

Mussá Y.¹, Ramazanova A.², Prates M.¹, Martins A.¹, Ferreira J.³, Pinheiro J.⁴

1- Médico Interno do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. 2- Médica Estomatologista, Assistente Hospitalar do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. 3- Médico Interno do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. 4- Médico Estomatologista, Assistente

INTRODUÇÃO

A comunicação oro-nasal resulta de uma solução de continuidade da abóbada palatina. Pode ser de etiologia congénita, a mais frequente, ou adquirida. A principal causa congénita é a fenda palatina. Das adquiridas, destacam-se a traumática, infecciosa, neoplásica, e iatrogénica. Dependendo do tamanho, pode ser assintomática ou manifestar-se por passagem de alimentos/líquidos para o nariz, alterações na fala e infeções recorrentes das vias aéreas superiores. O tratamento na maioria dos casos é cirúrgico.

CASO CLÍNICO

Sexo Feminino, 13 anos, raça negra, residente em Angola, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 e desnutrição. Foi internada de urgência por cetoacidose diabética. Apresentava solução de continuidade do palato duro, com 6 meses de evolução, central, indolor, medindo 4x2 cm visualizando-se o septo nasal necrosado. A tomografia computadorizada mostrou destruição óssea do palato duro, da fossa pterigopalatina esquerda e erosão da parede posterior do seio maxilar homolateral obliterado. Foi submetida a desbridamento cirúrgico e o exame bacteriológico revelou, entre outros, *micobacterium tuberculosis* e *zygomycetes*. Foi instituída terapêutica antibacteriana e antifúngica. A doente encontra-se estável, houve resolução do quadro infeccioso, a diabetes está controlada mas mantém a comunicação oro-nasal.



Fig. 1 - aspeto inicial da lesão no intra-operatório.



Fig. 2 - aspeto da lesão após cerca de 1 ano de tratamento com exposição dos cornua.

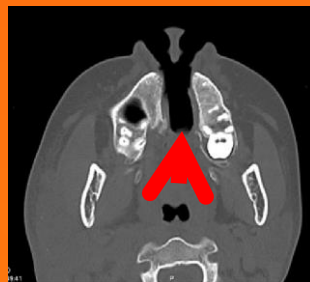


Fig. 3 - TC corte transversal mostrando disrupção óssea palatina.



Fig. 4 - TC corte coronal evidenciando comunicação entre as cavidades oral e nasal.



Fig. 5 - TC corte sagital onde se pode ver a extensa comunicação oro-nasal.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Descrevemos um caso de comunicação oro-nasal extensa, de causa infecciosa, tuberculose ou mucormicose, tendo sido isolados os dois agentes. Ambas as entidades causam lesões destrutivas que acometem, preferencialmente, doentes imunocomprometidos. A mucormicose é angioinvasiva e de evolução muito agressiva com desfecho fatal sem tratamento médico-cirúrgico precoce. A tuberculose tem habitualmente um curso insidioso. No caso clínico em apreço temos uma doente imunocomprometida, diabetes e desnutrição, com uma comunicação oro-nasal com evolução arrastada, o que aponta para uma provável tuberculose sobre-infetada. A doente está em processo de reabilitação oral.



Fig. 6 - tecido necrótico desbridado da lesão enviado para análise.

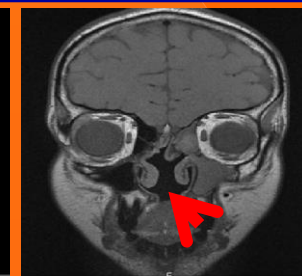


Fig. 7, 8 e 9 - RMN mostrando a comunicação oro-nasal.

BIBLIOGRAFIA

1. Diah E, Lo LJ, Yun C, et al. Cleft oronasal fistula: a review of treatment results and a surgical management algorithm proposal. *Chang Gung Med J* 2007;30:529-537
2. Majid OW. Persistent oronasal fistula after primary management of facial gunshot injuries. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008;46:50-52
3. Abuabara A, Cortez ALV, Passeri LA, et al. Evaluation of different treatments for oronasal/oronasal communications: experience of 112 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35:155-158
4. Amdt S, Aschendorff A, Echemmach M, Daemrich T, et al. Rhinoorbital-cerebral mucormycosis and aspergillosis. *Differential Diagnosis and Treatment. Arch Otolaryngol* 2009;266:71-76
5. Alabdia I, Bernal M, Calvo C, Vilaseca I, et al. Treatment of Rhinocerebral mucormycosis by combination of endoscopic sinus debridement and amphotericin B. *Am J Rhinol* 2001;5:327-31.
6. Santana N, Pinheiro G, Keherle H, Faria P, et al. Mucormicose de sios perinasais e órbitas em paciente imunocompetente. Relato de caso e revisão da literatura *Rev Brasil Otorinol* 2001; 65(5) 727-30