

U

LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Otorrinolaringologia

Alterações rinológicas na idade avançada

Ricardo Sousa

Maio 2017

U

LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Otorrinolaringologia

Alterações rinológicas na idade avançada

Ricardo Sousa

Orientado por:

Dr. Marco Simão

Maio 2017

Resumo

O nariz do idoso apresenta consideráveis diferenças comparativamente com o do adulto jovem, particularmente a 3 níveis: nas estruturas de suporte, na mucosa e no sistema olfativo. Estas modificações têm grande prevalência na população idosa e aumentam com a idade, dificultam o diagnóstico de doenças que afectam esta estrutura. Por estas razões, revela-se importante conhecê-las.

Para a realização da pesquisa recorreu-se aos motores de busca *Google Scholar* e *Pubmed* com as seguintes palavras-chave: “*aging nose*”, “*rhinitis in the elderly*”, “*geriatric nasal symptoms*”, “*rhinology modifications with age*” e “*age-related airway problems*”.

O nariz do idoso encontra-se naturalmente mais caído e obstruído pelo enfraquecimento das cartilagens de suporte. Adicionalmente encontra-se também mais seco, pela depleção das glândulas submucosas, assim como pela diminuição da percentagem corporal de água e a sua deficiente ingestão, comum entre idosos. Contudo, podem ocorrer episódios paroxísticos de coriza profusa por disfunção autonómica com predomínio do parassimpático. Verifica-se também nos indivíduos desta idade diminuição do olfacto por diversos factores. Para além da redução da qualidade de vida, poderá ser o primeiro sinal de patologias neurológicas graves, cuja actuação precoce é muito benéfica.

A utilização crescente dos serviços médicos pela população idosa é transversal a quase todas as especialidades médicas. Por esta razão, é importante, particularmente para os otorrinolaringologistas, saber interpretar as suas principais queixas, com vista a melhoria da qualidade de vida dos seus doentes de maior idade.

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.

Abstract

The nose of the elderly has considerable differences compared with the one of a young adult, mainly at 3 levels: external surface, mucous membrane and smell impairment. These changes occur frequently in older people and tend to increase with age, making it difficult to correctly diagnose diseases that affect this structure, hence why knowing them is important.

An online search was conducted using *Google Scholar* and *Pubmed* with the following key words: “*aging nose*”, “*rhinitis in the elderly*”, “*geriatric nasal symptoms*”, “*rhinology modifications with age*” and “*age-related airway problems*”.

A fallen and obstructive nose is a common finding in the elderly, due to weakening of the cartilages that support it. Additionally, the nose is often dry, owing to the reduced number of submucosal glands, decrease body water percentage and its inadequate ingestion. However, even though it is usually dry, intense episodes of nasal drainage may occur, as a result of autonomic dysfunction with the parasympathetic system playing a major role. It is also often seen in the elderly a decrease in olfactory function. This loss of function, besides reducing the quality of life of the patients, could be the first sign of important neurological diseases. These illnesses, if treated in early stages, can have good prognosis.

Almost all areas of medicine have seen growing numbers of elderly patients in their services. For this reason, it is important to know, how to identify the main symptoms and complains of this age group, so that better health care can be provided.

This Paper expresses the opinion of the author, not the FML's.

Índice

Resumo.....	3
Abstract.....	4
Introdução.....	6
Método.....	8
Anatomia do nariz no adulto jovem.....	9
Porção óssea.....	9
Porção cartilágnea.....	10
Vascularização.....	10
Inervação.....	11
Mucosa.....	11
Alterações nasais no idoso.....	13
Mudança da aparência.....	13
Alterações da mucosa.....	15
O olfacto e o envelhecimento.....	16
Rinite no idoso.....	17
Sintomatologia.....	18
Tratamento.....	18
Conclusão.....	20
Agradecimentos.....	22
Referências bibliográficas.....	23

Introdução

Portugal, assim como muitos outros países, tem constatado nas últimas décadas uma alteração na sua pirâmide etária. Sendo considerado apenas há 50 anos um país jovem, hoje em dia o cenário inverteu-se, com os mais novos a serem já menos que os idosos. Este envelhecimento generalizado da população a que assistimos traduz o nível de desenvolvimento de um país: quanto maior o envelhecimento dos indivíduos de um país, maior o desenvolvimento do mesmo. Esta correlação deve-se ao contínuo decréscimo da taxa de natalidade, à redução da taxa de mortalidade e ao aumento da esperança média de vida que se tem verificado no nosso país, sendo que este último resulta da melhoria das condições de vida, dos progressos da medicina e do aperfeiçoamento da assistência médica.¹

Deste modo, com o crescimento do segmento de idade mais avançada da população é natural que existam impactos quer na sociedade quer na medicina. Os pacientes geriátricos são os que mais utilizam o sistema de saúde, sendo que 12% dos idosos consome 33% do tempo médico e 4 em cada 5 dos pacientes com mais de 65 anos possuem pelo menos uma doença crónica.² Como consequência da sua pluripatologia, usam com frequência múltiplas medicações, sendo mais propensos aos seus efeitos adversos. Por estas razões, impõe-se que a prática clínica se adapte a este novo grupo e que a geriatria se eleve dentro da comunidade médica.

Assim sendo, revela-se de grande importância saber a evolução do corpo humano com a idade, de maneira a que se possa utilizar esse conhecimento para uma prática clínica mais eficaz e direcionada para máximo benefício dos doentes geriátricos, um grupo por si só mais fragilizado.

Outra questão de relevo crescente nas últimas décadas prende-se com a cirurgia plástica aplicada aos idosos. Com o aumento da esperança média de vida, as pessoas passaram a viver maiores períodos de vida activa e saudável comparativamente com as décadas anteriores. Desta forma, a crescente preocupação com a aparência e as evoluções no campo da cirurgia plástica tornaram possível satisfazer alguns dos desejos estéticos dos doentes idosos que cada vez mais serão responsáveis pelo aumento das intervenções cirúrgicas estéticas.

Esta revisão vai abordar as alterações morfológicas e fisiológicas do nariz decorrentes do normal processo de envelhecimento, pois as queixas nasais são dos sintomas mais frequentes nestas idades, sendo também, contudo, dos mais negligenciados. Pela banalidade desta problemática, carecem muitas vezes de tratamento, assim como de estudos e investigação. Esta revisão pretende também abranger alguns dos problemas que estas alterações possam provocar ou agravar em patologias já existentes.

Proponho que este trabalho aborde primeiro uma descrição anatómica do nariz do adulto jovem para que em seguida se possa fazer a comparação com a do idoso. Neste último, será feito um enfoque mais pormenorizado nas três principais alterações que se verificam com a idade, ao nível da mucosa nasal, das estruturas de suporte e do sistema olfactivo. As primeiras encontram-se caracteristicamente associadas à congestão nasal, as segundas são tipicamente causadoras de obstrução nasal e as terceiras representam um componente importante da avaliação do doente idoso, não só pela perda de qualidade de vida que acarreta mas também pelos sinais de alarme que possivelmente nos dá.³

Como é expectável, estas alterações rinológicas dificultam a avaliação das queixas nasais dos doentes desta faixa etária, atrasando o seu diagnóstico e a distinção entre patologias estruturais, passivas de correcção cirúrgica, das patologias sensitivo/sensoriais, que dificilmente têm indicação cirúrgica. Para que esta distinção aconteça é fundamental a colheita da história clínica completa, com uma anamnese detalhada e exame objectivo minucioso de, pelo menos, toda a cabeça e pescoço. Não esquecer também que existe uma razão para a otorrinolaringologia ser uma especialidade médica que engloba ouvidos, nariz e laringe: a doença e sintomatologia num destes órgãos frequentemente tem implicação nos restantes, daí que se deva prestar particular atenção aos outros elementos desta tríade sempre que um dos elementos está envolvido.

Método

Este trabalho foi realizado com recurso aos motores de busca *Google Scholar* e *Pubmed* com as seguintes palavras-chave: “*aging nose*”, “*rhinitis in the elderly*”, “*geriatric nasal symptoms*”, “*rhinology modifications with age*” e “*age-related airway problems*”. Foram encontrados 31 artigos e seleccionados 11.

Anatomia do Nariz no Adulto Jovem

O nariz é constituído por 2 fossas nasais que comunicam anteriormente com o exterior através das narinas e posteriormente com a rinofaringe pelas coanas. As fossas estão separadas através do septo nasal e são constituídas por 4 paredes. Para uma descrição anatómica completa do nariz tem que se incluir pelo menos 5 categorias: parte óssea, parte cartilaginosa, vascularização, inervação e mucosa.

Porção Óssea

A parede inferior forma a abóbada palatina, constituída pelo maxilar superior e osso palatino e separa as fossas nasais da cavidade bucal.

A parede superior forma a abóbada das fossas nasais e é constituída, de anterior para posterior, pelos ossos próprios do nariz, frontal, lâmina papirácea do etmóide e corpo do esfenóide.

A parede interna forma o septo nasal e é constituída anteriormente pela cartilagem quadrangular e posteriormente pela lâmina perpendicular do etmóide e pelo vómer.

A parede externa, a mais complexa e a mais importante, é constituída pelo maxilar superior, etmóide, corneto inferior e palatino, apresentando protusões da sua parede que se dirigem para o interior da fossa com o formato de concha – os cornetos – que formam com a parede canais, denominados meatos. O principal objectivo dos cornetos é aumentar a superfície de contacto para que haja aumento da temperatura, humedificação e filtração do ar.

Classicamente são descritos 3 meatos (inferior, médio e superior) mas poderão existir mais. Os meatos são os locais onde desembocam os canais dos seios perinasais.

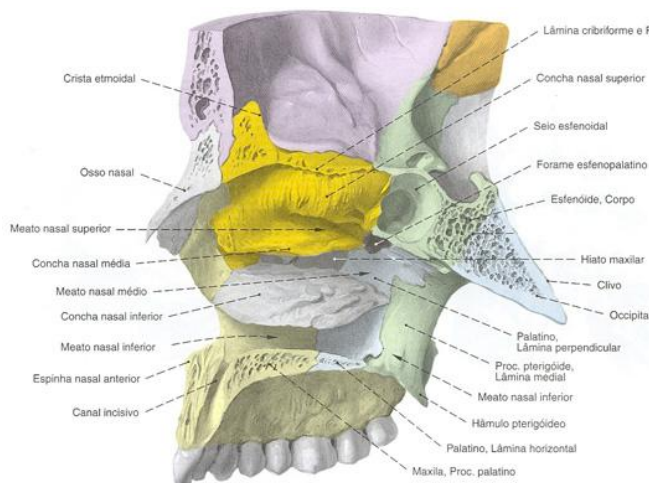


Figura 1 – Fossas nasais (parte óssea)⁴

Porção Cartilaginosa

Na porção anterior do nariz destacam-se lateralmente do septo nasal as cartilagens nasais laterais e, inferiormente a estas, as cartilagens alares principais, podendo ainda existir cartilagens alares acessórias. São as cartilagens alares que dão a forma às narinas. A porção mais anterior e inferior do septo nasal forma, na intersecção com as cartilagens alares, um prolongamento que divide as narinas, que se denomina columela.

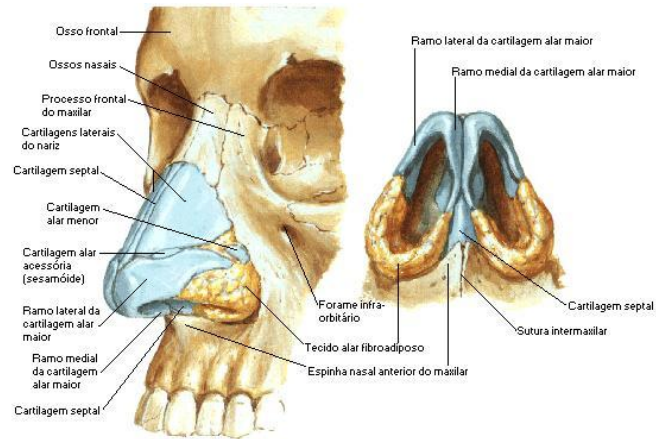


Figura 2 – Fossas nasais (cartilagens nasais)⁵

Vascularização

O suprimento arterial das fossas nasais advém essencialmente de 2 grupos de artérias: as artérias etmoidais anteriores e posteriores (ramos das artérias oftálmicas,

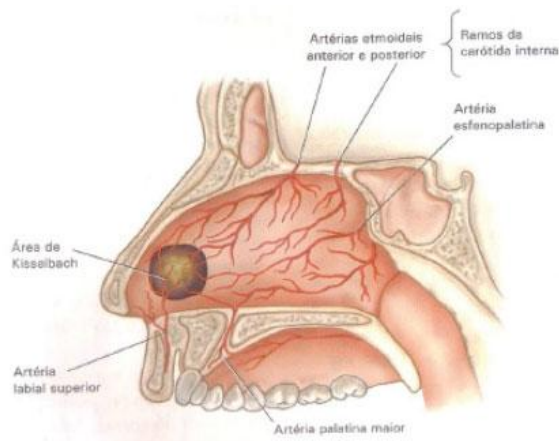


Figura 3 – Fossas nasais (vascularização)

proveniente da carótida interna), que irrigam a abóbada e as artérias nasais posteriores laterais, ramos da artéria esfenopalatina, proveniente da carótida externa que são responsáveis pela irrigação posterior e inferior da fossa. Na região anterior do septo encontra-se uma área muito vascularizada - o plexo de Kiesselbach - suprido pelos 2 grupos de artérias, responsável por originar os fenómenos de epistáxis anterior, a mais

frequente.

A vascularização da mucosa nasal é conseguida por quatro tipos de vasos sanguíneos: vasos de resistência pré-capilares (arteríolas), capilares, vénulas e anastomoses arterio-venosas.

As veias da porção posterior do nariz geralmente drenam para a veia esfenopalatina, que passa pelo buraco esfenopalatino, e em seguida para o plexo pterigoideo. O sangue da parte anterior do nariz é drenado principalmente através das veias que acompanham as artérias etmoidais anteriores e, em seguida, para as veias oftálmicas ou faciais.

Inervação

A inervação sensitiva das fossas nasais provem dos dois primeiros terminais do trigêmio, sendo a porção superior e anterior dada pelo nervo oftálmico (V_1) e o restante pelo nervo maxilar superior (V_2).

O nariz é a estrutura por excelência do olfacto, sendo que os estímulos são captados por receptores dispersos na mucosa anterior das fossas nasais e conduzidos superiormente através da lâmina crivada do etmóide até ao bulbo olfatório, estrutura do nervo olfativo.

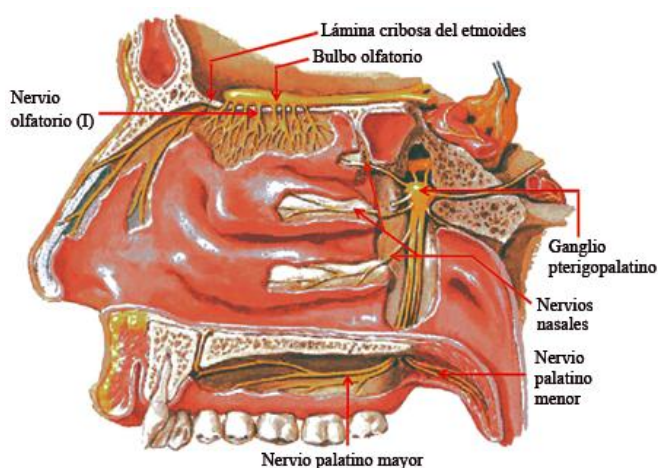


Figura 4 – Fossas nasais (inervação)⁵

Mucosa

A mucosa nasal pode-se dividir em 2 tipos: a respiratória e a olfativa.

Na mucosa respiratória, há uma abundante quantidade de glândulas mucosas que secretam tipicamente um litro de muco por dia, favorecendo o aquecimento, humidificação e filtração do ar. Esta mucosa possui uma extensa rede de sinusoides, que constituem o tecido erétil venoso do nariz. Na porção distal dos sinusoides existem esfíncteres que, consoante a sua contractilidade, regulam o preenchimento destes vasos. O seu preenchimento determina o estado de congestão da mucosa que, em excesso, pode traduzir-se na clínica de congestão nasal. Este órgão erétil é mais proeminente na

região do corneto inferior, mas também está presente no corneto médio e partes do septo nasal.

A mucosa olfativa está situada nas porções mais superiores das fossas nasais, nomeadamente sobre o corneto superior. Apresenta neurônios bipolares, junto ao epitélio, que recebem os estímulos olfatórios e os transmitem ao córtex cerebral.⁶

Alterações nasais no idoso

Mudança da aparência

Com o passar dos anos, o tamanho e a forma do nariz altera-se pelo natural enfraquecimento das cartilagens que o formam. Ocorre atrofia das fibras de colagénio da cartilagem e estiramento das fibras de elastina que compõem a derme. Por consequência, o ângulo nasolabial aumenta e o rácio altura/comprimento diminui, o que leva à projecção ântero-inferior da ponta do nariz. Estas alterações estéticas ainda se tornam mais acentuadas pelo aumento do comprimento do lábio superior, pelo adelgamento da região geniana provocado pela reabsorção da gordura pré-maxilar e malar e pela mudança na dentição originadas pelo normal processo degenerativo das peças dentárias com a idade.⁷ As cartilagens mais afectadas por estas alterações são as cartilagens nasais laterais e as alares principais. A porção mais anterior do septo nasal (columela) encontra-se retraída e a ponta do nariz sofre rotação inferior o que, aliadas a todas as alterações supramencionadas provoca estreitamento da válvula nasal.

A válvula nasal é o local de máxima resistência ao fluxo de ar de toda a via aérea. Localiza-se ao nível da junção das cartilagens laterais com as alares principais e corresponde à porção mais estreita da via nasal. Segundo a lei de *Poiseuille*, para um pequeno raio da via, existe uma grande resistência da mesma. Desta forma, depreende-se facilmente que a válvula nasal seja uma zona de elevada resistência ao fluxo, representando metade da resistência de toda a via.⁸

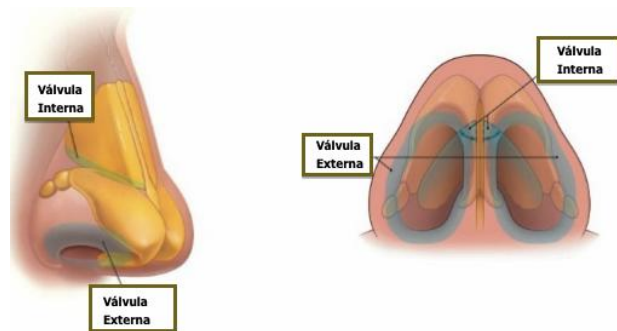


Figura 5 – Válvula Nasal

Como as modificações próprias da idade determinam o estreitamento da válvula nasal, esta diminuição de calibre irá provocar um aumento exponencial da resistência da via aérea a este nível, dificultando o fluxo aéreo e, por consequência, traduzindo-se numa permanente obstrução nasal. Esta é a razão para os idosos frequentemente em consulta referirem alívio da sintomatologia obstrutiva quando elevam a ponta do nariz, pois ao realizarem este gesto aumentam o diâmetro da válvula nasal e diminuem a resistência, diminuindo também por consequência a obstrução.⁹

As ilustrações que *Catlin*¹⁰ representou em 1861, para além de indicarem que a preocupação envolvente à obstrução nasal não é recente, mostram que o ser humano é um respirador nasal por defeito, pois o correcto aquecimento, humedificação e filtração do ar assim como o próprio olfacto estão dependentes da respiração nasal e está demonstrado que quando a respiração nasal não ocorre numa base regular prejudica o bem-estar de qualquer indivíduo em qualquer faixa etária.



Figura 6 – Ilustrações de *Catlin* (1861)¹⁰

No período nocturno, a obstrução nasal aumenta a resistência ao fluxo de ar e predispõe ao colapso da via aérea superior durante o sono. Este processo leva a que a respiração seja efetuada, em parte, pela boca, o que provoca um estreitamento do lúmen da faringe, uma diminuição do espaço retrobasilingual (como resultado de uma maior retração posterior da língua) e um aumento na oscilação e vibração do palato mole e da faringe. Estes fenómenos, juntamente com a hipoxemia causada pelos mesmos, fazem com que a obstrução nasal possa provocar distúrbios respiratórios do sono (DRS), microdespertares, roncopatia, fadiga, sono não reparador e sonolência diurna excessiva.¹¹ Como nos idosos a obstrução nasal é mais frequente, os benefícios da respiração nasal são menores, podendo inclusivamente agravar doenças de base algumas delas graves como o Síndrome de Apneia do Sono, assim como potenciar sono mais irregular e os múltiplos despertares que caracteristicamente ocorrem no sono dos idosos.

Alterações da mucosa

Uma das principais diferenças entre a mucosa de um adulto jovem e a de um idoso é a redução do número de glândulas submucosas. Estas glândulas, que normalmente produzem um litro de muco por dia, ao estarem presentes em menor quantidade vão produzir menos muco e com maior espessamento, o que influencia negativamente a efectividade do sistema mucociliar e provoca congestão nasal. Esta é a razão para a presença típica no idoso do “pigarro”, assim como de saliva mais grossa, rinorreia posterior, secura da mucosa oral, halitose, sensação de corpo estranho na rinofaringe e tosse crónica irritativa.¹²

Com a evolução natural do envelhecimento, a percentagem corporal de água decresce, passando de 70% no adulto jovem para 50% no idoso.¹³ Adicionalmente, os indivíduos de idade mais avançada têm, por norma, um défice de ingestão de água. Dado que o muco das vias aéreas é 95% constituído por água, estes dois dados potenciam ainda mais a congestão nasal já vivenciada pelos idosos.

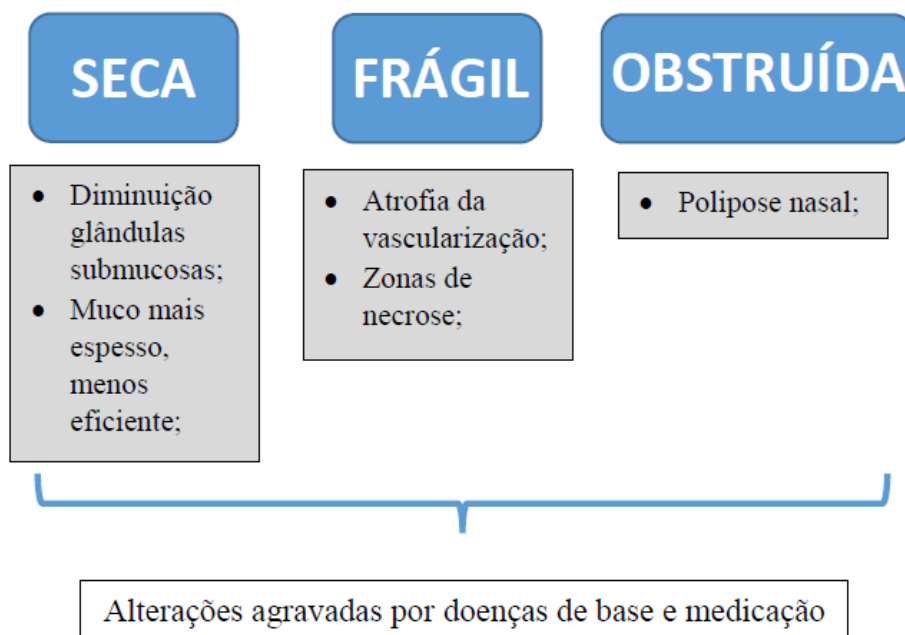
Outra alteração da mucosa frequente no idoso é a polipose nasal. Os pólipos nasais são significativamente mais prevalentes nos adultos com idade superior a 60 anos. Estes pólipos propiciam intubações complicadas (importante, pois os idosos são os principais consumidores deste tipo de intervenções) mas agravam ainda mais o quadro de obstrução nasal que já têm de base.¹⁴

Nos idosos a vascularização nasal também se apresenta alterada. Os vasos da microvascularização apresentam-se com menor calibre, menor distribuição e maior fragilidade, o que pode potenciar o aparecimento de epistáxis, embora não comprovado.¹⁵ Estas alterações causam atrofia, sensação de secura e obstrução que piora no Inverno e em ambientes mais secos. Não se pode deixar de ter em conta que os doentes desta faixa etária apresentam tipicamente outras patologias associadas, nomeadamente cardiovasculares (diabetes, aterosclerose e hipertensão arterial sistémica) e tomam medicação para as mesmas, o que vai lesar ainda mais os vasos nasais, vai desregular o funcionamento dos mecanismos que controlam a microcirculação e agravar o quadro obstrutivo.

Vale a pena referir que o Refluxo Gastroesofágico (RGE), bastante prevalente na população idosa, também tem repercussões na mucosa nasal. Ao desencadear lesão do epitélio, a exposição prolongada a este agressor promove a destruição da mucosa

respiratória e agrava a sua atrofia, contribuindo para que fique mais seca, frágil e obstruída. Adicionalmente, o quadro inflamatório crónico lesa também a estrutura microvascular e o tónus dos esfíncteres pré-capilares. Desta forma, o refluxo aumenta ainda mais a congestão e a obstrução nasal, com repercussões locais e sistémicas.

Mucosa Nasal no Idoso



O olfacto e o envelhecimento

O olfacto e o paladar atingem o seu pico na terceira e quarta década de vida, declinando a partir dessas idades. Estima-se que a sua função se encontra reduzida em mais de 50% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e 80 anos e em mais de 70% nos com idade superior a 80 anos.¹⁶ Estas disfunções provocam diminuição da qualidade de vida e podem mesmo pôr em causa a segurança do idoso. Múltiplos factores contribuem para a perda olfactiva relacionada com a idade, nomeadamente lesões acumulativas do epitélio olfactivo com origem em agressões ambientais, redução das enzimas da mucosa, perda dos receptores que captam as partículas odoríficas, substituição do epitélio olfactivo pelo respiratório com o avançar da idade, alterações de neurotransmissores e neuromoduladores e expressão aberrante de proteínas a nível central e periférico, perdas neuronais no bulbo olfactivo, entre outras.

A diminuição do olfacto com o avançar da idade está associado a um decréscimo nas capacidades cognitivas e a perdas de memória. Adicionalmente, acredita-se que a diminuição do olfacto está correlacionada com várias doenças neurológicas mesmo quando estas ainda não tiveram a sua primeira manifestação. Vários estudos mostraram que a anosmia precede em vários anos os sintomas motores da doença de Parkinson, tendo-se verificado resultados semelhantes na doença de Alzheimer e na demência dos corpos de Lewy. Por muitas vezes a anosmia se apresentar em pacientes assintomáticos revela-se importante, principalmente para os otorrinolaringologistas, atenção redobrada na detecção de défices do olfacto e, caso existam, a procura de outros sinais indicativos destas patologias neurológicas, pois estas doenças têm melhor prognóstico se precocemente diagnosticadas e tratadas.

Rinite no Idoso

Conseguimos afirmar com segurança que as alterações no tecido conjuntivo e vascularização do nariz com a idade predis põem a que a rinite perene seja uma patologia muito frequente na população idosa.¹⁷ Raramente tem etiologia alérgica, contrariamente aos adultos jovens, sendo geralmente causada por desequilíbrios autonómicos ou medicamentosos. Desconhece-se a causa, mas nos idosos é frequente a existência de disfunção do sistema nervoso autónomo, em que predomina a acção parassimpática, manifestando-se tipicamente por coriza profusa que tende a piorar com as refeições, principalmente com a ingestão de alimentos quentes e temperados. Este tipo de rinite é conhecida por rinite gustatória.¹⁸ A rinite medicamentosa é geralmente uma consequência de efeitos secundários de medicação sistémica para outras patologias. Os fármacos que mais frequentemente propiciam estes episódios são os anti-hipertensores, como metildopa, hidralazina e propanolol, e psicotrópicos, como amitriptilina e alprazolam. Desta forma, deve-se ponderar a cessação destes fármacos perante sintomatologia sugestiva, situação frequente dado à polimedicação a que habitualmente estão sujeitos.

Outro tipo de rinite importante na população idosa é a rinite atrófica. A sua etiologia não é inteiramente conhecida mas ocorre atrofia e formação de crostas intranasais com reabsorção do osso subjacente. A característica típica desta patologia é o odor fétido destas crostas, denominado ozena. Pensa-se que esta patologia possa ser

causada pela colonização pela bactéria *Klebsiella ozaenae* ou ser sequela secundária a cirurgia nasal.

Sintomatologia

As alterações supramencionadas propiciam o aparecimento mais frequente de sintomas nasais nesta faixa etária. Os mais comuns são espirros, pingo do nariz, diminuição do olfacto e rinite gustatória. Outros sintomas, como congestão nasal, sinusite e epistáxis, não mostraram aumento significativo com a idade, contrariamente ao que se poderia pensar.⁷ No caso da epistáxis, acreditava-se que por existir redução da espessura da mucosa nasal, propiciaria o aparecimento de hemorragias. Existe aumento da epistáxis no idoso não devido às alterações do envelhecimento, mas sim pelas comorbilidades relacionadas com a idade. A epistáxis anterior torna-se mais frequente pela comum instrumentalização da via aérea nesta classe populacional e a epistáxis posterior costuma ser mais severa pela persistência de hipertensão arterial sistémica, com lesão vascular generalizada, nomeadamente da artéria esfenopalatina.¹²

Curiosamente, a maior obstrução nasal experienciada pelos idosos nem sempre é acompanhada de sintomatologia. Aliás, muitos acreditam que ter algum grau de obstrução é normal e, por isso, preferem não o referir ao médico.

Tratamento

Para o tratamento da sintomatologia nasal típica da idade avançada, a primeira medida passa geralmente por humificação da mucosa nasal com soro fisiológico, pois reduz a sua secura e ajuda na eliminação do muco espesso e das crostas.¹⁹

Procura-se evitar o uso de medicação, nomeadamente a que agrava a atrofia da mucosa, como os descongestionantes tópicos e sistémicos. A terapêutica das patologias médicas associadas melhora o quadro. No caso específico da rinite gustatória, o uso de anticolinérgicos (brometo ipratrópio) tem tido boa resposta.

Intervenções cirúrgicas podem estar indicadas nos casos mais graves ou nos pacientes com anomalias estruturais, como desvios do septo ou esporões. O objectivo é fortalecer as cartilagens nasais laterais e elevar a ponta do nariz. A remoção do corneto

inferior deve ser evitada, principalmente se já existir secura nasal de base.⁷ Não obstante, caso já não se encontre mucosa funcionante a revestir esta estrutura, a sua existência torna-se redundante e agrava o processo obstrutivo, tendo indicação para a sua remoção (turbinectomia por microcirurgia endonasal).



Figura 7 – Correção cirúrgica das cartilagens nasais

Conclusão

A anatomia e fisiologia nasal dos idosos apresentam diferenças significativas comparativamente com as de um adulto jovem. Encontram-se alteradas quer pelo natural processo de envelhecimento quer por uma panóplia de factores indirectos mais frequentes nessa idade. Os adultos idosos têm maior propensão para sofrerem quedas, aumentando a probabilidade de traumatismo craniano e facial com envolvimento nasal que podem condicionar a sua estrutura e função. Os idosos perdem também com maior facilidade o olfacto após infecção viral do tracto respiratório superior.⁷

A carência do suporte das cartilagens nasais faz com que o nariz do idoso se encontre naturalmente caído e obstruído. Adicionalmente, encontra-se também frequentemente seco, pela depleção das glândulas submucosas, a diminuição da percentagem corporal de água e a sua deficiente ingestão, comum entre idosos. Paradoxalmente, ocorrem episódios de coriza profusa por disfunção autonómica com predomínio do parassimpático. Os indivíduos de idade mais avançada apresentam também diminuição multifactorial do olfacto. Para além da redução da qualidade de vida, poderá ser o primeiro sinal de patologias neurológicas graves, cuja actuação precoce é muito benéfica.

Contudo, é um erro atribuir a etiologia de todos os problemas do tracto respiratório superior ao processo de envelhecimento. Estas alterações podem até “camuflar” verdadeiros problemas nasais, tornando o seu diagnóstico no idoso mais difícil.

O tratamento farmacológico dos doentes desta faixa etária precisa de ser individualizado, tendo em conta a diminuição do metabolismo e o aumento de potenciais efeitos secundários. A maioria dos idosos apresenta doenças crónicas e toma vários medicamentos, sendo muitos deles de venda livre, o que os coloca em maior risco de interacções medicamentosas. Também é preciso não esquecer que alguns desses fármacos podem ter efeitos secundários nasais.²⁰

Gostava por último de destacar que, apesar da sua importância, pouca atenção é prestada a esta temática na literatura médica. A informação é escassa e encontra-se muito dispersa. Ao afectar negativamente o sono, a alimentação e a respiração (ou seja, a qualidade de vida dos doentes idosos) a sua relevância é evidente. Com o crescente

envelhecimento da população a necessidade de mais investigação torna-se cada vez mais óbvia.

Agradecimentos

Tenho que deixar um sincero agradecimento ao Prof. Dr. Óscar Dias pela oportunidade de realizar este trabalho na área de Otorrinolaringologia, pela amabilidade com que sempre fui recebido, pela ajuda com o tema, pela prontidão nas respostas às minhas dúvidas e pela disponibilidade que sempre mostrou. Continue a deixar esta imagem na medicina e no ensino que, quer os doentes, quer os alunos agradecem.

Agradeço também aos familiares que me têm acompanhado pela vida. Todos contribuíram para fazer de mim o homem que sou hoje e, por isso, estarei sempre eternamente grato.

Por último, gostaria de deixar o meu mais profundo agradecimento aos que me acompanharam nesta curta passagem pelos meandros da Medicina. Tornaram-na bem mais animada e construtiva. Espero que me continuem a acompanhar nos desafios futuros desta profissão e fora dela.

Referências Bibliográficas

- 1 - <http://www.prof2000.pt/users/elisabethm/geo10/envelhecimento.htm>
- 2 – Lunedo, Sandra; Sass, Scheila; Gomes, Ariana; Kanashiro. Karina; Bortolon, Lilian (2008) “Prevalência dos Principais Sintomas ORL numa População Geriátrica Ambulatorial”, Curitiba.
- 3 - Recker, C., Hamilton, G.S. Evaluation of the patient with nasal obstruction. 2016, 32:3–8.
- 4 – Sobotta, Johannes (2000) *Atlas de Anatomia Humana*. Rio de Janeiro, Nova Guanabara, 21ª edição.
- 5 – Netter, Frank (2011) *Atlas de Anatomia Humana*. Rio de Janeiro, Elsevier, 5ª edição.
- 6 - Lockhart, R.D. Anatomia Humana. México, Editorial Interamericana, 1965.
- 7 – Sataloff, Robert; Johns, Michael; Kost, Karen (2015) *Geriatric Otolaryngology*, New York, Thieme Medical Publishers, 1ª edição.
- 8 - Bloching, M.B. Disorders of the nasal valve area. *GMS Current Topics in Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*. 2007, Vol.6, ISSN 1865-1011.
- 9 – Terra, Newton; Silva, Roberta da; Schmidt, Olavo Forlin (2007) *Tópicos em geriatria II*, Porto Alegre, Edipucrs, 1ª edição.
- 10 - Catlín, G. - *Shut Your Mouth and Save Your Life*, 9.ed., London, Trübner and Compan; 102 p., 1891.
- 11 - Hussain SF, Cloonan YK, Rahbar MH, Islam M. Association of self-reported nasal blockage with sleep-disordered breathing and excessive daytime sleepiness in Pakistani employed adults. *Sleep Breath*. 2010; 14(4):345-351. Doi: 10.1007/s11325-009-0317-8.
- 12 – Miyake, Mônica (2012) “Afecções Otorrinolaringológicas No Idoso: O Impacto da “Polifarmácia””, *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto* 83:91.
- 13 - <http://www.uff.br/WebQuest/pdf/osmo.htm>
- 14 - Johansson L, Akerlund A, Holmberg K, Melén I, Bende M. Prevalence of nasal polyps in adults: the Skövde population-based study. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2003; 112(7):625–629.
- 15 – Meirelles, Roberto; Sá, Leonardo; Almeida, Guilherme (2012) “Abordagem Atual das Hemorragias Nasais”, *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto* 48-55.

16 - Attems J. · Walker L. (2015) “Olfaction and Aging: A Mini-Review”, Newcastle: Newcastle University.

17 – Slavian RG. Diagnosis and treatment of rhinitis and sinusitis in the elderly. *Immunol and Allergy Clinics of N Amer.* 1997; 17:543-556. Doi: 10.1016/S0889-8561(05)70329-5.

18 – Curiati JAE, Kasai JYT, Miranda TC. Envelhecimento e predisposição a afecções otorrinológicas. *RBM ORL.* 2007;1:105-11.

19 - Yimaz ASS, Corey JP. Rhinitis in the Elderly *Current Allergy and Asthma Reports.* 2006. pp. 125–131.

20 – <http://www.entnet.org/content/sinusitis-special-considerations-aging-patients>