

21 de Setembro de 2007.
Professor Amphiphio.

Seios paranasais

Maxilares

Frontais.

Esfenoidais.

Células etmoidais: não configuram um seio propriamente dito.

Desenvolvimento

Evaginações da cavidade nasal.

Por isso drenam direta ou indiretamente para a cavidade nasal.

Aeração avança com a idade: a criança quando nasce não possui os seios paranasais. A mucosa se evagina pelos forames e forma as cavidades.

Função ainda não bem definida.

A configuração do adulto geralmente é semelhante a que ocorre aos doze anos.

O seio esfenoidal também cresce com o avançar da idade.

O seio esfenoidal é visto em perfil. A cela túrcica ajuda na identificação deste seio.

O epitélio que envolve os seios é o mesmo que envolve o TRS (com células ciliares).

Drenagem

Os frontais drenam para células etmoidais (entre o septo nasal central e as células das órbitas).

O seio maxilar drena para a cavidade nasal.

O seio esfenoidal drena para as células etmoidais.

As células etmoidais podem obstruir todas as vias de drenagem.

Todos os seios tendem a drenar para as células etmoidais.

As complicações de células esfenoidal pode perfurar a camada óssea e dar inclusive encefalite (relação íntima com o osso, carótida interna e hipófise).

Nos EUA, o padrão para DX de sinusite é a tomografia que a identifica melhor.

Função/secreção/drenagem

Função ainda não bem definida (ressonância vocal).

Mucosa composta por epitélio colunar pseudo-estratificado ciliado.

Gls. mucosas e serosas.

Renovação da camada de muco a cada 30 minutos.

Movimento ciliar em direção aos óstios de drenagem.

Os óstios devem estar pÉrvios. A dor acontece pela obstrução dos óstios e aumento da produção de muco que comprime a cavidade e causa dor.

“O seio etmoidal é o centro de drenagem.”

O processo inflamatÓrio do seio etmoidal pode obstruir todos os seios.

Polipose é uma doença inflamatÓria na qual o EP prolifera a partir das células etmoidais e migra numa sentido inverso da drenagem para os demais seios.

Seios frontais

Assimétrico.

Guarda densidade com a órbita.

Mais denso do que o maxilar (mais branco).

Células maxilares**Seios maxilares****Cavidade nasal****Conchas nasais****Principais aplicações**

Otorrinolaringologista

Pronto socorro

Pneumologista

Pediatra

Indicações

Rinossinusopatia

Cefaléia

Tosse

Trauma

Se o RX não identifica sinusite dificilmente será uma sinusite grave.

Sinusite aguda

Duração de 1 dia a 1 mês.

Associada a rinite, quase sempre. .

Espessamento mucoso.

Nível hidro-aéreo habilita a dar o DX.

Sinusite crônica

Duração superior a 3 meses.

Espessamento mucoso irreversível.

Espessamento ósseo (RX).

O RX não é bom para distinguir entre crônica e aguda.

Complicações

Celulite orbital.

Abscesso.

Meningite.

Cerebrite.

Abscesso epidural

Abscesso cerebral.

Pólipo x cisto de retenção

Pólipo: espessamentos reativo crônico da membrana, há espessamento ósseo. O problema é que na sua fase inicial ele é muito semelhante ao cisto. O seu conteúdo é fibroso (RM)

Cisto de retenção: obstrução de drenagem da mucosa. Imagem arredondada, com contorno regular, não há espessamento ósseo e em 6 meses costuma regredir. Seu conteúdo é água.

Ciclo nasal

Concha nasal média e inferior de um lado, hipertrofia-se, e outro lado sofre constricção.

Duração de 30 segundos a 7 horas.

Outras doenças

Tumores

Alterações do septo nasal (pode obstruir e irritar) e concha nasal.

Estudo radiológico convencional**Incidências**

Fronto-naso: da sobreposição óssea; compromete visão do maxilar; facilita visão do frontal.

Mento-naso: facilita visão do maxilar.

Perfil

Basal: pouco utilizada.

Indicações (primeira abordagem)

Sinusite.

Trauma.

Corpo estranho.

Tomografia (planos axial e coronal)

Exame de escolha para o estudo das doenças dos seios paranasais.

No entanto no nosso país o RX é o exame primário.

Janela óssea pode não exibir espessamento mucoso fino.

Ressonância magnética

Doenças de partes moles.

Estadiamento tumoral: .vê se penetra em vasos, etc.

Infecções fúngicas: doenças fúngicas tendem a fistulizar.

Qual a transparência normal?

Não há simetria.

Tamanho

Paredes

Partes

moles

Processos inflamatórios

Edema/hipertrofia – duplo contorno.

Obstrução da drenagem – líquido.

Cistos – opacidade arredondada (tradução do cisto. Pólipo pode dar).

Pólipos – opacidade arredondada + duplo contorno.

Processos inflamatórios

Paredes ósseas íntegras/espessas (melhor visto na TC).

Paredes afiladas por pressão/hiperemia.

Paredes abauladas/remodeladas.

Tumores

Adenocarcinoma.

Trauma maxilo-facial

Radiografias com cone.

+ Frequentes

Parede anterior do seio maxilar.

Fratura em três partes.

Sinais diretos

Descontinuidade óssea: difícil.

Superposição óssea.

Sinais indiretos

Enfisema: ar no SC.

Líquido no seio: em pacientes sem sinusite.

Velamento do seio: em pacientes sem sinusite.

Suspeita de trauma no osso nasal, pede incidência só para ele (incidência de seio não o vê).

Ele é pequeno e o resto do nariz é cartilagem.

Cavum

Rinofaringe posterior

Atentar para adenóide, tonsila palatina, palato duro e palato mole.

A adenóide pode crescer para baixo.

A tonsila palatina cresce para cima.

O espaço aéreo deve ser de pelo menos dois terços da distância do palato até o osso da adenóide (clivus).

Hipertrofia adenoideana e das tonsilas palatinas

A adenóide pode crescer e a tonsila não, mantendo a coluna aérea.

A adenóide (vista só pela abertura da boca) e a tonsila podem crescer e fechar a coluna aérea.

Boca aberta e boca fechada

Geralmente quando o paciente abre a boca piora um pouco.