

CASO CLÍNICO

FRACTURA DA ESPINHA NASAL ANTERIOR FRACTURE OF THE ANTERIOR NASAL SPINE

Pedro Escada; Clara Capucho

RESUMO:

Descreve-se um caso clínico de uma doente do sexo feminino com 56 anos com uma fractura da espinha nasal anterior após um traumatismo na base do nariz.

Este é o quarto caso descrito na literatura médica e o segundo caso descrito pelos autores deste trabalho.

São descritos os sintomas e sinais característicos e é enfatizada a necessidade de se considerar a fractura da espinha nasal anterior no diagnóstico diferencial das lesões traumáticas do terço médio da face.

PALAVRAS-CHAVE: Espinha nasal anterior; Fractura; Maxilar; Nariz; Traumatismo.

ABSTRACT:

A case of a fracture of the anterior nasal spine in a 56-year-old female is presented.

This is actually the fourth case reported in the literature and the second case reported by the authors.

The symptoms and signs of the condition were described.

Fracture of the anterior nasal spine should be considered in the differential diagnosis of injuries involving the midface.

KEY-WORDS: Anterior nasal spine; Fracture; Maxillary; Nose; Trauma.

Pedro Alberto Escada

Serviço de Otorrinolaringologia - Hospital de Egas Moniz

Rua da Junqueira, 126 - 1344-019 LISBOA

Email: np46ab@mail.telepac.pt

CASO CLÍNICO:

Uma doente com 56 anos de idade fez um traumatismo facial em que, após se ter desequilibrado, embateu com a base do nariz contra um cano.

Sentiu imediatamente uma dor intensa, espontânea e agravada à palpação, associada a edema e equimose do lábio superior, que se instalaram rapidamente.

Não houve epistáxis nem foi referida obstrução nasal.

A observação em serviço de urgência geral, que incluiu a realização de radiografia do nariz em perfil para visualização dos ossos próprios, excluiu a presença de fractura dos ossos próprios mas revelou a presença de uma fractura da espinha nasal anterior (FENA) (Figura 1).

Uma vez que a doente tinha sido submetida, um mês e meio antes, a uma cirurgia nasal: septoplastia e turbinectomia inferior com radiofrequência, o médico que a observou no serviço de urgência, além da prescrição de um antiinflamatório (alfa-amilase) e do conselho de colo-

car gelo sobre o lábio superior, recomendou a observação com brevidade pelo seu médico assistente de otorrinolaringologia, para excluir a presença de outras sequelas do traumatismo a nível nasal.



FIGURA 1: DETALHE DA RADIOGRAFA SIMPLES DE PERFIL, DEMONSTRANDO A FRACTURA DA ESPINHA NASAL ANTERIOR.

A observação otorrinolaringológica realizada três dias depois do traumatismo pôde confirmar que não tinha havido outras lesões além da FENA, e em particular não se observavam luxações ou desvios do septo nasal.

A doente confirmava a resolução parcial do edema, mas ainda se observava uma equimose extensa na face mucosa do lábio superior (Figura 2).

Uma vez que não havia qualquer compromisso funcional ou estético do traumatismo e da fratura, não foi necessário mais do que prosseguir com o tratamento conservador já instituído.

A equimose e o edema resolveram em poucos dias e a dor local desapareceu em poucas semanas.



FIGURA 2: ASPECTO DA EQUIMOSE SUBMUCOSA DO LÁBIO SUPERIOR.

DISCUSSÃO:

A espinha nasal anterior, uma estrutura anatómica única da espécie humana, que não existe nem nos outros primatas nem nos restantes mamíferos¹, não tem merecido grande referência na literatura médica.

Um único caso de um condroma², a erosão da espinha nasal anterior associada à lepra lepromatosa^{3, 4} e a ausência de espinha nasal anterior na displasia maxilo-nasal (síndrome de Binder)^{5, 6}, são os exemplos raros das alterações patológicas desta estrutura que foram descritas.

Mesmo a FENA, apesar da grande incidência de traumatismos da face e de fracturas dos ossos da face, é extremamente rara, com apenas 3 casos registados na literatura médica⁷⁻⁹, sendo que curiosamente uma dessas descrições foi realizada por um dos autores deste trabalho num artigo de caso clínico publicado na revista *Rhinology*, em 1999.

No que diz respeito à raridade desta fratura, há ainda que atender às particularidades anatómicas da espinha nasal anterior, nomea-

damente às suas pequenas dimensões e à sua posição na porção central da face, no meio de outras estruturas maiores e mais proeminentes.

Essas características parecem protegê-la e torná-la menos vulnerável do que as outras estruturas faciais^{7, 9}.

É ainda possível que, para a raridade das descrições possa contribuir não só a raridade da lesão, mas também a sua não correcta identificação ou a desvalorização uma vez observada.

O quadro seguinte (Quadro 1) reúne alguns dos dados demográficos e clínicos dos 4 casos de FENA descritos até à data actual.

A distribuição etária (75% dos casos referem-se a doentes com idade igual ou inferior a 18 anos) é consistente com os estudos epidemiológicos dos traumatismos da face, que confirmam que estas lesões são típicas dos jovens¹⁰.

Os casos descritos até à data actual resultaram sempre de acidentes menores.

A etiologia e mecanismos foram diferentes, mas com predomínio, respectivamente, das quedas e do traumatismo ascendente dirigido à base do nariz.

Quanto ao quadro, pensamos poder afirmar-se que se pode descrever um conjunto de sintomas e sinais típicos, e que são: a dor intensa na

base do nariz, espontânea e agravada pela palpação, o edema da base do nariz e do lábio superior, e a equimose submucosa ou subcutânea do lábio superior, centrada na linha mediana.

A radiografia simples de perfil do nariz, na mesma incidência que é realizada para a visualização dos ossos próprios do nariz, é diagnóstica.

É importante que a avaliação inclua ainda uma rinoscopia anterior com luz frontal, após retracção da mucosa nasal com vasoconstritores ou mesmo com anestesia tópica da mucosa, de forma a permitir o diagnóstico de outras lesões intranasais associadas, tais como uma fractura ou luxação do septo nasal.

Nos 4 casos descritos, apenas um se complicou de obstrução nasal, que se devia ao desvio do septo nasal associado, resultante do mesmo traumatismo.

Apesar de que, nos casos descritos, não se terem demonstrado consequências estéticas ou funcionais directas da FENA, essas consequências já foram observadas após intervenções cirúrgicas nas quais a espinha nasal anterior foi modificada¹¹.

Por essa razão parece-nos útil que esta situação seja incluída no diagnóstico diferencial dos traumatismos do terço médio da face.

Quadro 1. Dados demográficos, clínicos e tratamento dos doentes com FENA

Estudo	Idade/ sexo	Etiologia	Mecanismo	Quadro clínico	Rinoscopia	Tratamento
Most et al. ⁷	18/F	AM	Trauma frontal	Sangramento da boca, da boca, laceração da mucosa do lábio	Não mencionada	Conservador
Nazif et al. ⁹	14/M	Queda	Trauma lateral	Edema, dor, equimose da mucosa do lábio e da pele da face	Não mencionada	Conservador
Escada e Penha. ⁸	18/M	Desporto	Trauma ascendente	Edema, dor, equimose da mucosa do lábio e obstrução nasal	Desvio do septo nasal	Conservador. Septoplastia diferida
Escada e Capucho*	56/F	Queda	Trauma ascendente	Edema, dor, equimose da mucosa do lábio	Normal	Conservador

FENA: fractura da espinha nasal anterior; AVM: acidente de automóvel; *: refere-se ao caso descrito neste trabalho

REFERÊNCIAS

- 1 Mooney MP, Siegel MI. Developmental relationship between premaxillary-maxillary suture patency and anterior nasal spine morphology. *Cleft Palate Journal*. 1986; 23: 101-107.
- 2 Tomich CE, Hutton CE. Chondroma of the anterior nasal spine. *Journal of Oral Surgery*. 1976; 34: 911-915.
- 3 Möller-Christensen V. Changes in the anterior nasal spine and the alveolar process of the maxilla in leprosy: a clinical examination. *International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases*. 1974; 42: 431-435.
- 4 Marks SC, Grossetete G. Facies leprosa: resorption of maxillary anterior alveolar bone and the anterior nasal spine in patients with lepromatous leprosy in Mali. *International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases*. 1988; 56: 21-26.
- 5 Binder KH. Dysostosis maxillo-nasalis, ein arhinencephaler Missbildungskomplex. *Dtsch Zahnärztl Z*. 1962; 17: 438.
- 6 Delaire J, Tessier P, Tulasne JF, Resche F. Clinical and radiological aspects of maxillo-nasal dysostosis (Binder syndrome). *Head Neck Surg*. 1980; 3: 105-122.
- 7 Most DS, Sonnenshein JL, Malkin M. Fracture of the anterior nasal spine. *J Am Dent Assoc*. Sep 1979; 99(3): 484.
- 8 Escada P, Penha RS. Fracture of the anterior nasal spine. *Rhinology*. Mar 1999; 37(1): 40-42.
- 9 Nazif MM, Ruffalo RC, Caudill WA. Fracture of the anterior nasal spine: report of a case. *Pediatr Dent*. Dec 1980; 2(4): 291-293.
- 10 Morgan BD, Madan DK, Bergerot JP. Fractures of the middle third of the face. A review of 300 cases. *British Journal of Plastic Surgery*. 1972; 25: 147-151.
- 11 Jacobs KF. Fehler bei Operationen im Bereich der Spina nasalis anterior und des vorderen Septums. *Laryngol Rhinol Otol (Stuttg)*. 1978; 57: 434-439.