Mehra P, Jeong D. Maxillary sinusitis of odontogenic origin. *Curr Infect Dis Rep.* 2008;10(3):205-10.
- [2] Maloney PL, Doku HC. Maxillary sinusitis of odontogenic origin. *J Can Dent Assoc.* 1968;34(11):591-603.
- [3] Wuokko-Landén A, Blomgren K, Välimaa H. Acute rhinosinusitis - are we forgetting the possibility of a dental origin? A retrospective study of 385 patients. *Acta Otolaryngol.* 2019;139(9):783-787.
- [4] Vestin Fredriksson M, Öhman A, Flygare L, Tano K. When Maxillary Sinusitis Does Not Heal: Findings on CBCT Scans of the Sinuses With a Particular Focus on the Occurrence of Odontogenic Causes of Maxillary Sinusitis. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2017;2(6):442-446.
- [5] Peyneau PD, Oliveira LGT, Carneiro PMR, Manzi FR. Sinusite do seio maxilar de origem odontogênica. *DentalPress Endodontia.* 2018;2(3):55-59.
- [6] Bajoria AA, Sarkar S, Sinha P. Evaluation of Odontogenic Maxillary Sinusitis with Cone Beam Computed Tomography: A Retrospective Study with Review of Literature. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2019;9(2):194-204.
- [7] Karumaran CS, Ramachandran AK, Venkatesan R. Chronic sinusitis of odontogenic origin due to an undiagnosed displaced root fragment in the maxillary sinus and the role of cone beam computed tomography in successful management. *Indian J Dent Res.* 2018;29(6):847-851.
- [8] Brook I. Microbiology of acute and chronic maxillary sinusitis associated with an odontogenic origin. *Laryngoscope.* 2005; 115 (5): 823-825.
- [9] Brook I, Frazier EH, Gher ME. Microbiology of periapical abscesses and associated maxillary sinus. *J Periodontol* 1996; 67 (6): 608-610.
- [10] Wynne M, Atkinson C, Schlosser RJ, Mulligan JK.