

Retrospective analysis of 26 cases of inverted nasal papillomas

Análise retrospectiva de 26 casos de papiloma invertido nasal

Ana Maria Almeida de Sousa¹, Alcioni Boldrini Vicenti², José Speck Filho³, Michel Burihan Cahali⁴

Keywords:

nose neoplasms,
papilloma, inverted,
paranasal sinuses.

Palavras-chave:

neoplasias nasais,
papiloma invertido,
seios paranasais.

Abstract

Inverted papilloma (IP) comprises 0.5-4% of benign nasal tumors. The importance is shown by local aggressiveness, a high recurrence rate and the possibility of malignant transformation. The treatment is controversial, but endoscopic approaches tends to be the choice today. **Aim:** To describe clinical, epidemiological and treatment of IP cases in a tertiary hospital. **Methods:** Retrospective study consisting of chart reviews of 26 patients diagnosed with IP; evaluation of tumor location, clinical staging, follow up, tumor recurrence, malignancy, type of surgery and postoperative complications. **Results:** There were 13 men and 13 women, the mean age was 57.8 years. The mean follow up time was 29.4 months; the recurrence rate was 7.6%. There was a preponderance of T3 and T4 tumors and a 3.8% malignancy rate. All patients underwent surgical treatment, mostly endonasal endoscopic surgery. **Conclusion:** IP is an uncommon nasal tumor that originates mainly in the lateral nasal wall, but it also affects the paranasal sinuses. Advances in endoscopic surgery are gaining room due to lower invasiveness and success rates similar to traditional external techniques for completely resecting the tumor. There is a lower recurrence rate, and endoscopy a definitive treatment for malignancy cases in this study.

Resumo

Papiloma invertido (PI) corresponde a 0,5%-4% dos tumores nasais benignos. A importância está na agressividade local, taxa de recorrência elevada e possibilidade de transformação maligna. O tratamento é controverso, encontrando melhor suporte na cirurgia endoscópica. **Objetivo:** Descrever aspectos clínico-epidemiológicos e tratamento dos casos de PI de um hospital terciário. **Casística e Método:** Estudo retrospectivo, realizado por revisão de prontuários de 26 pacientes com diagnóstico de PI nasal, avaliando localização tumoral, estadiamento clínico, tempo de seguimento, recidiva tumoral, malignidade, tipo de cirurgia realizada e complicações pós-operatórias. **Resultado:** Na casuística, havia 13 homens e 13 mulheres, com idade média de 57,8 anos. O tempo médio de seguimento foi de 29,4 meses, com 7,6% de taxa de recidiva. Houve predomínio de tumores T3 e T4 e 3,8% de taxa de malignidade. Todos foram submetidos a tratamento cirúrgico, predominando a cirurgia endoscópica endonasal. **Conclusão:** O PI é um tumor nasal originado principalmente na parede lateral nasal, mas também acomete seios paranasais. Avanços na cirurgia endoscópica vêm ganhando destaque pela menor invasividade e taxas de sucesso semelhantes às técnicas tradicionais externas, permitindo a exérese completa do tumor e proporcionando menor taxa de recidiva e tratamento completo no caso de malignidade.

¹ Médica Otorrinolaringologista, Pós-graduanda em Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE/SP.

² Mestre em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Médico Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE/SP.

³ Médico Otorrinolaringologista e Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Médico Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE/SP.

⁴ Doutor em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Médico Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE/SP.

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo/FMO - IAMSPE/SP

Endereço para correspondência: Ana Maria Almeida de Sousa - Avenida Paulista, 671, apto. 404, Bela Vista. São Paulo-SP. CEP: 01311-100.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 28 de março de 2011. cod. 7668

Artigo aceito em 3 de agosto de 2011.

INTRODUÇÃO

O Papiloma Invertido é um tumor epitelial benigno da mucosa nasal e seios paranasais, que se caracteriza morfofisiologicamente pela invaginação do epitélio em direção ao estroma¹. Sua origem se dá, principalmente, na parede nasal lateral ou no interior do seio maxilar e acomete uma proporção de três homens para uma mulher, principalmente em sua quinta e sexta décadas de vida². Os sítios primários mais comuns de origem do papiloma invertido são a parede lateral nasal (89%), seguida pelo seio maxilar (53,9%), labirinto etmoidal (31,6%), septo nasal (9,9%), seio frontal (6,5%), seio esfenoidal (3,9%)³.

Correspondendo a aproximadamente 0,5%-4% dos tumores nasais primários, o papiloma invertido apresenta importância clínica significativa pelo fato de apresentar agressividade local e taxas de recorrência em torno de 5% a 30%, além de poder estar relacionado à transformação maligna em carcinoma espinocelular em 5%-15% casos⁴⁻⁸. O tumor pode promover um adelgaçamento das paredes ósseas ou mesmo erodir o osso subjacente, podendo se estender à órbita ou à cavidade intracraniana⁸.

Embora raro, esse tumor tem sido amplamente estudado nos últimos 70 anos, desde a sua clássica descrição realizada por Ringertz, em 1938⁹. O motivo de tal interesse se deve às instigantes características descritas, associadas às inúmeras possibilidades de tratamento, ainda bastante controversas. A ressecção incompleta desses tumores está associada às altas taxas de recorrência local e se torna preocupante em vista da possibilidade de transformação maligna deste tumor, justificando a imposição de um tratamento agressivo, de acordo com a sua extensão^{5,9}.

No entanto, o advento e o progressivo aprimoramento da cirurgia endoscópica nasal, com a utilização de óticas com angulações e poder de magnificação cada vez maiores, permitiu uma localização mais precisa do tumor e de sua inserção, proporcionando ressecção completa via endonasal, com taxas de recorrência comparáveis aos acessos externos mais agressivos, tais como a rinotomia lateral e a maxilectomia medial^{5,10}.

O objetivo deste trabalho é descrever os aspectos clínico-epidemiológicos e o tratamento cirúrgico dos casos de papiloma invertido diagnosticados no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, nos últimos 14 anos.

CASUÍSTICA E MÉTODO

O trabalho foi desenvolvido por um estudo de coorte histórica longitudinal (trabalho clínico retrospectivo), por meio da coleta de dados contidos nos prontuários de pacientes que possuíam diagnóstico anatomopatológico de lesão nasal ou de seio paranasal confirmando papiloma invertido realizado pelo serviço entre agosto de 1996 e agosto de 2010.

Os dados foram colhidos com a utilização de questionário padronizado, sendo obtidas informações de gênero, idade ao diagnóstico da doença, ocorrência de tratamento prévio, realização de biópsia previamente ao tratamento cirúrgico, sintomas apresentados na primeira consulta, lateralidade da lesão, topografia nasossinusal do tumor, estágio clínico, abordagem cirúrgica realizada, complicações cirúrgicas e tratamento das mesmas, presença de recorrência ou malignidade e o tempo total de seguimento.

Todos os pacientes foram submetidos à coleta de história clínica completa e ao exame físico otorrinolaringológico geral, seguido de exame nasofibrolaringoscópico, com o uso de fibra flexível de 3,5mm para caracterização da lesão. Utilizou-se como critério de exclusão a perda do seguimento antes da realização de qualquer tratamento cirúrgico ou a inadequação das informações contidas nos prontuários médicos. Todos os pacientes foram submetidos à tomografia computadorizada como exame complementar.

O estágio clínico da doença foi baseado no sistema de estadiamento de Krouse¹¹, amplamente difundido na maioria dos estudos sobre esta patologia e que se encontra representado no Quadro 1.

Quadro 1. Estadiamento de Krouse¹¹.

| Sistema de Estadiamento de Papiloma Invertido | |
|---|---|
| T1 | Tumor totalmente confinado à cavidade nasal, sem extensão para os seios paranasais. O tumor pode ser localizado em uma parede ou região da cavidade nasal, ou pode ser volumoso e extenso dentro da cavidade nasal, mas não deve se estender para os seios ou em qualquer compartimento extranasal. Não deve haver malignidade concomitante |
| T2 | Tumor que envolve o complexo ostiomeatal e etmoidal e/ou a parede medial do seio maxilar, com ou sem envolvimento da cavidade nasal. Não deve haver malignidade concomitante |
| T3 | Tumor envolvendo a parede lateral, inferior, superior, anterior, ou posterior do seio maxilar, seio esfenoidal, e/ou o seio frontal, com ou sem a participação da porção medial do seio maxilar, seios etmoidais, ou cavidade nasal. Não deve haver malignidade concomitante |
| T4 | Todos os tumores com qualquer extensão extranasal/extranasal, envolvendo estruturas adjacentes contíguas, como a órbita, o compartimento intracraniano, ou o espaço pterigomaxilar. Todos os tumores associados com a malignidade |

Para facilitar a categorização, o tratamento cirúrgico foi dividido em ressecção endoscópica endonasal com ou sem técnica complementar (acesso maxilar sublabial), abordagem externa (rinotomia lateral, incisão de Linch ou degloving) e abordagem combinada.

Foi considerada recorrência tumoral sempre que, após ter sido constatada ausência de tumor (à endoscopia e/ou tomografia) em fossas nasais e seios paranasais, houve novamente aparecimento de lesão. Já lesão residual foi considerada aquela que permanecia após o tratamento cirúrgico, sendo necessário um ou vários tratamentos

complementares com intervalo menor que seis meses entre as abordagens.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que foi desenvolvido, sob o número 0135/10.

RESULTADOS

Foram revisados 27 prontuários de pacientes com diagnóstico confirmado por anatomopatológico de papiloma invertido. Um paciente foi excluído do estudo por ter se evadido do serviço após o diagnóstico por biópsia incisional, não realizando qualquer tipo de tratamento. Nenhum paciente foi excluído por insuficiência dos dados registrados em prontuário médico.

Dos 26 casos analisados, 13 eram do gênero feminino e 13 eram do gênero masculino. A média de idade ao diagnóstico foi de 57,8 anos, variando de 38 a 78 anos. Quatro (15,3%) dos 26 pacientes já haviam sido submetidos a tratamentos endonasais em outros serviços por pólipos nasais, porém, esses tratamentos não foram bem definidos. Quinze pacientes (57,6%) possuíam biópsia incisional de papiloma invertido previamente ao tratamento cirúrgico. Os demais foram submetidos à cirurgia para polipose nasal, sendo encontrado papiloma invertido incidentalmente em meio aos pólipos inflamatórios. Todas as biópsias incisionais realizadas foram confirmadas após a remoção da peça cirúrgica.

A queixa clínica mais frequente foi obstrução nasal, sendo apresentada por 92,3% dos pacientes. Esta e as demais queixas são apresentadas no Gráfico 1. Foram apresentadas, por três pacientes, queixas diversas, classificadas como outras no gráfico: um com hipoacusia, um com proptose e um com edema de face.

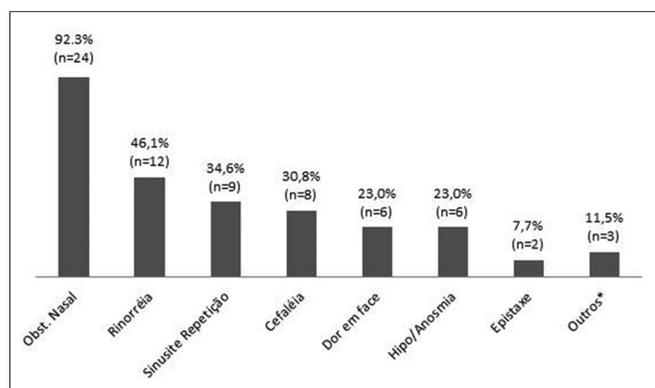


Gráfico 1. Queixas Clínicas.

Quanto à lateralidade do tumor, três (11,5%) pacientes apresentavam o tumor bilateralmente, 10 (38,5%) apenas à esquerda e 13 (50%) apenas à direita. Quanto ao seio paranasal acometido, 88,5% dos pacientes apresentavam tumor comprometendo a parede lateral nasal,

53,8% possuíam comprometimento do seio maxilar, 50% tinham comprometimento do labirinto etmoidal, 23% com acometimento do seio esfenoidal e 11,5% apresentavam tumor em seio frontal. O acometimento isolado do seio esfenoidal ocorreu em um caso. O acometimento de rinofaringe foi visto em 23% casos. O Gráfico 2 resume o estadiamento encontrado desses tumores, de acordo com Krouse. Um paciente (4%) apresentou-se com degeneração do tumor em carcinoma espinocelular.

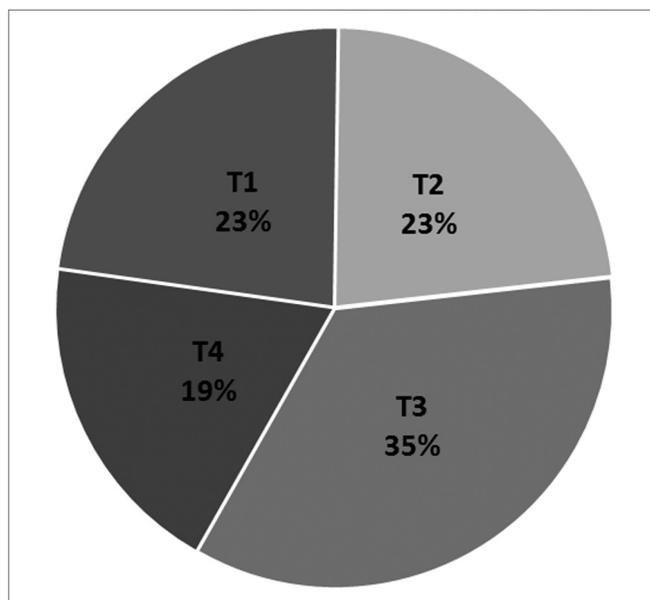


Gráfico 2. Estadiamento Clínico Tumoral.

Quanto à abordagem cirúrgica realizada, 17 pacientes (65,4%) foram submetidos à ressecção endonasal endoscópica, sendo seis desses indivíduos submetidos a acesso maxilar sublabial complementar. Cinco pacientes (19,2%) foram submetidos apenas a acesso externo e os quatro pacientes restantes (15,4%) foram submetidos à abordagem combinada para exérese do tumor. Não houve relação entre o estadiamento do tumor e o tipo de cirurgia realizada e nem entre o tipo de cirurgia e a recorrência tumoral ou a presença de tumor residual.

A complicação pós-operatória mais encontrada foi epífora, ocorrida em quatro pacientes. Houve, também, presença pós-operatória de sinusite em um paciente e de diplopia transitória também em apenas um paciente. Dois pacientes com epífora obtiveram resolução espontânea do problema, um foi tratado com dacriocistorrinostomia endoscópica e uma encontra-se em pré-operatório para a realização de dacriocistorrinostomia. A sinusite foi tratada com antibioticoterapia, com resolução.

O tempo médio de seguimento foi de 29,4 meses, com intervalo variando de um a 132 meses. Houve recorrência tumoral, aos nove e aos 60 meses pós-operatórios, em dois pacientes (7,6%), ambos estadiados previamente

à primeira abordagem cirúrgica como T3. Ambos foram tratados com técnica endoscópica endonasal complementar, com resolução do quadro. Cinco pacientes apresentaram tumor residual após o primeiro procedimento. Um deles, classificado inicialmente como T2, está sob conduta expectante com retornos bimestrais, devido à recusa por nova cirurgia. Dois outros, ambos classificados como T3, estão aguardando exames de imagem para novo procedimento. Os outros dois, estadiados como T3 e T4, foram submetidos a tratamento complementar para retirada total da lesão com resolução, por acesso maxilar sublabial e cirurgia endoscópica endonasal, respectivamente.

DISCUSSÃO

A casuística atendida em nosso serviço mostrou-se semelhante à dos trabalhos analisados no que diz respeito à idade de acometimento em torno da quinta e sexta década de vida, dado constatado pela média de idade de 57,8 anos dos pacientes acometidos. No entanto, isso não se repetiu na análise do gênero, sendo encontrada uma relação de um homem para cada mulher acometida, ao contrário da literatura, que demonstra uma frequência três vezes maior em homens.

A biópsia incisional realizada em 57,6% dos pacientes, confirmando que o diagnóstico prévio ao tratamento cirúrgico mostrou-se útil para o melhor planejamento da cirurgia. Dados na literatura mostram que o valor preditivo positivo, o valor preditivo negativo, a sensibilidade e a especificidade deste tipo de biópsia são de 87,6%, 94,2%, 78,2% e 96,2%, respectivamente, para o diagnóstico de papiloma invertido por biópsia incisional¹². Esse mesmo estudo mostra que dados tomográficos associados à biópsia apresentam elevada acurácia para o diagnóstico precoce desta doença. É importante destacar, também, o papel do estudo histopatológico da peça cirúrgica, visto que 42,4% pacientes apresentaram o diagnóstico apenas no pós-operatório. O diagnóstico de papiloma invertido pode ocorrer em até 0,92% dos casos de polipose nasal bilateral extensa¹³, além de poder ser encontrado em pólipos unilaterais com aspecto morfológico inflamatório¹⁴, o que justifica o envio de todo material obtido em cirurgia endoscópica endonasal para realização de exame anatomopatológico, rotina em nosso serviço.

Quanto ao local do acometimento, a parede lateral foi o local mais prevalente, confirmando dados da literatura, embora alguns trabalhos mostrem acometimento maior em seio etmoidal do que em seio maxilar e, em outros, maior prevalência de acometimento do seio frontal do que em seio esfenoidal, o que divergiu dos resultados por nós encontrados^{3,8,15}. No entanto, pela insuficiência de detalhes, principalmente tomográficos, é possível que muitos casos classificados como parede lateral sejam, na realidade, de seio etmoidal, o que traz um viés na análise deste dado.

A maioria dos casos foram estadiados como T3, justificando as abordagens cirúrgicas combinando cirurgia endonasal com abordagem sublabial para a ressecção completa do tumor em seio maxilar. Os tumores T4 foram assim classificados devido à presença em rinofaringe, na maioria dos casos, e em apenas um pela presença de malignidade. O tipo de cirurgia a ser adotada em caso não dependeu do local de acometimento, mas da extensão do tumor e do julgamento do cirurgião.

A indicação de técnica endoscópica foi intensificada ao longo dos anos e tumores cada vez maiores foram retirados com sucesso com o uso desta técnica. Nos últimos anos, passamos a indicar procedimentos por abordagem externa apenas em casos excepcionais e mesmo assim muitas vezes combinados com técnica endoscópica. Com sucesso, manteve-se a mesma taxa de recorrência e tumor residual quando comparamos técnica externa com técnica endoscópica, o que nos leva a empregar esta última com bastante segurança para ressecção completa desses tumores. Abordagens cirúrgicas endoscópicas mais extensas destacam-se como permissoras deste tratamento, como a nasalização esfenoidal endoscópica, descrita por Soler et al.¹⁶, que foi adotada em um de nossos pacientes como técnica complementar após detecção de tumor residual em esfenóide.

É importante, também, lembrar que recidiva tumoral foi encontrada após 60 meses do primeiro tratamento, o que torna o seguimento destes pacientes um fator determinante para a detecção precoce de recidivas em uma fase mais inicial, o que implica menores dificuldades em reabordagens de sítios cirúrgicos anteriormente operados.

CONCLUSÃO

O papiloma invertido é uma neoplasia nasal benigna que tem sua importância clínica atribuída à agressividade local, recorrência elevada e possibilidade de transformação maligna.

Os dados clínicos dos pacientes atendidos em nosso serviço estão condizentes com a maioria dos dados obtidos na revisão da literatura.

Apesar da presença de tumores em estágio 3 e 4 de Krouse, as abordagens endoscópicas predominaram, sendo utilizadas mesmo para tumores mais extensos, o que coloca a experiência de cada cirurgião como fator determinante para a escolha do tipo de cirurgia a ser realizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hyams VJ. Papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. A clinicopathological study of 315 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1971;80(2):192-206.
2. Von Buchwald C, Bradley PJ. Risk of malignancy in inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;15(2):95-8.

-
3. Melroy CT, Senior BA. Benign sinonasal neoplasms: a focus on inverting papilloma. *Otolaryngol Clin North Am.* 2006;39(3):601-17.
 4. Lane AP, Bolger WE. Endoscopic management of inverted papilloma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;14(1):14-8.
 5. Wolmard PJ, Ooi E, van Hasselt CA, Nair S. Endoscopic removal of sinonasal inverted papilloma including endoscopic medial maxillectomy. *Laryngoscope.* 2003;113(5):867-73.
 6. Lampertico P, Russel WO, MacComb WS. Squamous papilloma of upper respiratory epithelium. *Arch Pathol Lab Med.* 1963;75:293-302.
 7. Phillips PP, Gustafson RO, Facer GW. The clinical behavior of inverting papilloma of the nose and paranasal sinuses: report of 112 cases and review of the literature. *Laryngoscope.* 1990;100(5):463-9.
 8. Busquets JM, Hwang PH. Endoscopic resection of sinonasal inverted papilloma: a meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;134(3):476-82.
 9. Ringertz N. Pathology of malignant tumors arising in the nasal and paranasal cavities and maxilla. *Acta Otolaryngol Suppl (Stockh).* 1938;27(Suppl):31-42.
 10. Wolfe SG, Schlosser RJ, Bolger WE, Lanza DC, Kennedy DW. Endoscopic and endoscope-assisted resections of inverted sinonasal papillomas. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;131(3):174-9.
 11. Krouse JH. Development of a staging system for inverted papilloma. *Laryngoscope.* 2000;110(6):965-8.
 12. Han MW, Lee BJ, Jang YJ, Chung YS. Clinical value of office-based endoscopic incisional biopsy in diagnosis of nasal cavity masses. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;143(3):341-7.
 13. Garavello W, Gaini RM. Incidence of inverted papilloma in recurrent nasal polyposis. *Laryngoscope.* 2006;116(2):221-3.
 14. Garavello W, Gaini RM. Histopathology of routine nasal polypectomy specimens: a review of 2,147 cases. *Laryngoscope.* 2005;115(10):1866-8.
 15. Lawson W, Kaufman MR, Biller HF. Treatment outcomes in the management of inverted papilloma: an analysis of 160 cases. *Laryngoscope.* 2003;113(9):1548-56.
 16. Soler ZM, Sindwani R, Metson R. Endoscopic sphenoid nasalization for the treatment of advanced sphenoid disease. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;143(3):456-8.