

Acesso Endoscópico para Tratamento do Papiloma Nasossinusal: Um Estudo Clínico Retrospectivo

Endoscopic Treatment of Sinonasal Papilloma: A Retrospective Clinical Study

Luana Alves de Souza**, *Raquel Crisóstomo Lima Verde, *Marcus Miranda Lessa****,
*Helio Andrade Lessa*****, *Clara Mônica Figueiredo de Lima******.**

* Médica Residente do 2º Ano de Otorrinolaringologia.

** Médica Residente de Otorrinolaringologia pelo Hospital Universitário Professor Edgard Santos UFBA - 3º Ano.

*** Doutor, Médico Otorrinolaringologista. Pesquisador Associado do Serviço de Otorrinolaringologia e Imunologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos UFBA.

**** Doutor, Médico Otorrinolaringologista. Professor e Chefe do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos.

***** Médica Otorrinolaringologista. Fellow do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos UFBA.

Instituição: Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia.
Salvador / BA – Brasil.

Endereço para correspondência: Luana Alves de Souza – Rua Dr. Clemente Ferreira, 139, Apto. 101 – Canela – Salvador / BA – Brasil – CEP: 40110-200 – Telefone: (+55 71) 9606-2333 – E-mail: lua_goias@hotmail.com

Artigo recebido em 14 de Fevereiro de 2010. Artigo aprovado em 11 de Julho de 2010.

RESUMO

Introdução: Papiloma nasossinusal é um tumor benigno com origem no epitélio schneideriano da parede nasal lateral. Sua incidência é rara e de acordo com a literatura responde por 0,5 a 4% de todos os tumores nasais.

Objetivo: Reportar a experiência da nossa instituição no tratamento do papiloma nasossinusal invertido utilizando acesso endoscópico e comparar os resultados obtidos com os relatos da literatura.

Método: Estudo retrospectivo de todos os pacientes com papiloma nasossinusal que realizaram tratamento cirúrgico puramente endoscópico no ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no período de janeiro de 2004 a maio de 2010.

Resultados: Um total de 12 pacientes foi incluído neste estudo. O seguimento médio foi de 23 meses. Houve 1 caso de recidiva. Não ocorreu transformação maligna nestes casos.

Conclusão: O tratamento do papiloma nasossinusal tem sido amplamente beneficiado com o avanço das técnicas endoscópicas, com taxas de recorrência equivalentes àquelas reportadas por acesso externo. Exames de imagem são fundamentais no planejamento pré-operatório e na decisão da técnica cirúrgica. Um seguimento regular e de longo prazo é essencial para um bom acompanhamento da evolução desta patologia.

Palavras-chave: papiloma invertido, seios paranasais, doenças dos seios paranasais.

SUMMARY

Introduction: Sinonasal Papilloma is a benign tumor originating from the epithelium schneiderian lateral nasal wall. Its incidence is rare and according to literature accounts for 0.5 to 4% of all nasal tumors.

Objective: To report our institution's experience in the treatment of sinonasal inverted papilloma using endoscopic approach and compare the results with the literature.

Methods: A retrospective study of all patients with sinonasal papillomas who underwent a purely endoscopic surgery in the Otorhinolaryngology, Hospital das Clinicas, Federal University of Bahia (UFBA), from January 2004 to May 2010.

Results: A total of 12 patients were included in this study. The median follow-up was 23 months. There was one case of recurrence. Malignant transformation has not occurred in these cases.

Conclusion: The treatment of sinonasal papilloma has been largely benefited from the advances in endoscopic techniques, with recurrence rates equivalent to those reported for external access. Imaging exams are essential in preoperative planning and the decision of surgical technique. A regular follow-up and long term is essential for a good monitoring of the evolution of this pathology.

Keywords: inverted papilloma, paranasal sinuses, paranasal sinus diseases.

INTRODUÇÃO

Papiloma nasossinusal é um tumor benigno com origem no epitélio schneideriano da parede nasal lateral. Sua incidência é rara e de acordo com a literatura responde por 0,5 a 4% de todos os tumores nasais. Em 1991, a Organização Mundial da Saúde, publicou uma classificação dos papilomas nasais que os dividem em três tipos histopatológicos: papiloma invertido, papiloma exofítico (ou fungiforme) e papiloma de células colunares ou cilíndricas (1). O papiloma invertido é o mais comum destes, com cerca de 70% dos casos.

A etiopatogenia permanece obscura apesar da existência de suspeitas de fatores como alergia, infecções crônicas, fatores ambientais e exposição ao tabaco. A possibilidade viral originada pelo HPV (Human Papillomavirus) tem sido reportada por alguns autores, mas os resultados permanecem inconclusivos (2).

Apesar dos seus fatores histológicos benignos, este tumor é conhecido por ser agressivo com erosão óssea local e extensão paranasal. Possui alto risco de recorrência e seu índice de transformação maligna varia de 0 a 9% (3, 4);

A conduta para o papiloma nasossinusal permanece controversa. O acesso externo através de rinotomia lateral, descrito por MOURE em 1902, é tido como o padrão "ouro" para o tratamento. Com as recentes melhorias nas técnicas endoscópicas, a ressecção endonasal vem sido citada por diversos autores como uma alternativa cirúrgica, devido a sua equivalente taxa de sucesso e menor morbimortalidade que o acesso externo (5, 6).

O objetivo deste estudo foi reportar a experiência da nossa instituição no tratamento do papiloma nasossinusal invertido utilizando acesso endoscópico e comparar os resultados obtidos com os relatos da literatura.

MÉTODO

Foi realizado uma revisão dos prontuários de todos os pacientes com diagnóstico de papiloma nasossinusal tratados no ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no período de janeiro 2004 a maio de 2010. O tempo de acompanhamento variou de 12 meses a 5 anos. Para aumentar a confiabilidade deste estudo, todos os dados foram coletados pelo mesmo autor.

Foram incluídos pacientes com endoscopia nasal evidenciando tumoração nasal unilateral; diagnóstico histológico de papiloma nasossinusal (peça cirúrgica);

Tabela 1. Classificação de Krouse.

T1	Tumor limitado somente à cavidade nasal
T2	Tumor limitado ao seio etmoidal e porções medial e superior do seio maxilar
T3	Tumor envolve porções lateral ou inferior do maxilar ou frontal ou esfenoidal
T4	Tumor além dos limites do nariz e seios paranasais ou doença maligna

ressecção completa da tumoração por cirurgia endoscópica nasossinusal e acompanhamento ambulatorial mínimo de 12 meses de evolução pós-operatória.

Sendo excluídos pacientes com idade menor do que 18 anos; história de cirurgia nasossinusal prévia; tomografia computadorizada com sinais sugestivos de malignidade associada (destruição óssea com invasão de estruturas adjacentes como o SNC e a órbita).

Foi avaliado neste estudo, o sexo do paciente, a origem da lesão, lado do tumor, presença de recorrência, associação de malignidade e tratamento realizado.

Todos os pacientes foram classificados conforme o critério proposto por KROUSE (7) para papiloma nasossinusal (Tabela 1).

O tratamento dos pacientes foi sempre cirúrgico, objetivando a remoção completa da massa e do periósteo na região da inserção tumoral. Todos os pacientes foram alertados da possibilidade de utilização de um acesso externo adjunto dependendo da gravidade e local da lesão.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

RESULTADOS

Este estudo incluiu 12 pacientes com diagnóstico histopatológico de papiloma invertido. Houve prevalência do sexo masculino com proporção de 2:1 (Figura 1) e a idade média dos pacientes foi de 51,25 anos (variando de 29 a 73 anos). A incidência no lado esquerdo foi de 66,6% dos casos (8 pacientes) e no lado direito, 33,3% (4 casos). O acompanhamento pós-operatório variou de 12 a 60 meses com média de 23 meses. O sítio de origem mais comum da lesão foi o seio maxilar com 6 casos representando 50% do total (Tabela 2).

Considerando a tomografia computadorizada pré-operatória, e baseada na classificação proposta por Krouse, o grupo T1 continha quatro pacientes (33,4%), o grupo T2 cinco pacientes (41,6%) e o grupo T3, 3 pacientes (25%).

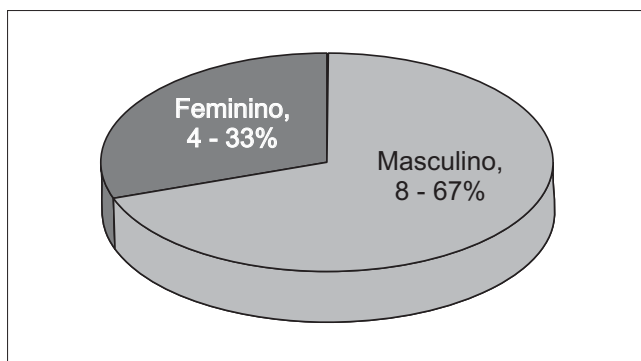


Figura 1. Sexo dos pacientes.

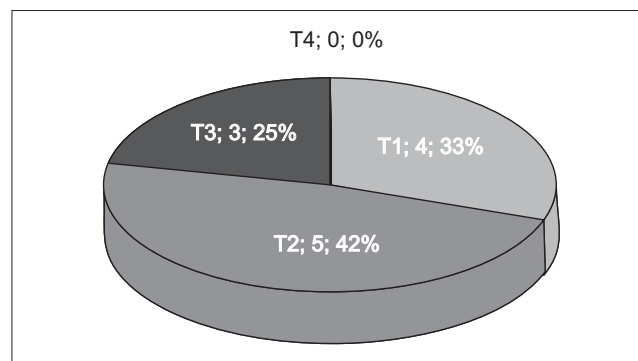


Figura 2. Estadiamento do tumor.

Tabela 2. Sítio de origem da lesão nasal.

Origem da lesão	Nº Paciente	%
Seio maxilar	6	50%
Parede nasal lateral	2	16,4%
Seio etmoidal	1	8,4%
Concha superior	1	8,4%
Concha inferior	1	8,4%
Teto da fossa nasal	1	8,4%

Não houve nenhum paciente enquadrado no grupo T4 (Figura 2).

Houve apenas um caso de recidiva (8,3%), sendo este 12 meses após o procedimento cirúrgico. Não houve transformação maligna nos pacientes avaliados.

DISCUSSÃO

A incidência do papiloma nasossinusal é maior no sexo masculino e ocorre geralmente entre a 5ª e 6ª décadas de vida (8), fato confirmado no nosso estudo. A literatura afirma que o tumor é geralmente unilateral, como neste estudo, e sem preponderância por lado esquerdo ou direito.

O sistema de estadiamento proposto por KROUSE (7) é comumente usado pois correlaciona o prognóstico do papiloma nasossinusal com sua dificuldade de tratamento. Essa classificação por sua vez, é limitada ao fato de que sobrepõe à presença de transformação maligna à extensão do tumor. A avaliação pré-operatória da extensão e local do tumor é extremamente importante para um bom planejamento do acesso cirúrgico a ser escolhido. Essa avaliação geralmente consiste de exames endoscópico e de imagem. O exame endoscópico permite ao examinador evidenciar o local da lesão e a presença de outras patologias como polipose e rinosinusite. A tomografia computadorizada deve ser sempre realizada, pois avalia bem as estruturas anatômicas e erosões ósseas adjacentes (10). Todavia, pode superestimar a extensão da doença por falta

de diferenciação entre áreas tumorais e inflamatórias ou secreção retida. A ressonância nuclear magnética consegue fazer esta diferenciação, porém tem alto custo e não diferencia papiloma de tumor maligno. Nesta série de 12 pacientes, foram combinados o exame endoscópico e a tomografia computadorizada.

O objetivo principal do tratamento cirúrgico é a completa remoção da lesão sobre controle visual direto com mínima morbidade. A cirurgia através de acesso endoscópico foi inicialmente utilizada para o tratamento de pequenas lesões, entretanto, com o avanço da técnica, os critérios para sua utilização vêm se expandindo. Vários autores têm defendido o tratamento por acesso endoscópico na literatura recente e têm atingido taxas de recorrência comparáveis ao tratamento via acesso externo. BUSQUETS e HWANG (11) realizaram uma meta-análise para comparar taxas de recorrência em pacientes tratados via acesso endoscópico ou acesso externo. O grupo coorte consistia de 1060 pacientes, dos quais 714 foram tratados endoscopicamente e 346 via não-endoscópica. Os autores encontraram uma taxa de recorrência menor (12%) no primeiro grupo quando comparado ao segundo grupo (19%).

LAWSON et al, em uma análise de 40 casos, encontraram uma recorrência de 5,8% em 17 pacientes tratados com acesso puramente endoscópico e 17% em 23 pacientes tratados com acesso combinado (14).

MORTUAIRE et al encontrou uma recorrência de 15,8% nos pacientes que realizaram acesso externo; 17,6% nos puramente endoscópicos e 8,3% com acesso combinado.

No nosso estudo, a taxa de recorrência nos pacientes tratados via acesso puramente endoscópico foi equivalente às publicações atuais. Na nossa experiência esta taxa de sucesso se deve ao cuidado da equipe em conseguir visualização e ressecção total da inserção do tumor e do periósteo. Em nossa casuística apenas uma paciente apresentou recidiva, que ocorreu após doze meses, sendo esta em localização diferente da original. A mesma foi submetida a novo procedimento

cirúrgico via endoscópica e está há mais de dois anos sem sinais de recidiva da doença. Na literatura podemos encontrar casos de recorrência com até 56 meses (12) o que demonstra a importância de um acompanhamento endoscópico prolongado no pós-operatório para um diagnóstico e intervenção precoce das recidivas.

Uma grande discussão ainda permanece sobre a escolha do acesso adequado para tratamento de cada tipo de papiloma nasossinusal. Não existe consenso entre os autores que defina valores exatos para a escolha do acesso cirúrgico. O que se observa nos estudos é uma tendência ao acesso endoscópico nos estágios iniciais de KROUSE e acesso combinado nos estágios mais avançados ou nas recidivas. Deve ser levado em consideração a avaliação clínica e tomográfica pré-operatórias e a experiência do cirurgião. Como por exemplo, lesões confinadas à fossa nasal são predominantemente tratadas via acesso endoscópico, entretanto, extensões no seio paranasal às vezes precisam de procedimentos combinados como CALDWELL LUC, rinotomia lateral, degloving médio-facial, flap osteoplástico e outros.

Várias vantagens têm sido reportadas quando se compara a técnica puramente endoscópica com as técnicas de acesso externo. Dentre estas vantagens podemos citar: menor tempo cirúrgico, menor sangramento, menor tempo de hospitalização, ausência de cicatrizes, preservação das estruturas anatômicas, etc (13).

A taxa de transformação maligna varia na literatura de 0 a 9%, sendo coerente com os nossos resultados.

CONCLUSÃO

O tratamento do papiloma invertido nasossinusal tem sido amplamente beneficiado com o avanço das técnicas endoscópicas, com taxas de recorrência equivalentes às aquelas reportadas por acesso externo. Exames de imagem são fundamentais no planejamento pré-operatório e decisão da técnica cirúrgica. A chave para o sucesso deste tratamento é a meticulosa identificação e remoção da lesão em seu sítio de inserção. Um acesso externo combinado, porém, é necessário dependendo da extensão da lesão, do seu local de inserção e em casos de transformação maligna. Um seguimento regular e de longo prazo é essencial para um bom acompanhamento da evolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mackle T, Chambon G, Garrel R, Meieff M, Crampette L. Endoscopic treatment of sinonasal papilloma: a 12 year review. *Acta Oto-Laryngologica*. 2008, 128:670-674.
- Buchwald C, Larsen AS. Endoscopic surgery of inverted papillomas under image guidance, a prospective study of 42 consecutive cases at a Danish university clinic. *Otolaryngol Head and Neck Surg*. 2005, 132(4):602-607.
- Lawson W, Ho BT, Shaari CM, Biller HF. Inverted papilloma: a report of 112 cases. *Laryngoscope* 1995, 105:282-8.
- Katori H, Tsukuda M. Staging of surgical approach of sinonasal inverted papilloma. *Auris Nasus Larynx*. 2005, 32:257-63.
- Yiotakis J, Hantzakos A, Kandiloros D, et al. A rare location of bilateral inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. *Rhinology*. 2002; 40:220-222.
- Krouse JH. Endoscopic treatment of inverted papilloma: safety and efficacy. *Am J Otolaryngol*. 2001, 22:87-99.
- Krouse JH. Development of staging system for inverted papilloma. *Laryngoscope*. 2000, 110:965-968.
- Mendenhall WM, Hinerman RW, Malyapa RS. Inverted Papilloma of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses. *Am J Clin Oncol*. 2007, 30:560-563.
- Kraft M, Simmen D, Kaufmann T, Holzmann D. Long-term results of endonasal sinus surgery in sinonasal papillomas. *Laryngoscope*. 2003, 113:1541-7.
- Sachs ME, Conley J, Rabuzzi DD, Blaugrund S, Price J. Degloving approach for total excision of inverted papillomas. *Laryngoscope*. 1984, 94:1595-8.
- Busquets JM, Hwang PH. Endoscopic resection of sinonasal inverted papiloma: a meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006, 134:476-482.
- Schlosser RJ, Mason JC, Gross CW. Aggressive endoscopic resection of inverted papilloma: an update. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001, 125:49-53.
- Sautter NB, Cannady SB, Citardi MJ. Comparison of open versus endoscopic resection of inverted papilloma. *Am J Rhinol*. 2007, 21:320-323.
- Lawson W, Patel ZM. The evolution of management for inverted papilloma: An analysis of 200 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009, 140, 330-335.
- Durucu C, Baglam T, Karatas E, Mumbuc S, Kanlikama M. Surgical treatment of inverted papilloma. *J Craniofac Surg*. 2009, 20:1985-1988.