

Fraturas do seio frontal: conduta em relação ao ducto nasofrontal

EDMAR SOARES LESSA, RICARDO LOPES DA CRUZ, MAYRA JOAN M. DA COSTA, GISELLE E. DE MAGALHÃES, ANDRÉ DA SILVEIRA BRAUNE

Introdução

A fratura do osso frontal corresponde a 5 a 12% das fraturas de face e sua principal causa são os acidentes automobilísticos. As fraturas de seio frontal podem acometer anatomicamente as paredes anterior e/ou posterior, com ou sem envolvimento do ducto nasofrontal.

Objetivo

Revisar dados recentes da literatura a respeito do tratamento de fraturas de seio frontal, especialmente a conduta em relação ao ducto nasofrontal.

Material e Métodos

Quanto ao tratamento, em todos os trabalhos estudados, os autores concordam que em pacientes com fratura de parede anterior, sem deslocamento ou mínimo deslocamento na ausência de deformidades ao exame clínico, podemos adotar uma conduta conservadora. Nos casos em que haverá necessidade de tratamento cirúrgico, a maioria também concorda que 3 estruturas devem ser levadas em consideração: tábua externa (parede anterior), tábua interna (parede posterior) e ducto nasofrontal. Variações podem ocorrer quanto ao tipo de acesso utilizado, necessidade e material utilizado para fixação, tecido utilizado para obliteração do seio e do ducto e indicações para cateterização do ducto nasofrontal. Pacientes que apresentam à tomografia computadorizada apenas depressão da tábua externa, associada a deformidade ao exame, requerem redução cruenta para prevenir uma provável seqüela estética. Já a cranialização, que consiste na completa ablação da mucosa sinusal e remoção da parede posterior do seio, tem como indicações fraturas com comprometimento da parede posterior, principalmente na presença de cominuição ou deslocamento do fragmento ósseo, fistula líquórica persistente ou aqueles que necessitam de uma craniotomia anterior para um acesso neurocirúrgico. Sempre que um seio é cranializado, o ducto nasofrontal deverá ser obliterado para impedir a comunicação da cavidade nasal com a fossa craniana anterior, prevenindo infecções

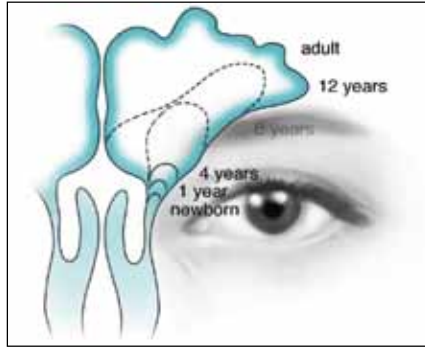


Figura 1 – Desenvolvimento do seio frontal (*Plastic and Reconstructive Surgery December Supplement 2, 2007*).

ascendentes e assim reduzindo as taxas de complicações.

Resultados

Para alguns autores, a causa mais frequente de mucocele do frontal são os traumatismos dos seios frontais e do ducto nasofrontal. Outros acham que a obstrução do ducto nasofrontal em traumas dos seios frontais é bem menos frequente que o descrito na literatura mais antiga, alterando conceitos até então vigentes quanto à necessidade da cateterização, curetagem da mucosa e mesmo a obliteração dos seios frontais. O que a grande maioria dos autores concorda é que um ducto nasofrontal danificado, potencialmente não funcional deve ser identificado e tratado ou acompanhado por um longo período. Autores que defendem anular o ducto chegam a dizer que a maioria das fraturas de seio frontal necessita de obliteração do seio e que, se durante uma exploração para redução de fratura de parede anterior houver evidências de lesão do ducto, o procedimento deve ser convertido em uma obliteração. Na maioria dos trabalhos pesquisados, os autores ainda relatam preferir a obliteração do seio frontal à drenagem, na presença de acometimento do ducto nasofrontal. Porém autores advertem que a obliteração tem um potencial de morbidade significativo, como neuralgia frontal, deformidade, além da limitação para o seguimento radiológico de um seio frontal obliterado. Por isso,



Figura 2 – Tomografia computadorizada com reconstrução tridimensional.

a cateterização do ducto com stents em uma tentativa de reconstrução funcional tem sido oferecida como uma alternativa mais desejável que a obliteração. Recentes publicações têm mostrado sucesso com uma variedade de métodos de cateterização do ducto nasofrontal. Os que defendem este procedimento relatam que, em fraturas que envolvam o ducto nasofrontal com a parede posterior relativamente íntegra, é melhor restabelecer a patência do ducto com um tubo de drenagem, preservando assim a função do seio. Porém, mesmo autores que defendem a drenagem do ducto nasofrontal alertam que este procedimento também não é livre de complicações e relatam que intervenções com canulação do ducto nasofrontal têm apresentado altos níveis de problemas a curto e longo prazos em cirurgias não endoscópicas e, em 30% dos casos, a patência não é mantida.

Conclusão

Podemos concluir que a decisão da técnica a ser empregada dependerá da gravidade e extensão da lesão e de uma completa avaliação clínica do paciente. A cirurgia de escolha deve ser a menos agressiva possível e basear-se na exploração e reparo das lesões. A cirurgia endoscópica nasal também deve ser sempre levada em consideração. A ablação, a cranialização e a obliteração do seio são procedimentos com indicações cada vez mais restritas.