



Brazilian Journal of
OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org.br



RELATO DE CASO

Headache induced by the sphenoid sinus mucocoele[☆]

Cefaleia atribuída a uma mucocoele no seio esfenoidal

Kyu Eun Lee, Kyung Soo Kim*

Departamento de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Chung-Ang University College of Medicine, Seoul, Coreia do Sul

Recebido em 5 de fevereiro de 2013; aceito em 23 de fevereiro de 2013

Introdução

Embora a cefaleia seja um sintoma bem conhecido como manifestação de doença isolada do seio esfenoidal¹ seu diagnóstico geralmente é demorado, pela ausência de sintomas nasossinais, e esses pacientes frequentemente procuram o neurologista e o neurocirurgião inicialmente, em razão dessa cefaleia.

A mucocoele, uma lesão cística benigna revestida por epitélio respiratório, é uma das entidades patológicas que se originam no osso esfenoidal. No entanto, entre os seios paranasais, o seio esfenoidal é a localização menos comum, representando de 1% a 2%.²

Os autores relatam o caso de um paciente com mucocoele isolada no seio esfenoidal cuja única manifestação era uma cefaleia com duração de seis meses, e também fazem uma revisão da literatura sobre a fisiopatologia da cefaleia.

Relato de caso

Um paciente de 23 anos, previamente saudável, apresentava queixa de cefaleia à direita por seis meses. A cefaleia era

surda e intermitente, mas recentemente se tornara mais intensa. O exame neurológico era normal. A fim de excluir outras cefaleias sintomáticas, o neurologista solicitou uma ressonância magnética (RM) do crânio, que não mostrou lesões estruturais intracerebrais. No entanto, revelou uma lesão cística no seio esfenoidal direito sem erosão da parede óssea (fig. 1). Como o neurologista não achou que a lesão estivesse associada à cefaleia, optou por observar e acompanhar a evolução de crescimento da mesma por um período de seis meses. Embora os antiinflamatórios não esteroides (AINEs) prescritos estivessem fazendo algum efeito, a cefaleia não foi inteiramente aliviada e, por fim, agravou-se. Seis meses mais tarde, uma nova RM foi realizada em razão da cefaleia contínua e agravada, não tendo mostrado alteração no tamanho da lesão, apenas alterações mínimas da intensidade do sinal (fig. 1). Nossa hipótese diagnóstica foi de cefaleia atribuída à mucocoele no seio esfenoidal direito. Prosseguindo-se à esfenoidotomia direita, encontrou-se uma lesão cística acastanhada no interior do seio esfenoidal, a qual foi removida completamente (fig. 1). O paciente encontrava-se completamente assintomático no seguimento realizado por 12 meses.

Discussão

O sintoma mais comum de mucocoele do seio esfenoidal é a cefaleia causada pelo tamanho da lesão.^{1,3} A cefaleia induzida por mucocoeles do seio esfenoidal geralmente ocorre de forma bilateral e é lentamente progressiva, podendo ser temporariamente aliviada por AINEs.⁴

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.05.029>

[☆] Como citar este artigo: Lee KE, Kim KS. Headache induced by the sphenoid sinus mucocoele. Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81:113-4.

* Autor para correspondência.

E-mail: 99-21045@hanmail.net (K.S. Kim).

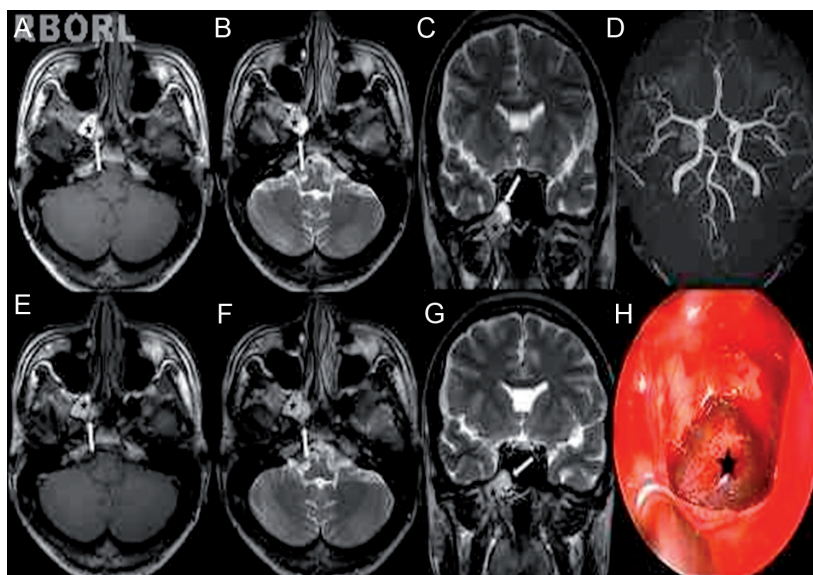


Figura 1 A-D, A mucocoele é composta por duas partes separadas. A RM ponderada em T1 (A, axial) mostra uma parte hiperintensa (estrela negra: alto conteúdo proteico) e uma parte levemente hiperintensa (seta branca: alto conteúdo de água). RM ponderada em T2 (B, axial; C, coronal) mostra uma parte central de mucosa hipointensa, com uma orla hiperintensa em torno (estrela negra) e uma parte com sinal alto. A ARM (D) mostra vasculatura arterial normal e uma mucocoele. E-G, Seis meses mais tarde, uma nova RM cerebral foi avaliada. Não mostrou alterações de tamanho, mas alterações mínimas da intensidade do sinal da lesão. O sinal ponderado em T2 é mais baixo do que o esperado em uma parte de alto conteúdo de água (seta branca), indicando o aumento de proteínas da mucocoele. H, Depois de esfenoidotomia ampla, a lesão cística enegrecida (estrela negra) encontrada foi completamente removida por cirurgia endoscópica.

Há três pontos importantes para explicar o mecanismo da cefaleia. Primeiro, a cefaleia induzida pela presença de mucocoele, em geral, é do tipo somática, profunda e visceral, e sua natureza é claramente interoceptiva, uma característica da mucosa dos seios paranasais. A cefaleia induzida por mucocoeles do seio esfenoidal está diretamente relacionada à pressão mecânica na estrutura anatômica do seio, como ocorre nos processos expansivos e nas infecções. Pode ser referida em qualquer parte da cabeça, já que a inervação do seio esfenoidal se origina da divisão oftálmica do nervo trigêmeo.⁵ Segundo, a cefaleia é presumivelmente causada por estiramento da dura-máter que recobre o *planum esfenoidalis* e o assoalho da fossa craniana anterior, porque as mucocoeles são expansíveis e localmente destrutivas, tendo a capacidade de reabsorver o osso, causando erosões da parede sinusal.⁵ Finalmente, a cefaleia se associa a citocinas inflamatórias, como a IL-1, IL-6, TNF-alfa e PGE2, encontradas nas mucocoeles. Estudos verificaram que as citocinas são uma das causas principais de osteólise do osso em torno das mucocoeles.⁶ As citocinas estão envolvidas na inflamação, na modulação do limiar da dor e também na sensibilização trigeminal.

As mucocoeles podem apresentar intensidades variáveis de sinal na RM, dependendo de seu conteúdo em proteína, espessamentos e possível superinfecção.² Em nosso paciente, havia uma lesão hiperintensa na RM ponderada em T1, que mostrava realce mais baixo do que o esperado na RM ponderada em T2, o que é compatível com alto conteúdo proteico.^{2,6} Na RM de controle havia algumas alterações de intensidade do sinal, sugerindo o aumento de conteúdo proteico da mucocoele, associado a aumento das citocinas inflamatórias.

Comentários finais

Mesmo em mucocoeles de tamanho pequeno, o clínico deve ter em mente a possibilidade do desenvolvimento de cefaleia intratável com referência ao diagnóstico diferencial.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Lawson W, Reino AJ. Isolated sphenoid sinus disease: an analysis of 132 cases. *Laryngoscope*. 1997;107:1590-5.
2. Kosling S, Hinter M, Brandt S, Schulz Th, Bloching M. Mucocoele of the sphenoid sinus. *Eur J Radiol*. 2004;51:1-5.
3. Giovannetti F, Filiaci F, Ramieri V, Ungari C. Isolated sphenoid sinus mucocoele: etiology and management. *J Craniofac Surg*. 2008;19:1381-4.
4. Bauer B, Evers S, Lindörfer HW, Schuierer G, Henningsen H, Husstedt IW. Headache caused by a sphenoid mucocoele but presenting as an ergotamine-induced headache. *Headache*. 1997;37:460-2.
5. Iqbal J, Kanaan I, Ahmed M, al Homsy M. Neurosurgical aspects of sphenoid sinus mucocoele. *Br J Neurosurg*. 1998;12:527-30.
6. Kariya S, Okano M, Hattori H, Sugata Y, Matsumoto R, Fukushima K, et al. Expression of IL-12 and T helper cell 1 cytokines in the fluid of paranasal sinus mucocoeles. *Am J Otolaryngol*. 2007;28:83-6.