

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Hospital Walter Cantídio
Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço



DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
DOS TUMORES NASAIS
E PARANASAIS

Selinaldo Amorim Bezerra
Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Fortaleza Ceará
Agosto - 2010

INTRODUÇÃO

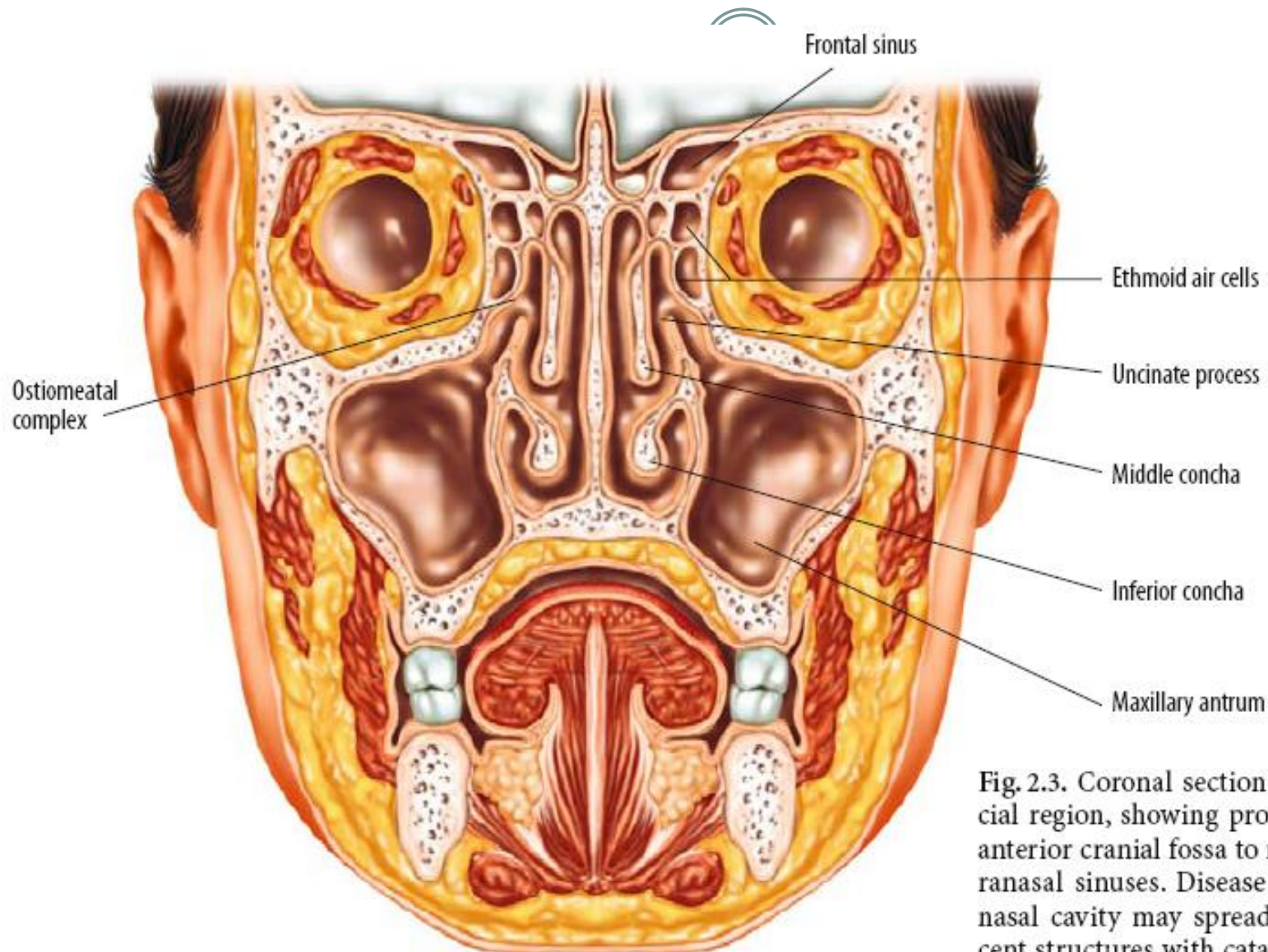


Fig. 2.3. Coronal section through maxillofacial region, showing proximity of orbit and anterior cranial fossa to nasal cavity and paranasal sinuses. Disease of the sinuses and nasal cavity may spread directly into adjacent structures with catastrophic results

INTRODUÇÃO



- Tumores raros
 - 1% de todos os tumores
 - 3% de tumores do Trato Respiratório Superior
- Homem x mulher (2:1)
- Idade: 50 a 70 anos
- Maioria: Carcinoma Escamoso
- Se originam de
 - Seio maxilar
 - Fossas nasais
 - Seio etmoidal
 - Outros sítios

INTRODUÇÃO



- Raça branca
- Diagnóstico difícil
- Difícil tratamento
- Doença avançada ao diagnóstico
- Disseminação hematogênica é rara
- Metástase linfonodal é rara
- Tipo histológico = mais importante fator prognóstico

FATORES DE RISCO



- Exposição a toxinas (níquel, cromo, gás mostarda, hidrocarbonetos)
- Fuligem
- Couro
- Óleo isopropílico
- Formaldeído
- HPV
- Radiação
- Tabaco?
- Marcenaria

Tumores benignos



- Papiloma invertido*
- Papiloma queratótico
- Papiloma cilíndrico
- Papiloma fungiforme
- Adenoma
- Fibroma
- Condroma*
- Osteoma
- Nasoangiofibroma



TUMORES EPITELIAIS



- Carcinoma epidermóide
- Adenocarcinoma
- Carcinoma adenocístico
- Carcinoma mucoepidermóide
- Melanoma
- Neuroblastoma olfatório
(estesioneuroblastoma)
- Carcinoma sinonasal indiferenciado

DIAGNÓSTICO



- Exame físico e exame endoscópico
- Exames de imagem
- Sinais e sintomas
 - Obstrução nasal
 - Dor
 - Edema/tumoração de palato e gengiva
 - Rinorréia
 - Epistaxe
 - Sinusite
 - Perda de dentes

DIAGNÓSTICO



- Diplopia
- Proptose
- Diminuição da acuidade visual
- Restrição do movimento ocular
- Epífora
- Trismo
- Massa cervical
- Déficit de par craniano

DIAGNÓSTICO



- Invasão da fossa infratemporal
- Edema de zigoma
- Parestesia do nervo infraorbital
- Cefaléia
- Fístula liquórica
- Déficit neurológico

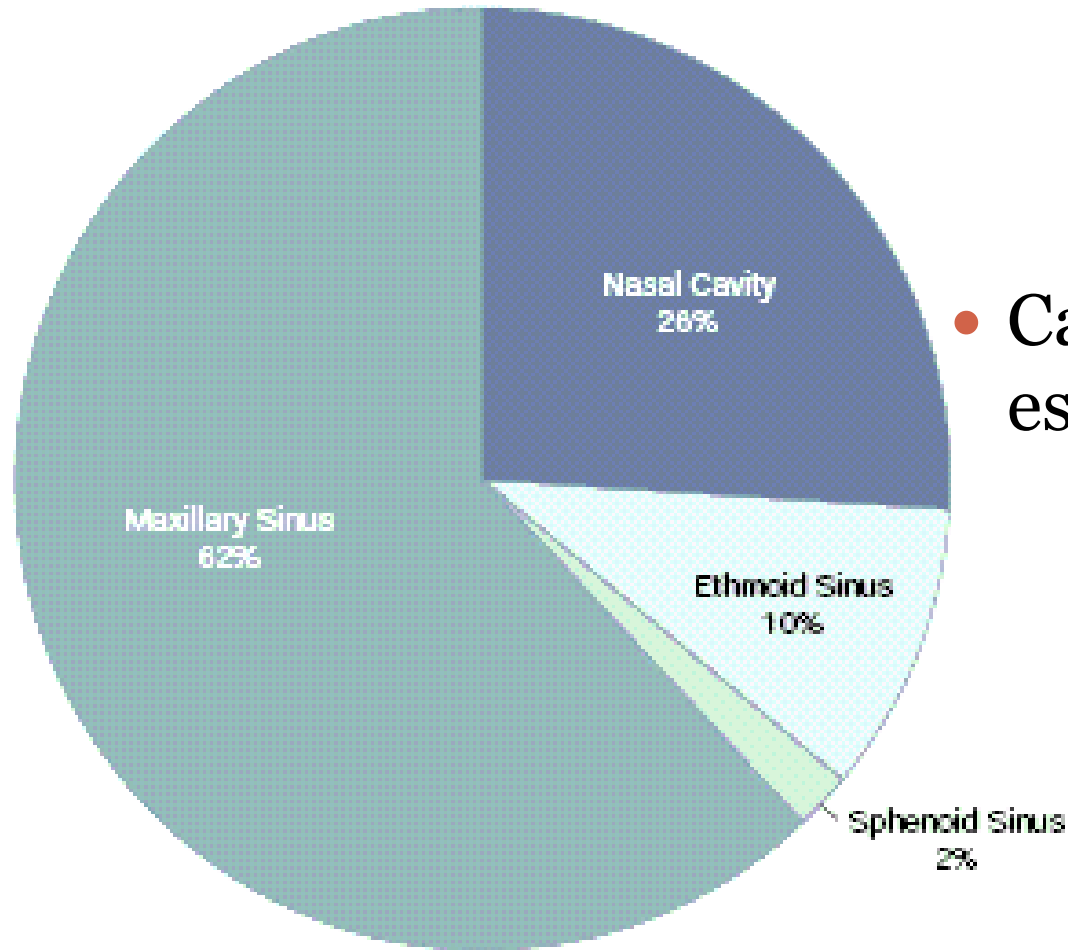
→ **BIÓPSIA** ←

CARCINOMA EPIDERMÓIDE

- Tumor mais comum
- 50 a 60 anos
- Relação com o níquel
- Baixa frequência de metástases regionais

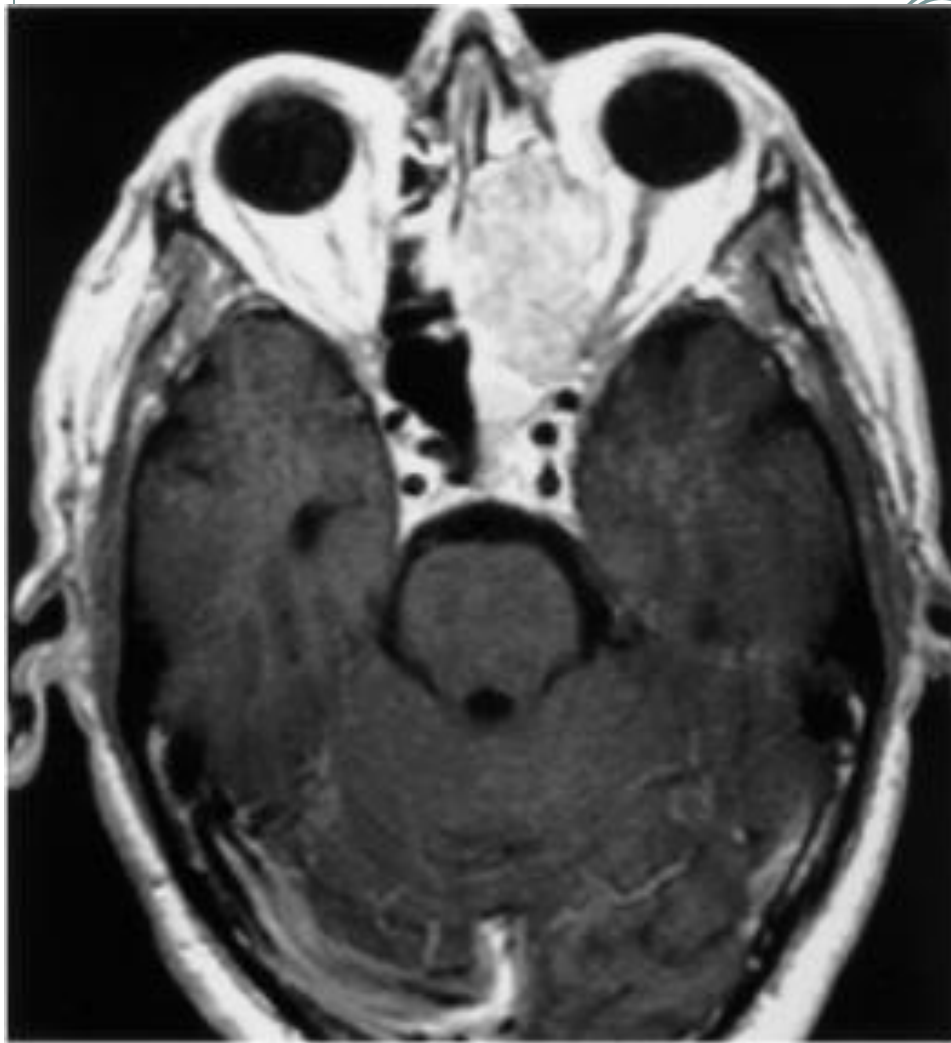


PATOLOGIA



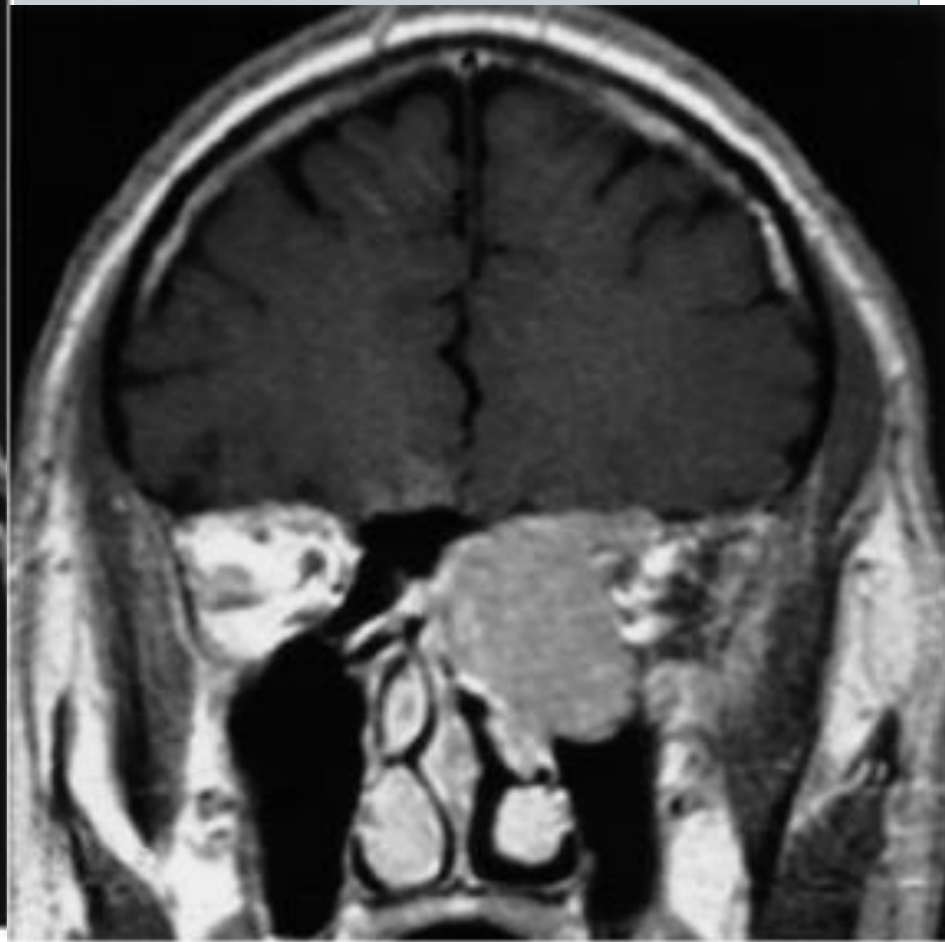
- Carcinoma espinocelular

CEC no etmóide



A

Copyright © 2004, Elsevier.



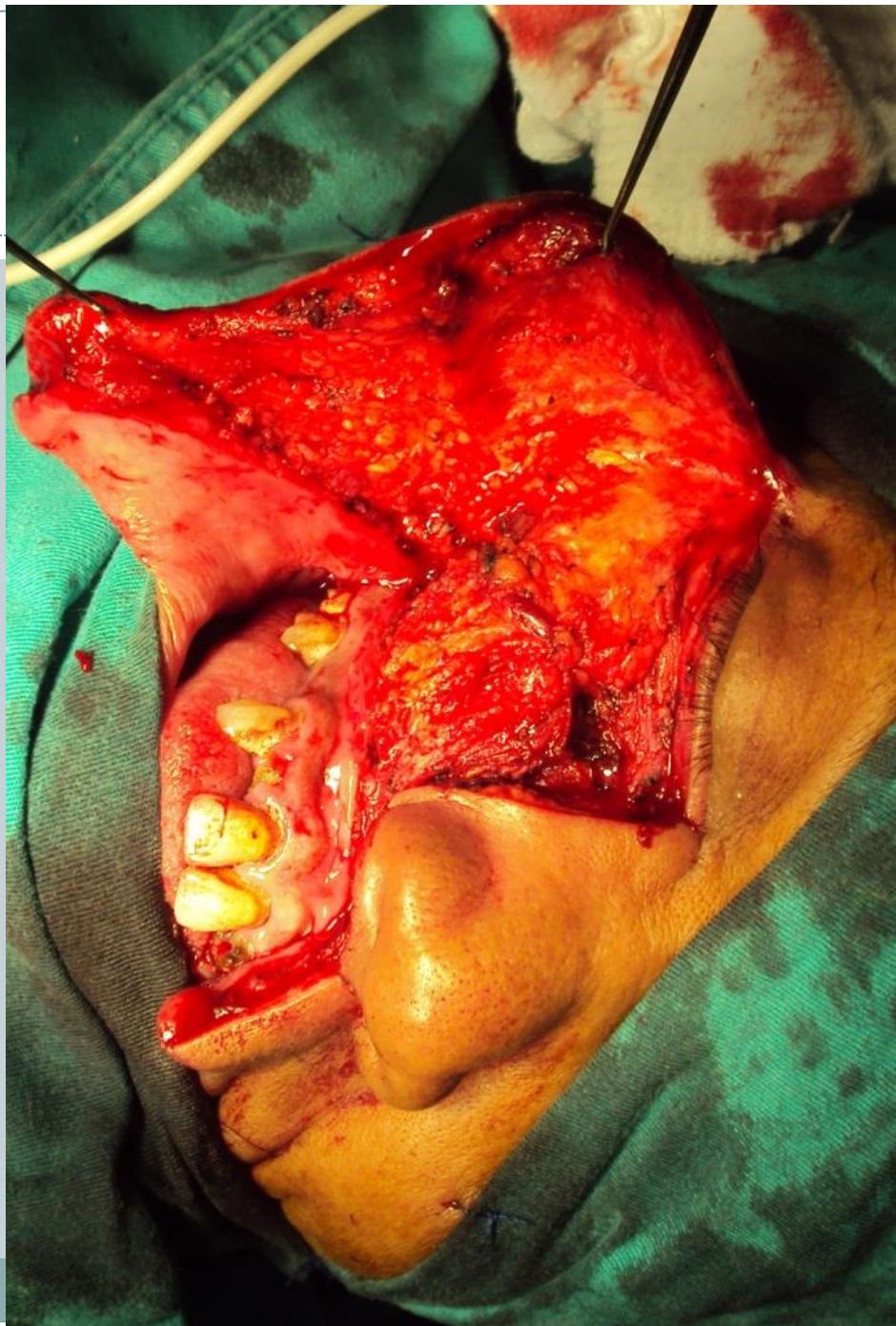
B

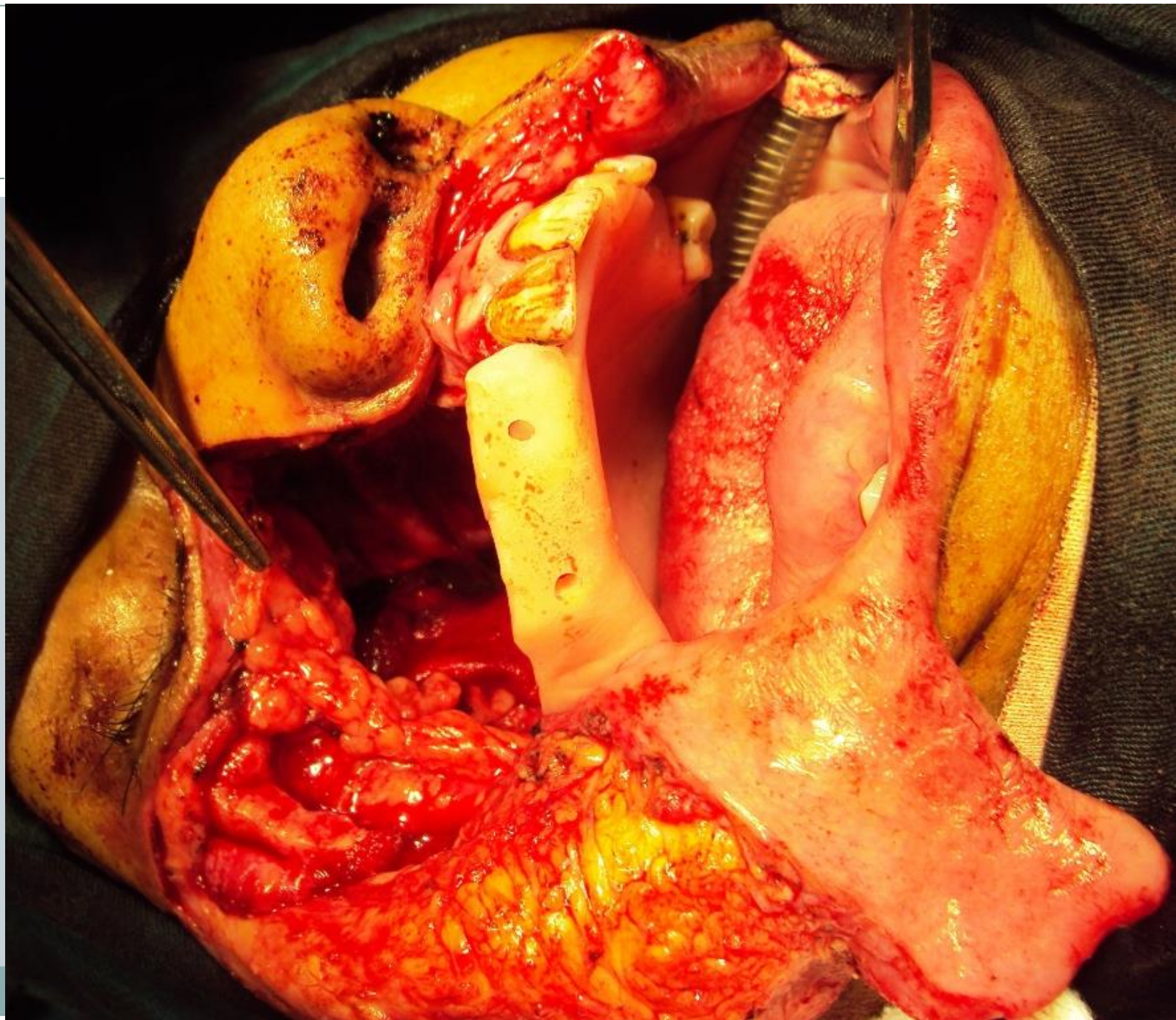
Copyright © 2004, Elsevier.

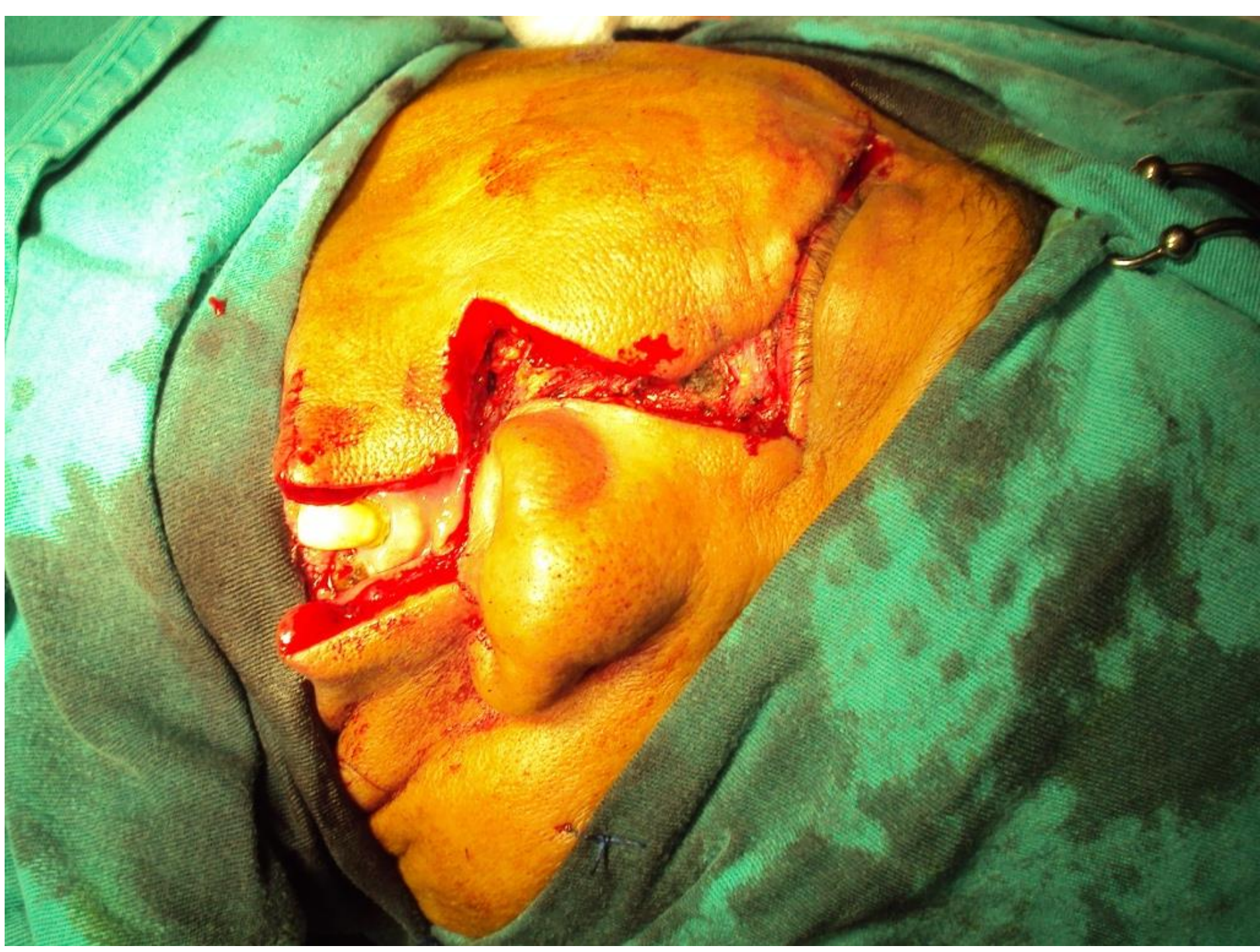
ADENOCARCINOMA



- Predominância masculina
- 55 a 60 anos
- Acomete seios etmoidais e cavidade nasal
 - Trabalhadores de refinamento de níquel
- Trabalho com madeira (risco aumentado em 875x)
- Podem ser divididos em baixo e alto grau







CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO



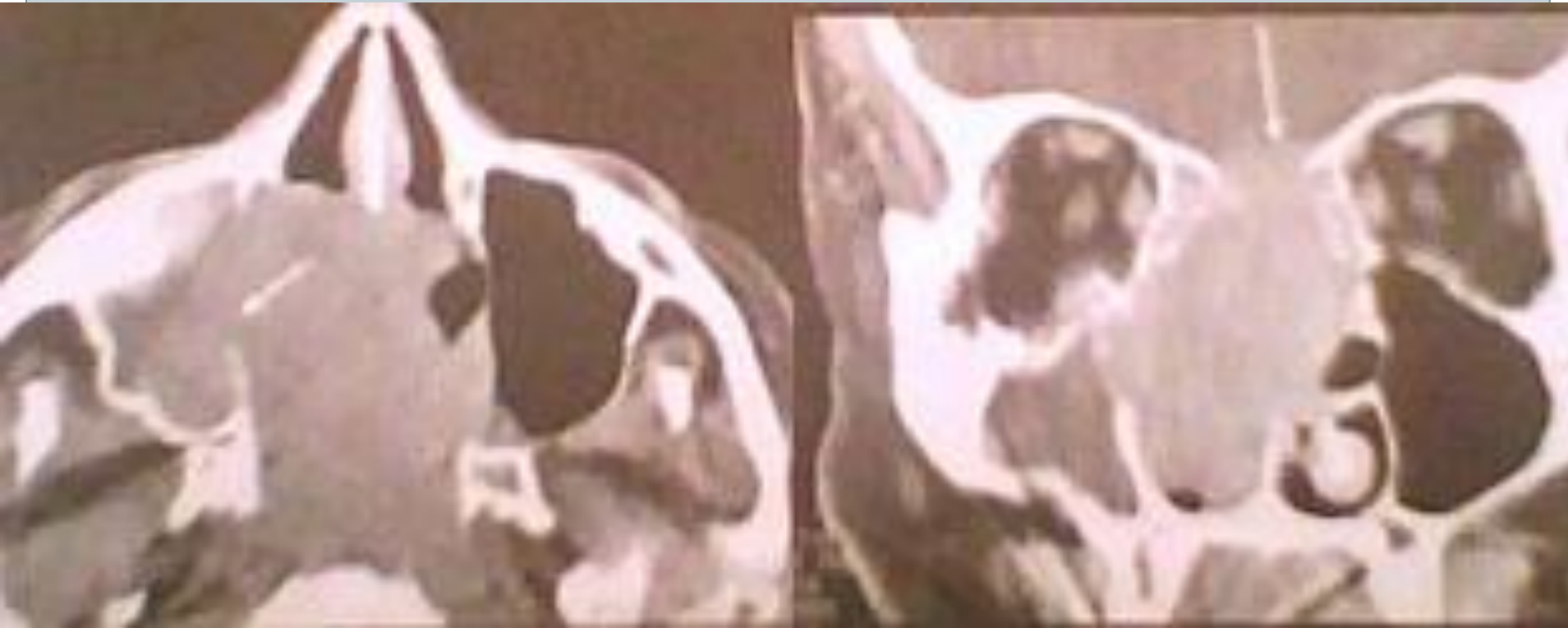
- É o tumor de Glândulas salivares menores mais comum no trato naso-sinusal
- 20 % dos casos desta histologia encontram-se neste sítio
- Doença localmente agressiva com invasão perineural, mas insidiosa
- Possui variantes de alto e baixo grau

ESTESIONEUROBLASTOMA



- Tumor da crista neural, derivado do epitélio olfatório
- Dos 10 aos 35 anos
- Tumores agressivos com crescimento lento mas localmente invasivos
- Estadiamento de Kadish:
 - A – limitado a cavidade nasal
 - B – extensão a seios paranasais
 - C – invasão de outras estruturas

ESTESIONEUROBLASTOMA



TUMORES NÃO EPITELIAIS



- Rabdomiossarcoma
- Sarcoma Neurogênico
- Leiomiossarcoma
- Fibrossarcoma
- Angiossarcoma
- Hemangiopericitoma
- Condro e osteossarcoma
- Linfoma

ESTADIAMENTO



- Tx; T0; Tis; T1 = limitado a mucosa antral sem erosão ou destruição óssea
- T2 erosão ou destruição da infra-estrutura incluindo palato duro e/ou meato médio
- T3 invasão de qualquer das seguintes estruturas: pele, parede posterior do seio maxilar, soalho ou parede medial da orbita, seio etmoidal anterior
- T4 invasão do conteúdo orbitário e/ou qualquer das estruturas: lâmina crivosa, seio etmoidal posterior ou esfenoidal, nasofaringe, palato mole, fossa pterigomaxilar ou temporal e base do crânio

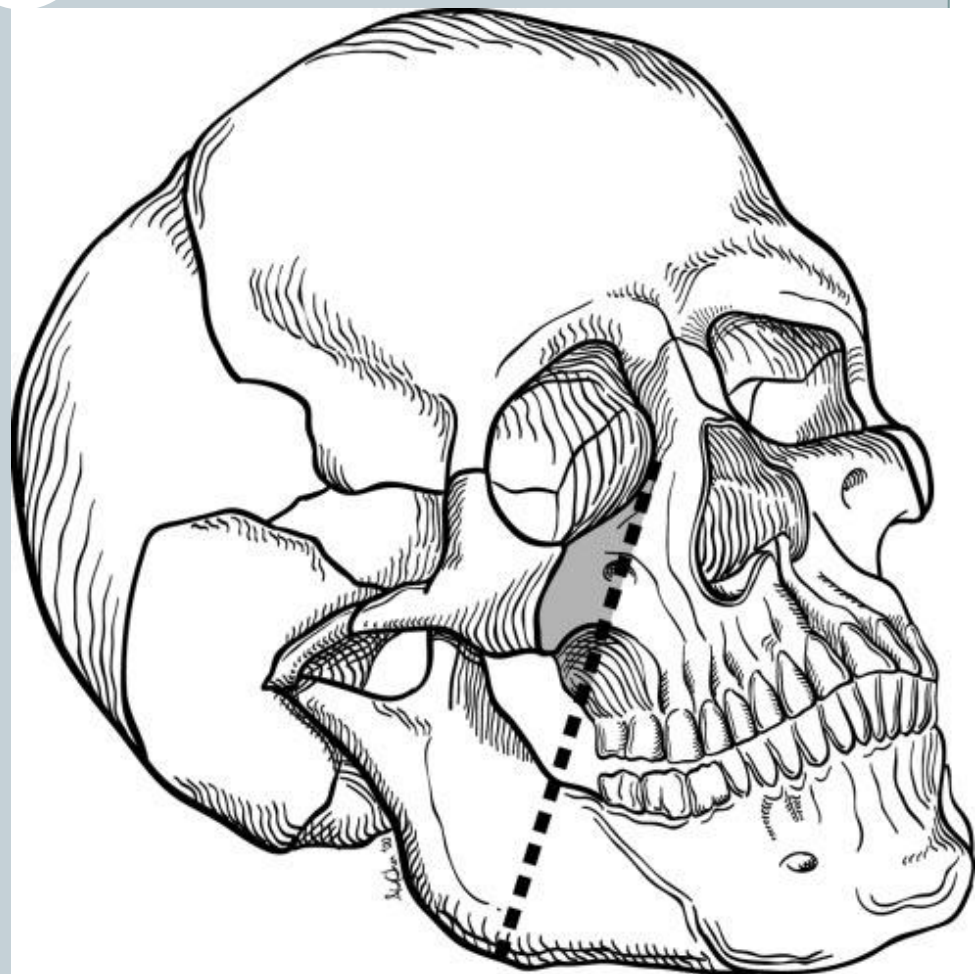
ESTADIAMENTO

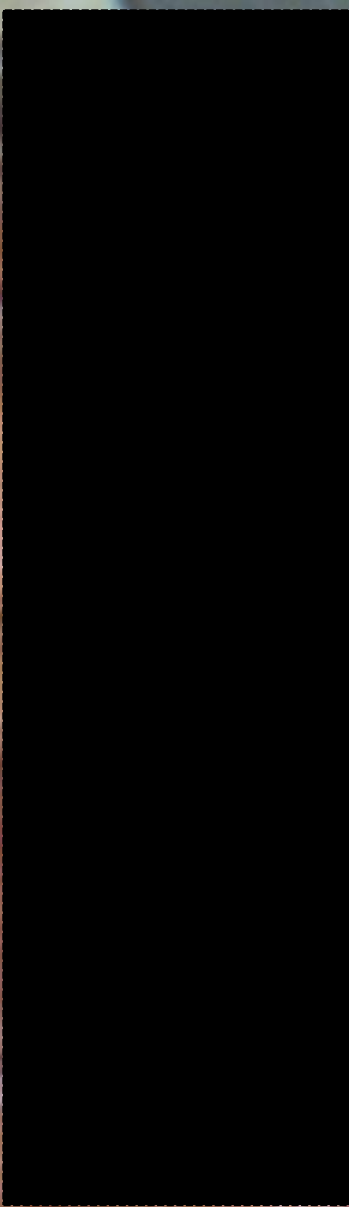


- N linfonodos regionais
 - N_x , N_0
 - N_1 = um linfonodo ipsilateral, < 3 cm
 - $N_2 > 3$ cm e < 6 cm
 - N_{2a} = um linfonodo ipsilateral (> 3 cm e < 6 cm)
 - N_{2b} = ipsilaterais múltiplos
 - N_{2c} = bi ou contralaterais
 - N_3 = um linfonodo > 6 cm
- M metástase à distância = M_x ; M_0 ; M_1

TRATAMENTO

- Tipo tumoral
- Estadiamento
- Linha de Öhngren
- Possibilidade de completa ressecção
- Riscos e comorbidades de tratamentos associados
- **Opções de reconstrução**
- Fatores socio-econômicos
- Habilidade do cirurgião
- Desejos do paciente





TRATAMENTO



- Cirurgia é a principal modalidade
- Cirurgia isolada
 - Margens negativas
 - Sem invasão perineural
 - Histologia de baixo grau
- Radioterapia isolada
 - Co-Morbidades
 - Sobrevida de 0 a 16% em todos os estágios em 5 anos

TRATAMENTO



- Cirurgia + radioterapia pós-operatória
 - Invasão parequimatosa cerebral massiva
 - Invasão extensa de base de crânio
 - Trismus
 - Invasão carotídea
- Quimioterapia
 - Tópica
 - Associada a radioterapia
 - intra-arterial
 - Neoadjuvante
 - ✦ Tumores selecionados ou tumores fora de critérios de ressecabilidade

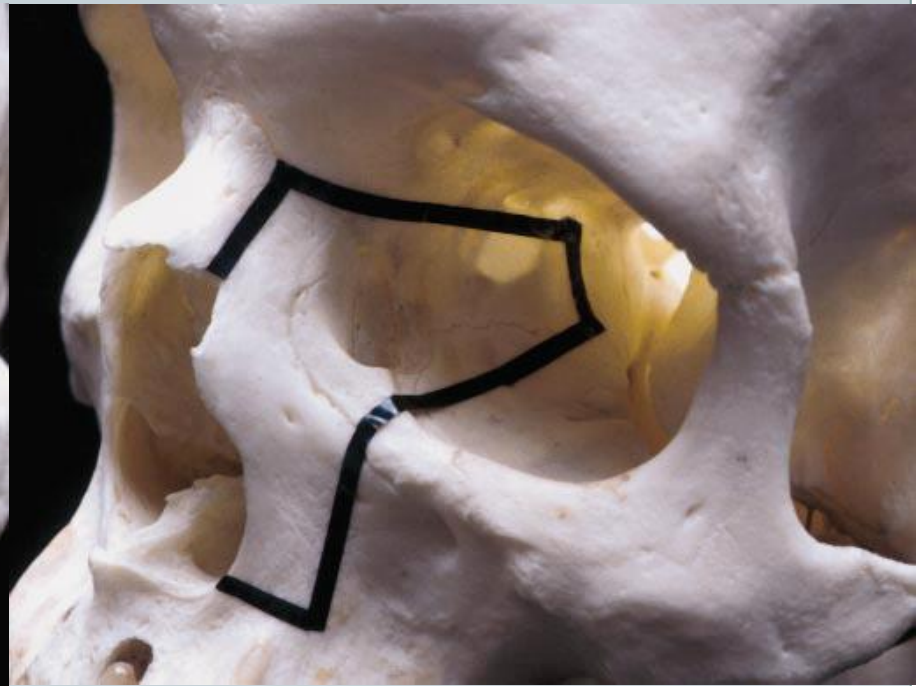
TRATAMENTO



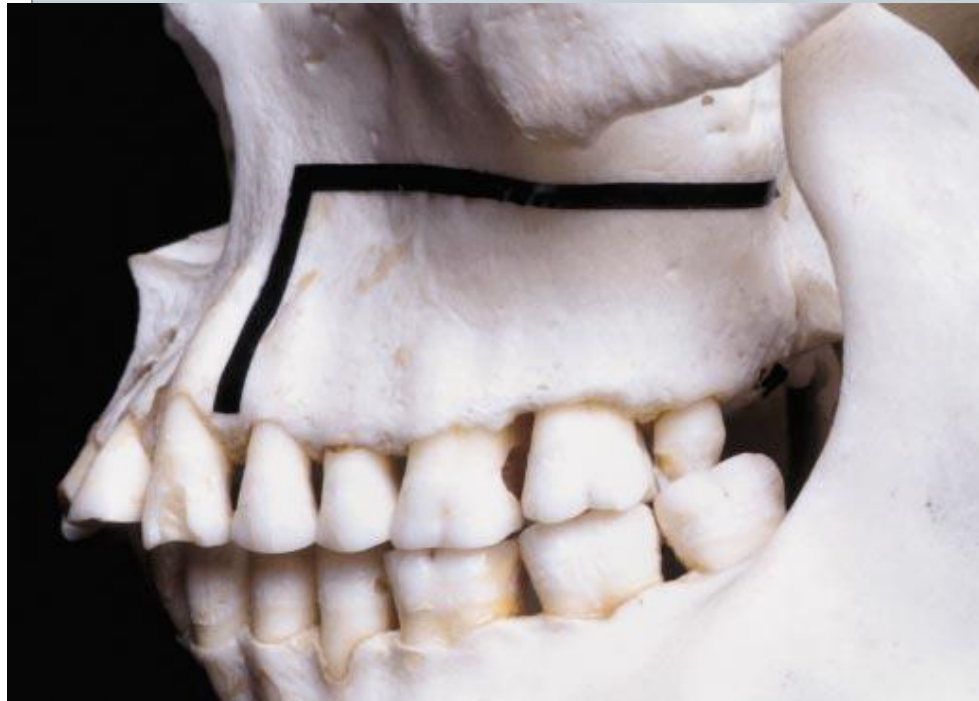
- Exenteração
 - Extensão da parede da órbita
 - Fáscia periorbitária
- Esvaziamento cervical
 - Clinicamente positivo
- Palição
 - Tumores extensos irresecáveis
 - Metástases à distância
 - Co-morbidades
 - Pobre *performance status*



MAXILARECTOMIA LIMITADA



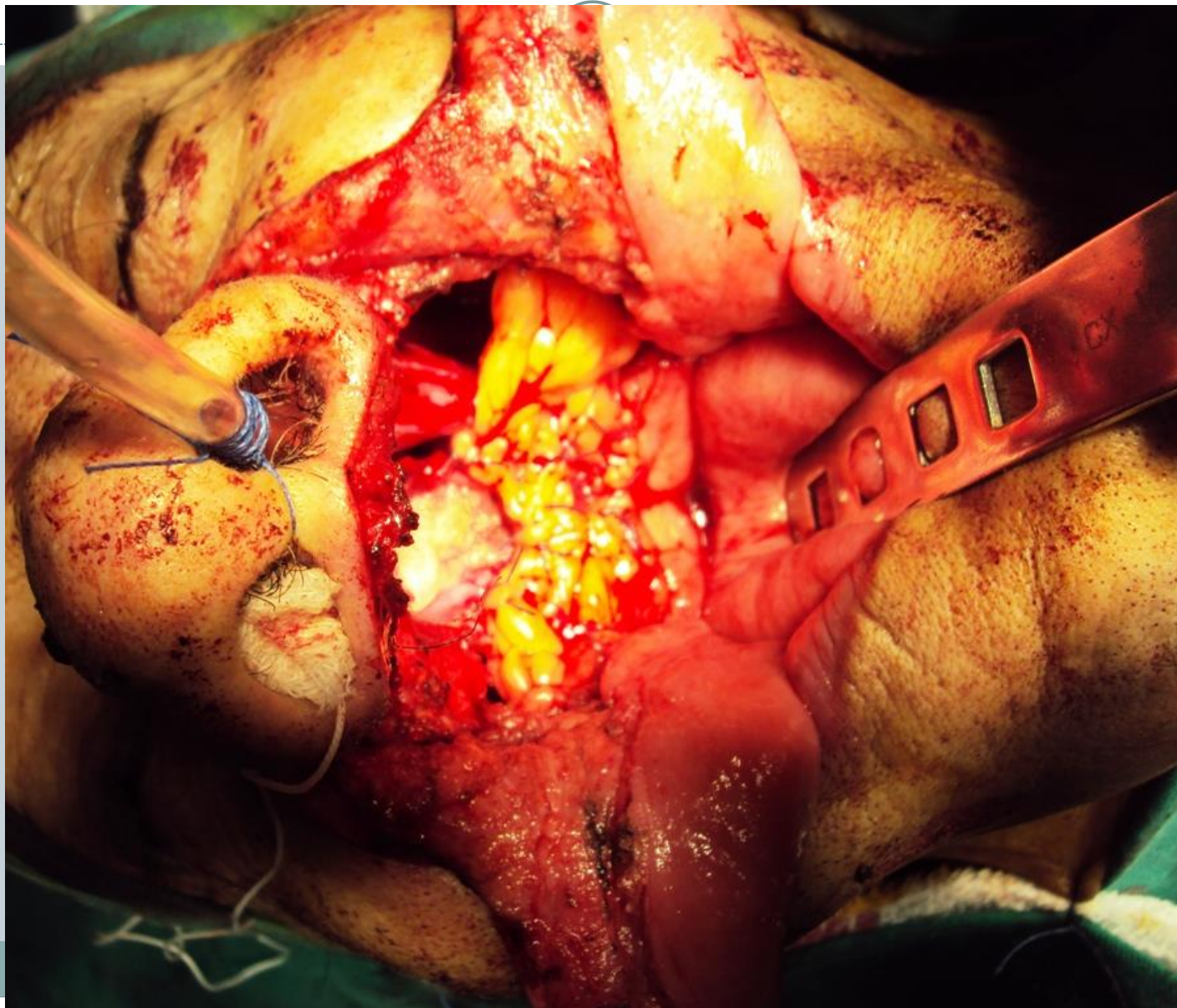
MAXILARECTOMIA COM RESSECÇÃO DE INFRAESTRUTURA



CEC → maxilectomia de infraestrutura bilateral



Incisão médio-labial paralateronasal bilateral

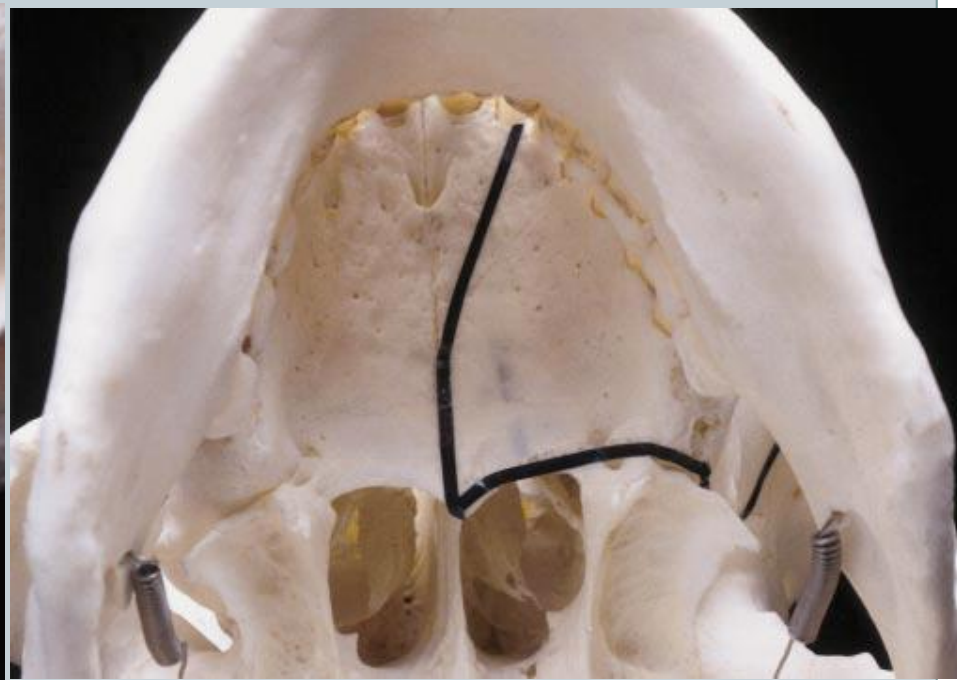




Prótese provisória



MAXILARECTOMIA TOTAL



Bibliografia



- **Jatin P. Shah, MD, E.W. Strong** *Atlas of Clinical Oncology Cancer of the Head and Neck*. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. BC Decker, New York, 2003
- **Carvalho, Marcos Brasilino de.** *Tratado de cirurgia de e pescoço e otorrinolaringologia* – São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
- **Ballenger's,** *Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery* – New York, 16^a. Edição, editora BC Decker
- **Hermans, R.,** *Head and Neck Cancer Imaging*, New York, editora Springer, 2006
- **Snehal G. Patel and Jatin P. Shah.** *TNM Staging of Cancers of the Head and Neck: Striving for Uniformity Among.* *CA Cancer J Clin* 2005;55;242-258