

Pólipo Esfenocoanal – Relato de Caso e Revisão da Literatura

Sphenocoanal Polyp – Case Report and Literature Review

*Eduardo P. F. de Jesus**, *Elder Y. Goto***, *Silvio A. M. Marone****, *Ludmilla L. Zagati*****, *Adnan Haddad******,
*Karla P. Portes******.

* Médico Residente do 1º ano do serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Marcelina de São Paulo.

** Médico Otorrinolaringologista, Doutorando em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Preceptor da residência de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Marcelina de São Paulo.

*** Médico Otorrinolaringologista, Doutor em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Professor Doutor de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Professor Titular de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da PUC de Campinas, Coordenador do Serviço de Otorrinolaringologista do Hospital Santa Marcelina de São Paulo.

**** Médica Residente do 1º ano do serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Marcelina de São Paulo.

***** Médico Residente do 2º ano do serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Marcelina de São Paulo.

Trabalho realizado na Divisão de Clínica Otorrinolaringológica do Hospital Santa Marcelina de São Paulo.

Trabalho apresentado no 37º Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia – 16 a 20 de novembro de 2004 – Fortaleza (Ceará).

Endereço para correspondência: Eduardo P. F. de Jesus – Rua Doutor Pinto Ferraz, 271 Apto 78 – Bairro Vila Mariana – São Paulo – SP – CEP: 04117-040 – Telefone: (1)5083-7092 – E-mail: edupas77@ig.com.br

Artigo recebido em 20 de novembro de 2004. Artigo aceito com modificações em 2 de maio de 2005.

RESUMO

Introdução:

Os pólipos esfenocoanais são tumores raros originados do seio esfenóide. Seu principal sintoma é a obstrução nasal progressiva. Seu principal diagnóstico diferencial é o pólipo antrocoanal, sendo a tomografia computadorizada e a ressonância magnética a melhor maneira de diferenciá-los. O tratamento dos pólipos esfenocoanais é cirúrgico.

Objetivo:

Relatar um caso de pólipo esfenocoanal tratado com remoção endoscópica completa do tumor discutindo seus aspectos diagnósticos e terapêuticos.

Relato de Caso:

Paciente de 13 anos, do sexo masculino, que apresentava obstrução nasal unilateral há cerca de um ano e meio e que foi submetido à excisão endoscópica do tumor apresentando-se no sexto mês pós-operatório assintomático e sem sinais de recidiva.

Conclusão:

A cirurgia endoscópica é uma opção terapêutica efetiva e menos agressiva do que as abordagens externas no tratamento dos pólipos esfenocoanais.

Unitermos:

pólipo coanal, pólipo esfenocoanal, cirurgia endoscópica.

SUMMARY

Introduction:

Sphenocoanal polyps are rare tumours originating from sphenoid sinus. Its main symptom is progressive nasal obstruction. Sphenocoanal polyp must be differ from antrochoanal polyp. The best way to distinguish them is with the use of computed tomography or magnetic resonance imaging of the paranasal sinuses. The treatment of sphenocoanal polyps is surgery.

Objective:

To relate a sphenocoanal polyp that was completed excised by endoscopic surgery discussing its diagnose and treatment.

Case Report:

A male, 13 years old patient with unilateral nasal obstruction one year and half ago that was undergone to endoscopic excise of tumor. He is asymptomatic in 6-month follow up and without signals of recurrence.

Conclusion:

Endoscopic surgery is effective procedure and less aggressive in the treatment of sphenocoanal polyps.

Key words:

choanal polyp, sphenocoanal polyp, endoscopic surgery.

INTRODUÇÃO

Os pólipos coanais são tumores benignos, solitários, originados de um único seio paranasal, que atravessam o óstio de drenagem deste seio projetando-se em direção à coana podendo estender-se a nasofaringe. Apresentam deste modo uma porção intra-sinusal, uma ostial e uma extra-sinusal (1). Podem originar-se dos seios maxilar, esfenóide e etmóide (1,2), existindo controvérsia quanto a sua formação a partir do seio frontal (3,4). De acordo com Dadas, 4 a 6% de todos os pólipos nasais são antrocoanais (1), sendo os pólipos esfenocoanais e etmoidocoanais ainda mais raros (3).

Não se conhece a causa da formação de pólipos coanais. Acredita-se que estes se desenvolvem de um precursor cístico localizado no seio paranasal de origem que cresce gradualmente projetando-se através do óstio de drenagem do respectivo seio paranasal (5). Berg demonstrou semelhanças entre a macro e a microarquitetura do componente intrasinusal do pólipo coanal e dos cistos dos seios paranasais (5).

O objetivo deste trabalho é apresentar o caso de um paciente com queixas nasais obstrutivas progressivas à direita, cuja investigação diagnóstica mostrou um volumoso pólipo esfenocoanal, que foi completamente removido através de abordagem nasoendoscópica.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

L.F.J.J., 13 anos, sexo masculino, negro, estudante, queixava-se de obstrução nasal progressiva à direita há um ano e meio associado à sensação de bolo na garganta há cerca de um ano. Queixava-se também de episódios de roncos e apnéia noturna. Negava otalgia, disfagia, rinorréia anterior, cefaléia, sintomas alérgicos e/ou epistaxes. Referia rinorréia posterior.

À inspeção e rinoscopia anterior (Figura 1) observou-se lesão de aspecto polipóide, projetando-se através da narina direita. À orofaringoscopia (Figura 2) foi visualizado tumor volumoso vindo de rinofaringe ocupando praticamente toda orofaringe, de aspecto semelhante ao da lesão descrita a rinoscopia anterior.

Não foi possível realizar a videonasofibroscopia na fossa nasal direita em virtude da importante ocupação da lesão polipóide neste espaço. À esquerda não foi possível visualizar a lesão devido à presença de importante desvio septal à esquerda.

A Tomografia Computadorizada evidenciou nos

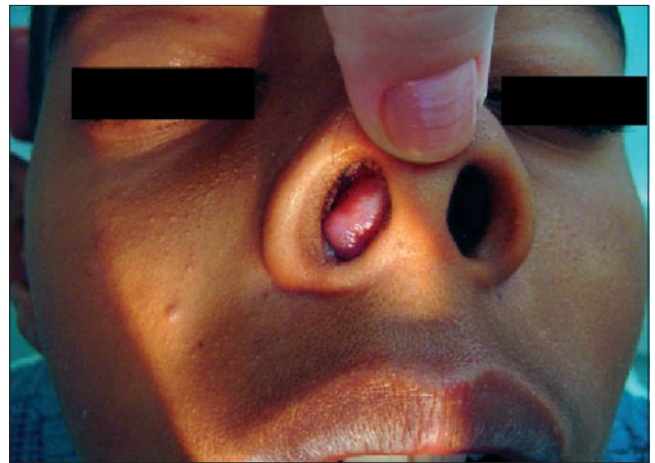


Figura 1. Inspeção e rinoscopia anterior, mostrando lesão de aspecto polipóide.

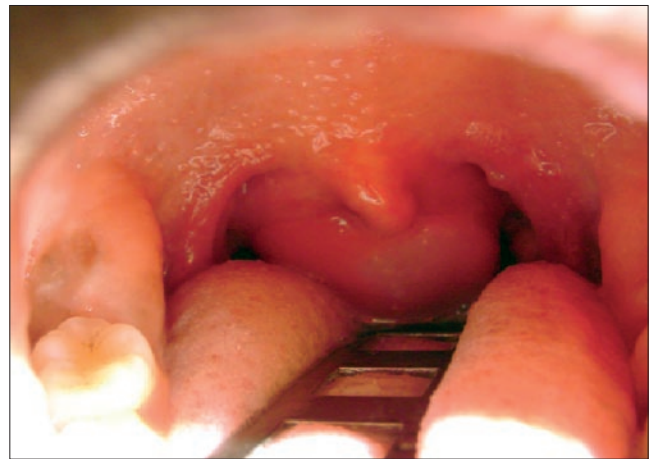


Figura 2. – Orosocopia, mostrando tumoração volumosa vinda da nasofaringe.

cortes coronais velamento homogêneo em seio esfenóide direito e em praticamente toda fossa nasal direita, ocupando as regiões medial e lateral à concha nasal média direita, e medial as conchas nasais superior e inferior direitas. Os cortes axiais evidenciaram velamento homogêneo em seio esfenóide direito, além de velamento ocupando totalmente rinofaringe e orofaringe. Não foi possível observar alargamento do óstio natural de drenagem do seio esfenóide direito. Como não houve acometimento de outros seios paranasais, então a provável hipótese diagnóstica foi de pólipo esfenocoanal à direita.

Foi então proposto tratamento cirúrgico através da ressecção endoscópica endonasal. A região do recesso esfenometoidal foi abordada sendo identificada a implantação do pólipo na parede anterior do seio esfenóide direito, além do alargamento do óstio de drenagem. Foi realizado dissecação e retirada da implantação do pólipo, que em virtude do seu tamanho, foi removido pela

cavidade oral. Não foi colocado tampão nasal após a cirurgia. Não ocorreram intercorrências durante ou após a cirurgia, recebendo o paciente, alta hospitalar após 24 horas da cirurgia.

O exame histológico da peça cirúrgica teve como resultado pólipos inflamatório.

Durante o seguimento de um, dois, três e seis meses, não foram encontrados sinais de recidiva, estando o paciente sem queixas nasais.

DISCUSSÃO

O pólipos esfenocoanal é uma doença rara (1,3,6), sendo uma massa solitária originada no seio esfenóide que se dirige a coana através do seu óstio de drenagem, passando pelo recesso esfenotmoidal, podendo atingir ocasionalmente a nasofaringe empurrando o palato mole inferiormente (1,7). Diferenciam-se da polipose nasossinusal uma vez que esta tende a ser bilateral e constituída por múltiplos pólipos (8). O paciente deste caso apresentava um volumoso pólipos esfenocoanal que ocupava quase totalmente a orofaringe chegando à base de língua (Figura 2).

Parece não existir associação entre doença alérgica e a formação dos pólipos coanais, não tendo o paciente em questão antecedentes alérgicos nasais, embora existam estudos que tenham encontrado significativamente tal associação (9).

Histologicamente os pólipos coanais são semelhantes, sendo formados por um centro cístico circundado por um estroma edematoso que apresenta certa infiltração de células inflamatórias. Sua superfície é forrada por epitélio respiratório (7) podendo-se encontrar algumas áreas de metaplasia (6). MIN e cols. demonstraram que a infiltração eosinofílica, número de células calciformes e glândulas submucosas é menos pronunciada em pólipos coanais do que na polipose nasal (10). Nosso paciente apresentou pólipos inflamatório como resultado do exame histológico.

O pólipos esfenocoanal deve ser diferenciado de meningoencefalocelos (apresentando estas, defeitos na base do crânio que permitem comunicação entre fossas cerebrais e fossas nasais), angiofibromas nasofaríngeos (que se apresentam com epistaxe recorrente e alargamento da fossa pterigopalatina em paciente jovem), papilomas invertidos (que apresentam tumor em geral unilateral originada da parede nasal lateral com ampliação do complexo ostiomeatal em paciente de idade mais avançada) entre outras massas nasais (3,7).

Seu principal diagnóstico diferencial é com o pólipos antrocoanal, uma vez que são indistinguíveis clínica e histologicamente (3). Ambos os tipos de pólipos coanal, de acordo com seu crescimento progressivo, apresentam-se com obstrução nasal unilateral, dor facial e rinorréia, decorrentes da ocupação da cavidade nasal e comprometimento do complexo ostiomeatal, podendo ter sintomas otológicos secundários ao acometimento da tuba auditiva, além de roncos e apnéia obstrutiva do sono em virtude do preenchimento da rinofaringe (3). Ambos os tipos de pólipos coanal apresentam igual distribuição entre os sexos e tendem a ocorrer em pacientes com idade inferior a quarenta anos (3). O paciente do caso em questão é do sexo masculino, apresentava treze anos de idade e queixava-se de obstrução nasal progressiva a direita há cerca de dezoito meses, tendo, portanto história compatível com pólipos coanal. Apesar do grande volume que o tumor ocupava tanto em fossa nasal direita quanto em rinofaringe e orofaringe, o paciente não queixava-se de disfagia e/ou sintomas relacionados ao comprometimento do complexo ostiomeatal e/ou da tuba auditiva. Queixava-se de roncos e apnéia obstrutiva do sono.

A diferenciação entre os pólipos antrocoanal e esfenocoanal é muito importante tanto para evitar manipulação de seios paranasais não envolvidos na doença quanto para diminuir a incidência de recorrências decorrentes apenas da simples tração do pólipos sem a retirada da sua implantação (3,6). Segundo SOH & TAN (3) a melhor maneira de diferenciar os dois tipos de pólipos é através da tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

Nos casos com envolvimento isolado de um único seio paranasal é fácil determinar, pelos exames de imagem, se o local de origem do pólipos é no esfenóide ou no seio maxilar (3). Nosso paciente apresentava acometimento apenas do seio esfenóide direito o que permitiu, sem dificuldade, estabelecer o diagnóstico de pólipos esfenocoanal.

No entanto, a distinção entre os dois tumores é mais difícil caso haja opacificação tanto do seio maxilar quanto do esfenóide aos exames de imagem (3). Para tentar diferenciar o local de origem do pólipos podemos utilizar os seguintes referenciais anatômicos: 1) Óstio de drenagem dos seios maxilar e esfenóide; 2) Recesso esfenotmoidal e meato médio e 3) Concha nasal média (2,3).

O alargamento do óstio de drenagem de um dos seios paranasais envolvidos fala a favor deste como origem do pólipos em virtude do seu efeito expansivo e erosivo sobre seu óstio (2,3). Analisando a área do recesso esfenotmoidal e meato médio, poderemos suspeitar qual o local de origem do tumor caso uma destas áreas

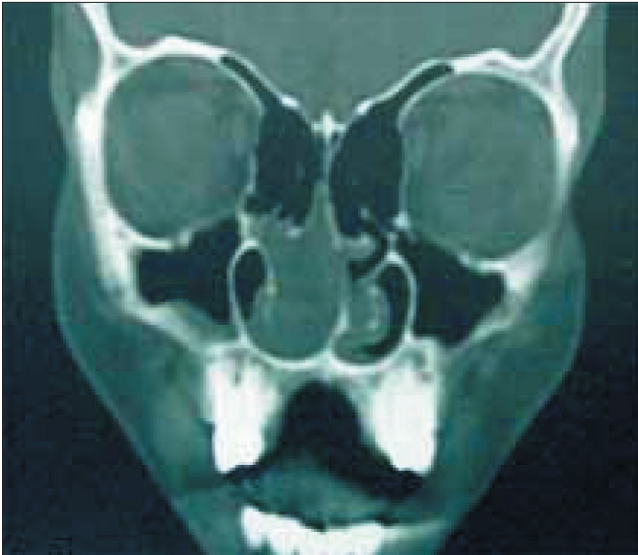


Figura 3. T.C. (coronal): Velamento homogêneo em fossa nasal direita.

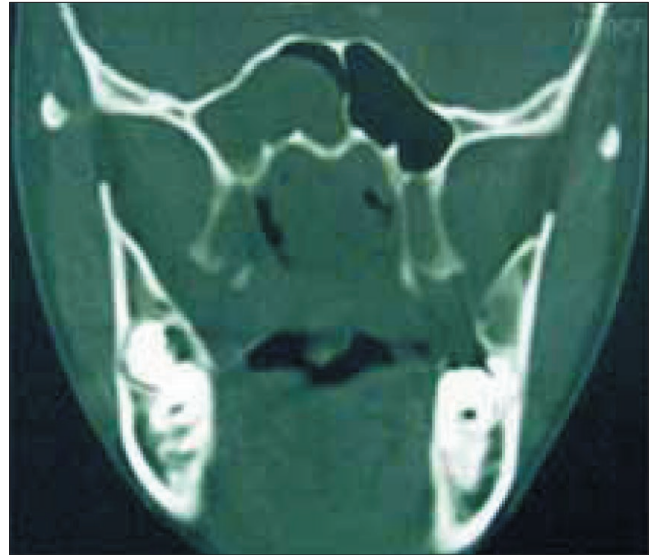


Figura 4. T.C. (coronal): Velamento homogêneo em seio esfenóide direito e em rinofaringe

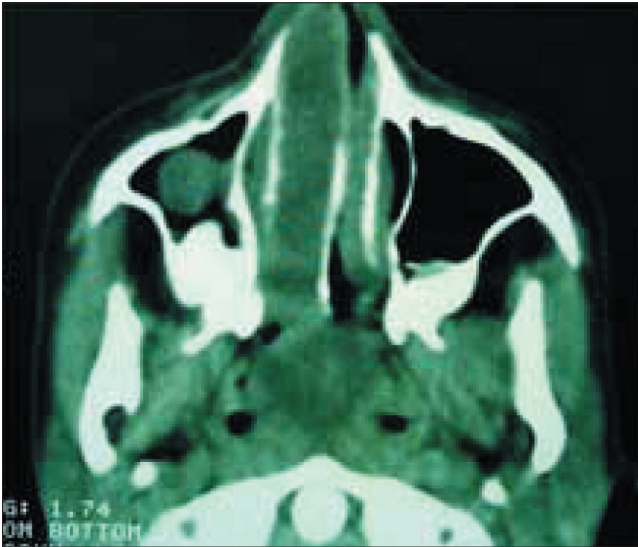


Figura 5. T.C. (axial): Velamento homogêneo em rinofaringe e em fossa nasal direita. Presença de cisto em seio maxilar direito.

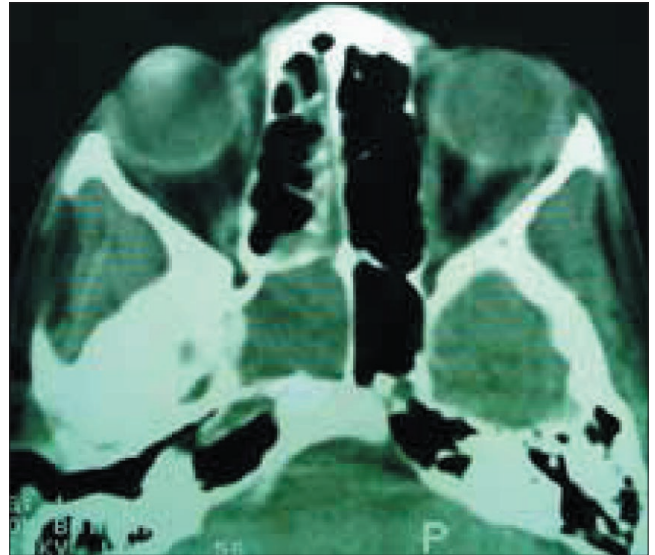


Figura 6. T.C. (axial): Velamento homogêneo em seio esfenóide direito.

esteja ocupada (2,3). E por fim, caso o velamento localize-se lateralmente a concha nasal média, então provavelmente o pólipo é antrocoanal. Se o velamento encontrasse medialmente a concha nasal média, estaremos diante provavelmente de um pólipo esfenocoanal (2,3).

Acreditamos que estes sinais citados analisados em conjunto são de grande ajuda na definição diagnóstica, porém, como relatado por LOPATIN (11), os achados da nasofibrosopia, tomografia computadorizada e ressonância magnética podem não definir o local de implantação do pólipo. Nestes casos, a cirurgia endoscópica funcional dos

seios paranasais será tanto diagnóstica quanto terapêutica (11). Os cortes tomográficos do caso em questão não permitiram observar ampliação do óstio de drenagem do seio esfenóide, além de evidenciar velamento tanto em região lateral quanto medial da concha nasal média direita (Figura 3). Porém como citado anteriormente, não houve dificuldades diagnósticas, uma vez que o esfenóide direito foi o único seio paranasal envolvido (Figuras 3, 4 e 6). A imagem esférica localizada em seio maxilar direito não apresentava continuidade, nos vários cortes tomográficos, com o velamento da fossa nasal correspondente, tratando-se provavelmente de um cisto de seio maxilar (Figura 5).



Figura 7. Peça cirúrgica.

Esta não continuidade foi evidenciada também durante o ato cirúrgico.

O tratamento dos pólipos coanais é cirúrgico. Tosun e cols. (7) relatam que quase cinquenta por cento dos pólipos esfenocoanais citados na literatura ocorreram em crianças, de modo que abordagens cirúrgicas mais agressivas (Caldwel-Luc, por exemplo) devem ser evitadas, uma vez que podem causar assimetrias faciais já que estes pacientes estão em período de crescimento. A abordagem endoscópica dos pólipos coanais tem sido cada vez mais utilizada (11) uma vez que é efetiva e menos agressiva que as abordagens externas. Lopatin além de confirmar a efetividade do procedimento endoscópico, cita que, contrariando o conceito básico da cirurgia endoscópica funcional dos seios paranasais (em que a mucosa doente não é manipulada uma vez que a melhora da drenagem e aeração dos seios paranasais tendem a restabelecer a mucosa normal de revestimento destes seios), no caso de pólipos coanais este conceito não se aplica. Ele recomenda a retirada desta mucosa doente uma vez que sua presença, segundo o mesmo, poderá decorrer em recidivas. No presente caso, durante a intervenção cirúrgica, foram retiradas a implantação do pólipo, além da mucosa doente adjacente a esta implantação visando diminuir as chances de recidivas.

CONCLUSÕES

Na abordagem de obstruções nasais unilaterais progressivas em crianças e adultos jovens, os pólipos coanais fazem parte dos diagnósticos a serem considerados. Apesar de o pólipo antrocoanal ser o tipo mais comum, o surgimento em outros seios paranasais é possível e deve ser lembrado. No caso do seio esfenoidal, é importante ainda fazer o diagnóstico diferencial com outras massas dessa região.

O tratamento dos pólipos coanais é cirúrgico. A abordagem endoscópica no tratamento destes pólipos tem sido cada vez mais utilizada, sendo também diagnóstica naqueles casos em que os exames de imagem foram inconclusivos na diferenciação entre os pólipos antrocoanal e esfenocoanal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dadas B, Yilmaz O, Vural C, Calis AB, Turgut S. Choanal polyp of sphenoidal origin. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2000;257:379-381.
2. Weissman JL, Tabor EK, Curtin HD. Sphenchoanal Polyps: Evaluation with CT and MR Imaging. *Radiology.* 1991;178:145-148.
3. Soh KBK, Tan KK. Sphenchoanal Polyps in Singapore: Diagnosis and Current Management. *Singapore. Méd. J.* 2000;41(4):184-187.
4. Vangehuchten S, Bisschop P, Jortay A, Verbeurgt L. Diagnostic différentiel des masses du cavum chez l'adolescent. A propos d'un cas de polype antrochoanal. *Acta Otorhinolaryngol. Belg.* 1993;47:423-427.
5. Berg O, Carenfelt C, Silfversward C, Sobin A. Origin of the antrochoanal polyp. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1988;114:1270-1271.
6. Crampette L, Mondain M, Rombaux Ph. Sphenchoanal polyp in children. *Diagnosis and Treatment. Rhinology.* 1995;33:43-45.
7. Tosun F, Yetiser S, Akcam T, Özkaptan Y. Sphenchoanal Polyp: endoscopic surgery *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2001;58:87-90.
8. Voegels RL, Miyake MAM. Polipose Nasossinusal. In: Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. *Tratado de Otorrinolaringologia.* 1ª ed. São Paulo: Roca, 2002, vol. 3, p. 88-99.
9. Cook PR, Davis WB, McDonald R, McKinsey JP. Antrochoanal polyps: a review of 33 cases (see comments). *Ear Nose Throat J.* 1993;72:401-402. 404-410.
10. Min YG, Chung JW, Shin JS, Chi JG. Histologic structure of antrochoanal polyps. *Acta Otolaryngol.* 1995;115:543-547.
11. Lopatin A, Bykova V, Piskunov G. Choanal polyps: One entity, one surgical approach? *Rhinology* 1997;35:79-83.