

Distopia orbital de difícil diagnóstico: síndrome do seio silencioso

Orbital dystopia of difficult diagnosis: silent sinus syndrome

MAURÍCIO MITSURU YOSHIDA¹, ALDO STAMM², JOÃO FLÁVIO NOGUEIRA³, NIVALDO ALONSO⁴

RESUMO

Introdução: A Síndrome do Seio Silencioso é caracterizada por enoftalmo indolor associado a atelectasia crônica do seio maxilar. As características clínicas da síndrome consistem em assimetria dos olhos, com enoftalmo espontâneo e hipoglobo, sem o comprometimento da visão. A etiologia permanece desconhecida. O tratamento é eminentemente cirúrgico e envolve dois estágios: a) desobstrução do seio, com restabelecimento funcional da via de drenagem, e b) reconstrução da arquitetura orbital normal. **Relato do Caso:** SV, sexo feminino, 33 anos, com história de otalgia e, ao exame físico, ruptura timpânica, além de enoftalmia e hipoglobo direito, sem alteração visual. A tomografia computadorizada revelou hipoplasia e velamento de seio maxilar direito, aumento do volume orbital direito e diminuição da espessura das paredes inferior e medial da órbita acometida. Paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, por meio de endoscopia nasal, com remoção do processo uncinado, exposição do óstio natural de drenagem e sua ampliação, além de aspiração de conteúdo do seio maxilar. Por meio de acesso transconjuntival, realizou-se colocação de lâmina de polietileno poroso de alta densidade (Medpor®) no local do defeito nas paredes inferior e medial da órbita direita. Paciente evoluiu sem intercorrências pós-operatórias. **Conclusão:** A Síndrome do Seio Silencioso é uma entidade clínica rara, cujo diagnóstico é difícil em decorrência de sua apresentação clínica frustra. Deve ser de conhecimento do cirurgião craniomaxilofacial, do otorrinolaringologista e do oftalmologista, para a adequada avaliação de casos de enoftalmia progressiva sem causa aparente.

Descritores: Enoftalmia. Oftalmopatias/etiologia/cirurgia. Seio maxilar. Síndrome.

ABSTRACT

Introduction: The Silent Sinus Syndrome is characterized by painless enophthalmos associated with chronic maxillary sinus atelectasis. The syndrome's clinical characteristics consist of eyes asymmetry with spontaneous enophthalmos and hypoglobus without vision compromising. Etiology remains unclear. The treatment is mainly surgical and includes two steps: a) sinus clearance with drainage passage functional reestablishment, and b) normal orbital architecture reconstruction. **Case Report:** SV, female gender, 33 years old, with otalgia and, on physical examination, tympanic rupture, enophthalmos and hypoglobus on the right side, without visual impairment. The computerized tomography scans revealed opacified and hypoplastic right maxillary sinus, enlarged right orbital volume and decreased thickness of the inferior and medial orbital walls. The patient was submitted to surgical treatment, by nasal endoscopy, with uncinata process remove, natural drainage ostium exposition and enlargement, and maxillary sinus content aspiration. Through a transconjunctival approach, a plate of high density porous polyethylene (Medpor®) was placed on the inferior and medial wall defects of the right orbit. Patient had no postoperative complications. **Conclusion:** Silent Sinus Syndrome is a rare clinical entity which diagnosis is difficult as its clinical presentation is mild. The syndrome has to be well known to the craniomaxillofacial surgeons, otorhinolaryngologists and ophthalmologists to adequately evaluate cases of progressive enophthalmos without apparent cause.

Key words: Enophthalmos. Eye diseases/etiology/surgery. Maxillary sinus. Syndrome.

1. Cirurgião Plástico, Médico Assistente do Grupo de Cirurgia Craniomaxilofacial do Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil.
2. Otorrinolaringologista, Diretor do Centro de Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil.
3. Otorrinolaringologista, Médico Assistente do Centro de Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil.
4. Cirurgião Plástico, Chefe do Grupo de Cirurgia Craniomaxilofacial do Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência: Maurício Mitsuru Yoshida
Rua Borges Lagoa, 1065 Cj 150/151 – Vila Clementino – São Paulo, SP,
Brasil – CEP 04038-032
E-mail: mauricio_yoshida@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Seio Silencioso, também conhecida como Síndrome da Implosão Antral, é uma entidade clínica de ocorrência rara, caracterizada por enoftalmia indolor associada a atelectasia crônica do seio maxilar. Seu diagnóstico, muitas vezes, é realizado por acaso durante investigação de queixas associadas e sua apresentação clínica frustra contribui para a dificuldade de seu adequado diagnóstico. Os achados radiológicos incluem retração das paredes do seio maxilar ipsilateral, com resultante aumento do volume orbital.

A etiologia e sua fisiopatologia ainda permanecem desconhecidas, porém, algumas teorias tentam explicar a síndrome, sendo a obstrução do óstio de drenagem do seio maxilar, com consequente hipoventilação do mesmo e pressão negativa antral, a teoria mais aceita atualmente.

Este artigo tem o objetivo de relatar um caso de paciente com Síndrome do Seio Silencioso, cujo diagnóstico foi realizado durante avaliação da paciente por queixa adversa e na qual o tratamento incluiu abordagem da deformidade antral subjacente e correção da alteração orbital resultante, por equipe multidisciplinar.

RELATO DO CASO

SV, sexo feminino, 33 anos, com história de otalgia após prática de mergulho, relatava quadro de sinusopatia crônica com investigação radiológica por meio de tomografia computadorizada (TC) de face e tratamento cirúrgico com rinosseptoplastia há 4 anos. No exame físico, paciente apresentava ruptura timpânica, além de enoftalmia e hipoglobo direito, porém sem alteração visual (Figura 1).

Realizada nova TC de face que revelou hipoplasia e velamento de seio maxilar direito, aumento do volume orbital direito e diminuição da espessura das paredes inferior e medial da órbita acometida (Figura 2). A análise mais adequada da TC realizada previamente (há 4 anos) demonstrou que tais alterações estruturais já estavam presentes em menor intensidade.

Paciente foi submetida a tratamento cirúrgico no qual participaram em conjunto as equipes de cirurgia craniomaxilofacial e otorrinolaringologia. No intra-operatório, por meio de endoscopia nasal com instrumento angulado de 45 graus, realizou-se remoção do processo uncinado, exposição do óstio natural de drenagem e sua ampliação, além de aspiração de conteúdo de consistência gelatinosa do seio maxilar.

Por meio de incisão transconjuntival, as paredes inferior e medial da órbita direita foram exploradas, observando-se adelgaçamento das mesmas e presença de defeito local, além da presença de periósteo mais delgado do que o usual. Realizada colocação de lâmina de polietileno poroso de alta densidade (Medpor®) no local do defeito e fixação da mesma com parafusos (Figura 3).

Paciente evoluiu sem intercorrências pós-operatórias e, atualmente, encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem queixas ou alterações.

Figura 1 – Visão caudocranial da região orbital, mostrando enoftalmia e hipoglobo direito, além de distopia orbital.



Figura 2 – TC de face (corte coronal) revela hipoplasia do seio maxilar direito e opacificação total do mesmo, além do aumento do volume orbital direito.



Figura 3 – Lâmina de polietileno poroso (Medpor®) posicionada em defeito orbital ínfero-medial direito e fixada com parafusos.



DISCUSSÃO

Inicialmente descrita como atelectasia crônica maxilar, a Síndrome do Seio Silencioso é caracterizada por enoftalmo indolor associado a atelectasia crônica do seio maxilar, descrita, inicialmente, em 1964, por Montgomery e nomeada apenas em 1994, por Soparkar et al.¹. Ainda persiste alguma controvérsia em relação à terminologia. Rose et al.² recentemente sugeriram o termo Síndrome da Implosão Antral, acreditando que tal termo representaria melhor a fisiopatologia desta condição clínica.

Em recente revisão da literatura, constatou-se que a idade média de aparecimento do quadro é a quarta década, sem prevalência por sexo, porém, com ligeira predominância do lado direito (57%)³. A paciente em questão apresentava-se com 33 anos e acometimento do seio maxilar direito, estando de acordo com a literatura.

As características clínicas da síndrome consistem em assimetria dos olhos, com enoftalmo espontâneo, de padrão unilateral exclusivo, e hipoglobos (posicionamento inferior do globo na órbita). Frequentemente, os pacientes procuram o oftalmologista com queixa de assimetria dos olhos, o que pode ser interpretado como exoftalmia do olho contralateral, ptose do olho afetado ou enoftalmia de etiologia desconhecida. A paciente apresentava o quadro clínico clássico da síndrome.

Na história progressiva, diferentemente da literatura, em que não há evidência de sintomas sinusais ou antecedentes de rinosinusite, a paciente do caso relatava, há 4 anos, sinusopatia crônica, tendo sido submetida a rinosseptoplastia.

O período de progressão da enoftalmia antes de sua manifestação varia de 3 a 8 meses. Outros sinais incluem retração palpebral, acentuação do sulco palpebral superior, lagofthalmia e depressão malar^{3,4}. A função visual não é comprometida³.

A tomografia computadorizada mostra achados característicos. O seio maxilar mostra-se completamente desenvolvido e opacificado unilateralmente. O infundíbulo maxilar apresenta-se ocluído, sendo, normalmente, causado por retração lateral do processo uncinado com aposição do mesmo contra o aspecto infero-medial da parede orbital. O meato médio adjacente está alargado, com graus variados de retração lateral da concha média. O aspecto radiológico mais característico é a retração da parede sinusal para dentro do seio, associada à diminuição do volume do mesmo⁴.

A histopatologia revela espessamento e edema da mucosa do seio maxilar, com infiltrado celular inflamatório leve, crônico e inespecífico, além de alterações ósseas reparativas³.

A etiologia permanece desconhecida. Muitas teorias tentam explicar a cascata de eventos prévios aos achados radiológicos. A mais aceita sugere hipoventilação do seio maxilar secundária à obstrução do óstio e atelectasia sinusal com pressão negativa crônica no interior do seio^{1,2,5}. Kass et al.⁵ demonstraram, por meio de estudos manométricos em pacientes com atelectasia maxilar crônica, a presença de pressão negativa no antro maxilar. Após a oclusão do infundíbulo maxilar, a pressão negativa

persistente ocasionaria o acúmulo de muco que, eventualmente, preencheria o seio maxilar. A estagnação do muco incitaria uma resposta inflamatória de baixo grau no interior do seio, causando uma osteólise da parede sinusal. Estas paredes, por sua vez, adelgaçadas pela inflamação, seriam tracionadas em direção ao seio pela ação da pressão negativa sinusal⁴. A anormalidade crítica responsável pela patologia seria a ausência de suporte esquelético para a parede infundibular medial do seio maxilar.

Diagnósticos diferenciais incluem tumor, trauma, assimetria facial congênita, lipodistrofia facial difusa, Síndrome de Parry-Romberg e escleroderma linear.

O tratamento é eminentemente cirúrgico e envolve dois estágios: a) desobstrução do seio, com restabelecimento funcional da via de drenagem, e b) reconstrução da arquitetura orbital normal^{3,6}. A criação de uma via de drenagem mucosa a partir do seio obstruído é realizada endoscopicamente, com a confecção de uma janela antral nasal ou por meio de uma antrostomia maxilar. Porém, tais procedimentos devem ser realizados com cautela, uma vez que a retração acentuada da parede infundibular medial pode ocasionar adesão acentuada do assoalho orbital, aumentando o risco de abordagem inadvertida da órbita. A reparação do assoalho orbital pode ser realizada após a cirurgia sinusal endoscópica funcional ou concomitante à mesma⁷, como foi a opção no presente relato. Tal reparo é indicado nos pacientes com diplopia ou com deformidade cosmética importante e naqueles com melhora parcial com a cirurgia endoscópica.

A Síndrome do Seio Silencioso é uma entidade clínica rara, de difícil diagnóstico em decorrência de sua apresentação clínica frustra, e que deve ser de conhecimento do cirurgião craniomaxilofacial, do otorrinolaringologista e do oftalmologista, para a adequada avaliação de casos de enoftalmia progressiva sem causa aparente.

REFERÊNCIAS

1. Soparkar CN, Patrinely JR, Cuaycong MJ, Dailey RA, Kersten RC, Rubin PA, et al. The silent sinus syndrome: a rare cause of spontaneous enophthalmos. *Ophthalmology*. 1994;101(4):772-8.
2. Rose GE, Sandy C, Hallberg L, Moseley I. Clinical and radiologic characteristics of the imploding antrum, or "silent sinus" syndrome. *Ophthalmology*. 2003;110(4):811-8.
3. Monos T, Levy J, Lifschitz T, Puterman M. The Silent Sinus Syndrome. *Isr Med Assoc J*. 2005;7(5):333-5.
4. Illner A, Davidson HC, Harnsberger HR, Hoffman J. The silent sinus syndrome: clinical and radiographic findings. *Am J Roentgenol*. 2002;178(2):503-6.
5. Kass ES, Salman S, Montgomery WW. Manometric study of complete ostial occlusion in chronic maxillary atelectasis. *Laryngoscope*. 1996;106(10):1255-8.
6. Kass ES, Salman S, Weber AL, Rubin PAD, Montgomery WW. Chronic maxillary atelectasis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1997;106(2):109-16.
7. Thomas RD, Graham SM, Carter KD, Nerad JA. Management of the orbital floor in silent sinus syndrome. *Am J Rhinol*. 2003;17(2):97-100.