

Tarssius Capelo Candido<sup>1</sup>  
André Costa Pinto Ribeiro<sup>1</sup>  
Daniel Tinôco Leite<sup>1</sup>  
Natália Maria Câmara da Luz<sup>1</sup>  
Wilson Benini Guércio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Otorrinolaringologia, Hospital  
Universitário, Universidade Federal de Juiz  
de Fora, Brasil.

✉ **Tarssius Candido**

R. São Judas Tadeu, 150/301, São  
Sebastião, Barbacena, Minas Gerais  
CEP: 36202-003

✉ siuscap@hotmail.com

## RESUMO

**Introdução:** Corpos estranhos nasais são motivos de assistência médica, seja em clínicas ou em serviços de emergência. A maioria dos corpos estranhos nasais ocorre em crianças e pacientes psiquiátricos. O diagnóstico é usualmente clínico. Se não forem removidos podem ser envolvidos por fosfato de magnésio, fosfato de cálcio ou carbonato de cálcio e, finalmente, tornarem-se estruturas endurecidas estáveis aderidas firmemente às paredes nasais denominadas rinólitos. **Objetivo:** Descrever um caso de paciente com rinólito nasal inusitado com diagnóstico prévio de neoplasia. **Descrição do Caso:** Este relato descreve um caso de um paciente de 39 anos que apresentava estrutura endurecida estável em assoalho de fossa nasal direita, de longa data de evolução. Paciente obteve consultas com especialistas cujo diagnóstico inicial foi de tumor com necessidade de remoção com urgência sendo assim encaminhado para o serviço público. Durante avaliação no setor de otorrinolaringologia o paciente foi submetido ao exame clínico, a tomografia computadorizada de seios paranasais e a videonasofibrosopia quando foi sugerida a possibilidade de corpo estranho nasal. Dessa forma o paciente foi conduzido para remoção em ambulatório sob anestesia tópica. Sendo revelado rinólito inesperado (saco plástico com chips de celular dentro). **Conclusão:** Apesar dos vários diagnósticos diferenciais possíveis, incluindo os de tumores, mesmo apesar do longo tempo de evolução, rinólitos não devem ser ignorados como hipóteses diagnósticas. Embora as características do paciente como idade adulta e condição mental preservada ou mesmo condições da localização não direcionem para tal suspeita, como no caso apresentado.

Palavras-chave: Doenças Nasais; Obstrução Nasal; Reação a Corpo Estranho.

## ABSTRACT

**Introduction:** Nasal foreign bodies are a reason for medical attention, either in clinics or in emergency departments. Most nasal foreign bodies occur in children and psychiatric patients. The diagnosis is usually clinical. If not removed, they can be enveloped by magnesium phosphate, calcium phosphate, or calcium carbonate, and eventually become stable hardened structures firmly adhered to the nasal walls called rhinoliths. **Objective:** To describe a case of a patient with unusual nasal rhinolith with a previous diagnosis of neoplasia. **Case Description:** This report describes a case of a 39 year old patient who presented a stable hardened structure in the floor of the right nasal fossa, with a long history of evolution. The patient had consultations with specialists whose initial diagnosis was a tumor requiring urgent removal and was referred to the public service. During the evaluation at the otorhinolaryngology department, the patient was submitted to a clinical examination, computed tomography of the paranasal sinuses, and video-assisted fibroscopy, when the possibility of a nasal foreign body was raised. Thus the patient was taken to the outpatient clinic for removal under topical anesthesia; and the unexpected rhinolith was revealed (plastic bag with cell phone chips inside). **Conclusion:** Despite the various possible differential diagnoses, including those of tumors, even despite the longtime of evolution, rhinoliths should not be ignored as diagnostic hypotheses. Although the characteristics of the patient as adult age and preserved mental condition or even conditions of the location do not direct to such suspicion, as in the presented case.

Key-words: Nose Diseases; Nasal Obstruction; Foreign-Body Reaction.

Submetido: 14/04/2022

Aceito: 07/06/2022



## INTRODUÇÃO

Corpos estranhos são importantes motivos de assistência médica seja em clínicas ou em serviços de emergência. Os locais mais correlacionados com incidentes com corpos estranhos são ouvidos nariz e orofaringe.<sup>1</sup> Em relação aos corpos estranhos nasais, a maioria ocorre em crianças, especialmente aquelas menores de três anos e pacientes psiquiátricos.<sup>2</sup> Embora seja perfeitamente possível não encontrá-los durante a primeira inspeção, a suspeita é decisiva para definir o manejo e o prognóstico do paciente, principalmente quando isso pode colocar em risco a vida do paciente.<sup>1</sup>

O manejo de corpos estranhos nasais depende da localização na cavidade nasal e da cooperação do paciente. Durante o exame físico é essencial a manipulação com cautela afim de não deslocá-los ainda mais para o interior da cavidade ou causar lesões na mucosa nasal. O sucesso terapêutico depende da idade do paciente, condição mental, visibilidade adequada, características do corpo estranho além da capacidade e experiência do médico assistente.<sup>3</sup>

Os corpos estranhos mais frequentes são inanimados (borrachas, papel, bolas de espuma, miçangas, feijões, nozes e giz de cera),<sup>4</sup> quando se trata de corpos estranhos animais o mais comum são as moscas.<sup>5</sup> Considerando que a maioria das pessoas é destra, 90% desses corpos são encontrados na cavidade nasal direita e em geral são observados alojados abaixo do corneto inferior ou na frente da cabeça do corneto médio, sobre o corneto inferior.<sup>4,6</sup>

O diagnóstico é geralmente clínico. Mesmo quando a história clínica não pode ser colhida corretamente, existem alguns sinais clínicos importantes: obstrução nasal unilateral, rinorreia unilateral fétida, dor, sangramento e sinusite aguda. Exames complementares como radiografia e/ou tomografia computadorizada (TC) são necessários apenas no caso de um diagnóstico diferencial.<sup>7</sup> A indicação de ressonância magnética deve ser cautelosa, uma vez que há possibilidade do corpo estranho ter em sua constituição metal, como, por exemplo, brincos, baterias e botões acarretando complicações adicionais com a execução.<sup>8</sup>

A técnica de remoção depende da localização e natureza do corpo estranho. Pode-se usar sucção, pinça ou mesmo dispositivos magnetizados. Anestésicos tópicos e vasoconstritores são usados rotineiramente.<sup>9</sup> Os riscos envolvidos são sangramento, infecção ou mesmo deslocamento para as vias aéreas inferiores. A sedação é desencorajada devido ao risco de inibir o reflexo da tosse podendo ocasionar complicações para via aérea inferior e conseqüentemente risco a vida.<sup>10</sup>

Se não forem removidos alguns corpos estranhos podem ser envolvidos por fosfato de magnésio, fosfato de cálcio ou carbonato de cálcio e, tornando-se, assim, estruturas endurecidas estáveis aderidas firmemente às

paredes nasais, conhecidas como rinólitos.<sup>11</sup> Bartholin foi o primeiro a descrever um caso de rinólito, em 1654. Depois disso, aproximadamente 600 casos foram descritos na literatura.<sup>12</sup>

Neste artigo, é descrito um caso de um rinólito tratado no serviço de otorrinolaringologia de um hospital universitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal caso é relevante devido a descrição de corpo estranho inédito em relação à literatura vigente, servindo como um guia para abordagem de casos similares.

A pesquisa foi devidamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição sendo aprovada segundo parecer de número 4.731.198.

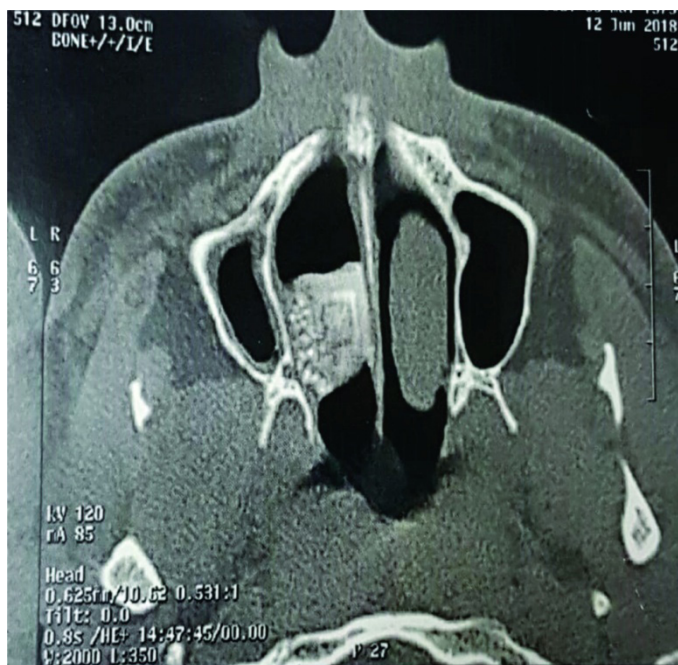
## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, de 39 anos de idade, sem história patológica pregressa de doenças sistêmicas ou psiquiátricas, negando qualquer uso de medicações de rotina e/ou uso regular de drogas ilícitas, apresentou-se para consulta no serviço de otorrinolaringologia de um hospital universitário com queixas de obstrução nasal unilateral direita, cacosmia subjetiva, rinorréia posterior nos últimos três anos. Paciente apresentava relato de duas avaliações prévias com médicos especialistas no sistema privado de saúde, sem resolução visto que foi proposta abordagem cirúrgica sob narcose em centro cirúrgico, mas as condições socioeconômicas do paciente não o permitiram. Conforme informações fornecidas pelo paciente, a hipótese diagnóstica sugerida pelos médicos era presença de lesão tumoral. Sendo que, após o segundo atendimento especializado, considerando a impossibilidade cirúrgica na rede privada, o paciente foi encaminhado em caráter de urgência para o ambulatório.

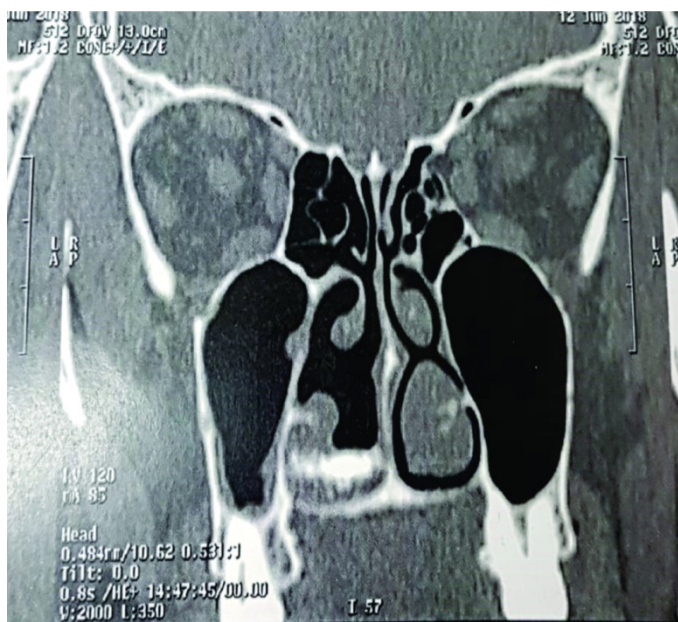
Durante atendimento não ocorreu relato de qualquer sintoma de sangramento ou sinusite. A rinoscopia anterior mostrou massa branca firmemente aderida, situada no assoalho nasal direito. A TC do seio paranasal mostrou uma imagem parcialmente radiopaca bem limitada, ajustada precisamente entre o septo nasal e o corneto inferior (figura 1 e 2).

O exame de vídeo-endoscopia nasal mostrou rinorréia abundante e uma estrutura branca como descrito anteriormente. Apesar das hipóteses aventadas anteriormente ao paciente, suspeitou-se de corpo estranho nasal. Assim, foi proposto ao paciente a tentativa de remoção do corpo estranho sob anestesia tópica nasal. Sendo assegurado que, em caso de falha terapêutica ambulatorial, ele seria internado e devidamente preparado para o procedimento cirúrgico sob narcose. Tendo o paciente aceitado o plano terapêutico, ele foi encaminhado para a sala de procedimentos.

Após a aplicação de solução anestésico-vasoconstrictora com lidocaína a 10% e epinefrina 1:10.000, um preceptor experiente manipulou



**Figura 1:** Tomografia da face em corte axial na qual se observa presença de imagem radiopaca, limitada abaixo do corneto inferior em fossa nasal direita.



**Figura 2:** Tomografia da face em corte coronal na qual se observa presença de imagem radiopaca, limitada em assoalho de fossa nasal direita.

delicadamente a massa usando um fórceps Hartman, removendo-o sem intercorrências. O paciente foi altamente cooperativo durante todo o procedimento.

Surpreendentemente, a massa acabou por ser um pequeno invólucro plástico contendo três chips de celular (figura 3).

O paciente foi indagado sobre a presença do corpo estranho encontrado, entretanto não forneceu explicações. Logo após o procedimento, o paciente foi liberado com prescrição de solução salina para lavagem

nasal e foi instruído a retornar para uma consulta de acompanhamento.

Uma semana após o procedimento, foi reavaliado com rinoscopia anterior denotando aspecto visual dentro da normalidade, sem secreções ou mau odor. Paciente referia melhora completa das queixas, sendo assim considerado de alta do serviço de otorrinolaringologia.



**Figura 3:** Invólucro plástico removido de fossa nasal direita que continha três chips para telefone móvel.

## DISCUSSÃO

A etiologia dos rinólitos não é totalmente clara, geralmente ocorrem como resultado da acumulação de sais inorgânicos ao redor de um corpo estranho com o tempo.<sup>11</sup>Inicialmente, são assintomáticos, mas os rinólitos podem crescer em anos, causando sintomas diferentes, dependendo de seu tamanho e localização.<sup>13,14</sup> Os sintomas mais frequentes são obstrução nasal unilateral e rinorréia purulenta.<sup>14,15,16</sup> Eventualmente, pode ocorrer mau cheiro nasal, dor de cabeça, dor facial, odor oral, dor nasal, epistaxe, anosmia e epífora.<sup>15,16</sup>No caso descrito, os principais sintomas foram obstrução nasal e rinorréia purulenta, o que está correlacionado com estudos anteriores, apesar de classicamente a apresentação dos sintomas ser mais agudizada.

Pacientes com rinorréia purulenta unilateral e obstrução nasal devem ser examinados com a ajuda de uma rinoscopia anterior e de uma endoscopia nasal rígida.<sup>17</sup>Essa foi a conduta estabelecida no primeiro contato com o paciente do caso descrito.

Às vezes, a TC pode ser relevante para estabelecer o diagnóstico. Quando realizada, os rinólitos se apresentam como imagem radiopaca.<sup>17,18</sup>A localização mais comum é entre o septo nasal e a concha inferior, mas há alguns casos raros em que os rinólitos foram posicionados na nasofaringe e na fossa de Rosenmüller.<sup>19</sup>No caso descrito, acabou por se encaixar de forma precisa no corneto inferior direito.

Os rinólitos são compostos por sais inorgânicos em sua estrutura. Às vezes podem causar efeitos erosivos na mucosa nasal. Segundo a literatura, a

anestesia local é a preferida para a excisão de rinólitos. A anestesia geral é usada apenas em casos de patologias obstrutivas nasais (desvio do septo) e também em casos de crianças ou indivíduos com deficiência mental.<sup>20</sup>

No caso descrito, a anestesia local foi preferida ao se considerar as condições do paciente: adulto e altamente colaborativo. Considerando a experiência clínica, a literatura disponível e as preferências do paciente, a proposta terapêutica foi válida e efetiva. Uma vez que foi eficaz em relação ao resultado e eficiente sob o ponto de vista de método, pois a remoção do rinólito ocorreu com ausência de dor e sem sangramento abundante, em caráter ambulatorial, permitindo que o paciente retomasse suas atividades habituais no dia posterior ao procedimento. Como relata o paciente:

(...) que bom que conseguiram resolver meu problema sem internação e sem cirurgia. O que mais me amedrontava era ter que tomar anestesia geral e ficar internado por muitos dias, porque eu não posso parar de trabalhar.

No que se refere aos diagnósticos diferenciais, não é prudente descartar tumores como hipótese, uma vez que os principais diagnósticos diferenciais dos rinólitos são lesões osteogênicas ou odontogênicas, como osteoma, granuloma, condrossarcoma, osteossarcoma e osteomielite. Porém a história clínica (rinorréia unilateral e cacosmia), uma endoscopia nasal (rinólito clássico) e a tomografia computadorizada (objeto quadrado de metal) nos levaram a confirmar o diagnóstico de corpo estranho nasal. Como o paciente não apresentava antecedentes psiquiátricos e negou uso regular de drogas

ilícitas, qualquer hipótese a respeito da origem do corpo estranho seria mera especulação.

## CONCLUSÃO

Este relato de caso contribui para a necessidade de se atentar para não ignorar diagnósticos usuais como corpo estranho mesmo com o longo tempo de evolução, sem injúrias significativas. Além de ilustrar peculiaridade do rinólito e a exemplificação de propedêutica adequada para casos semelhantes.

## REFERÊNCIAS

1. Silva R, Costa VBS, Albuquerque AM. Primeiros socorros na retirada de corpos estranhos nos olhos, ouvido, nariz e garganta: revisão integrativa. *Educ Ci Saúde*. 2017; 4(1):84-99. <http://dx.doi.org/10.20438/ecs.v4i1.79>
2. Maggiolo J, Rubilar L, Giardi G. Cuerpo extraño en la vía aérea en pediatría. *Neumol Pediatr*. 2015; 10(3):106-10.
3. Oyama LC. Foreign bodies of the ear, nose and throat. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2019; 37(1):121-30. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2018.09.009>
4. Figueiredo RR, Azevedo AA, Kós AOA, Tomita S. Nasal foreign bodies: description of types and complications in 420 cases. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2006; 72(1):18-23. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992006000100004>
5. Kalan A, Tarrig M. Foreign bodies in the nasal cavities: a comprehensive review of the aetiology, diagnostic pointers, and therapeutic measures. *Postgrad Med J*. 2000; 76:484-7. <http://dx.doi.org/10.1136/pmj.76.898.484>
6. Okoye BCC, Onotai LO. Foreign bodies in the nose. *Niger J Med*. 2006; 15 (3):301-4. <http://dx.doi.org/10.4314/njm.v15i3.37235>
7. Glynn F, Amin M, Kinsella J. Nasal foreign bodies in children: should they have a plain radiograph in the accident and emergency? *Pediatric Emergency Care*. 2008; 24(4):217-18.
8. Yeh B, Roberson JR. Nasal magnetic foreign body: a sticky topic. *J Emerg Med*. 2012; 43(2):319-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2010.02.013>
9. Douglas AR. Use of nebulized adrenaline to aid expulsion of intra-nasal foreign bodies in children. *J Laryngol Otol*. 1996; 110(6):559-60. <https://doi.org/10.1017/S0022215100134267>
10. Kadish H. Ear and nose foreign bodies: "it's all about the tools". *Clin Pediatr*. 2005; 44(8):665-70. <https://doi.org/10.1177/000992280504400803>
11. Chatziavramidis A, Kondylidou-Sidira A, Stefanidis A, Soldatou S. Longstanding rhinolith leading to anatomical alterations of the ipsilateral inferior nasal meatus and turbinate. *BMJ Case Rep* 2010. 2010:1-4. <https://casereports.bmj.com/content/2010/bcr.07.2010.3155>
12. Gianisella G, Reis VS, Augusto TAM, Roithmann R, Constantino MNC. Rinólito como diagnóstico diferencial de sintomas nasais persistentes. *Rev AMRIGS*. 2012; 57(3):226-8.
13. Mastour ASA, Ghnam WM, Zubaidi AH. Rhinolith: delayed presentation after a head trauma: a case report. *Case Report Otolaryngol*. 2012;(2012): 1-2. <https://doi.org/10.1155/2012/492081>
14. Ozdemir S, Akbas Y, Görgülü O, Selçuk T, Sayar C. Rhinolithiasis: review of 21 cases. *Am J Rhinol Allergy*. 2010; 24(6):136-9. <https://doi.org/10.2500/ajra.2010.24.3553>
15. Akkoca O, Tüzüner A, Demirci S, Ünlü C, Uzunkulaoğlu H, Arslan N, Aktar G. Patient characteristics and frequent localizations of rhinoliths. *Turk Arch Otorhinolaryngol*. 2016; 54(4):154-7. <https://doi.org/10.5152/tao.2016.1773>
16. Adib H, Natout MAE, Zaytoun G, Hadi UA. Rhinolithiasis: a misleading entity. *Allergy Rhinol*. 2018; 9:1-4. <https://doi.org/10.1177/2152656718783596>
17. Yuca K, Çaksen H, Etlik O, Bayram I, Sakin YF, Dülger H, Kiriş M. The importance of rigid nasal endoscopy in the diagnosis and treatment of rhinolithiasis. *Auris Nasus Larynx*. 2006; 33(1):19-22. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2005.05.013>
18. Ayub-ur-Rehman, Muhammad MN, Moallam FA. Endoscopy in rhinolithiasis. *J Coll Phys Surg Pak*. 2012; 22(9):601-3.
19. Aziz Y, Chauhan J, Hasan SA, Hashmi SF. Staghorn rhinolith in nasopharynx: an unusual case. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 60(1):91-3. <https://doi.org/10.1007/s12070-008-0029-6>
20. Saibene AM, Bebi V, Borloni R, Felisati G. Rock, paper, endoscopy: a baffling case of rhinolith. *BMJ Case Rep*. 2013; 9:1-4. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-009147>