

Tumores Nasossinusais

Residência de Cirurgia Cabeça e
Pescoço
H.U.W.C.

Apresentador: **Dr. Wendell Leite**

Outubro/2005

Epidemiologia

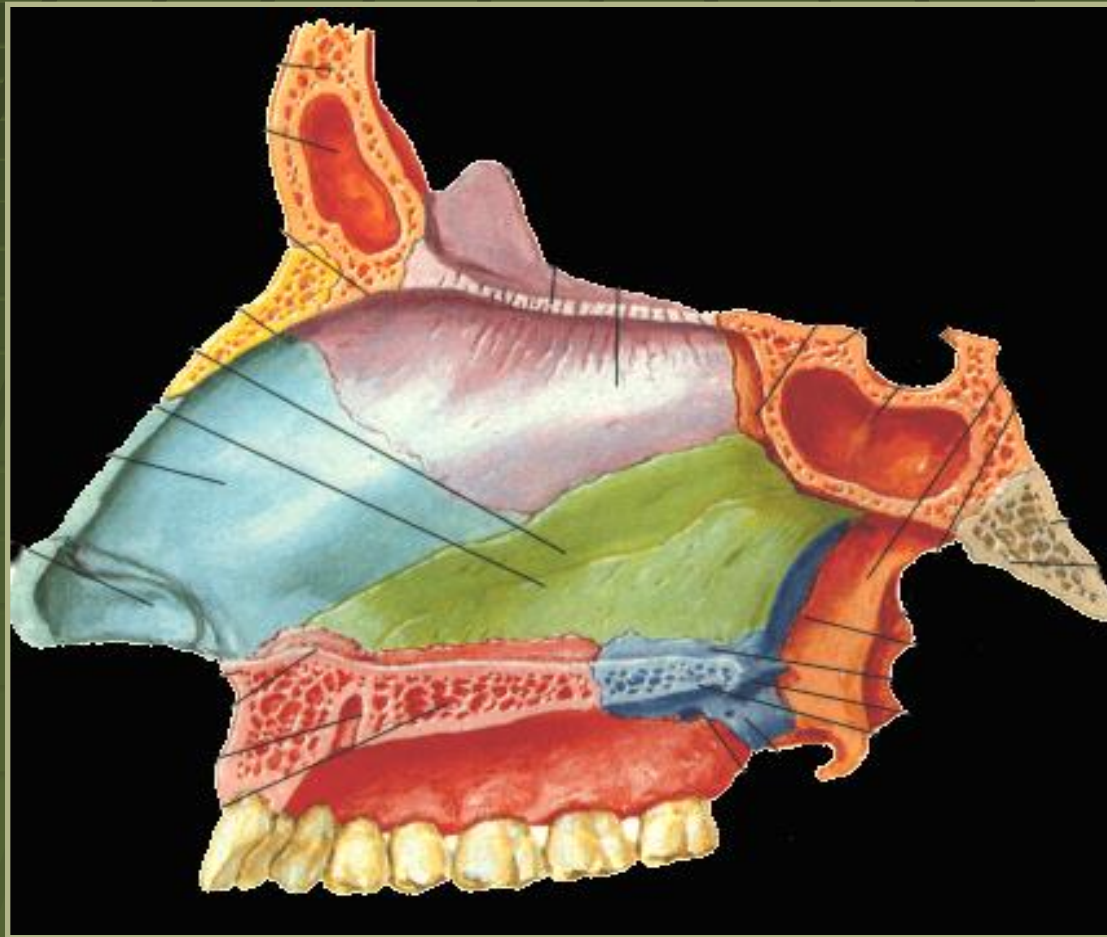
- Pó de madeira e formoaldeído
- Incidência 500 vezes maior trabalhadores de indústria madeira Inglaterra
- Indústria de níquel
- Rinites, sinusites, polipose, trauma crônico
- 50% das lesões são malignas
- 75% são diagnosticados em estádios III e IV

1. Acheson ED, Cowdell RH, Hadfield E, MacBeth RG. Nasal cancer in woodworkers in the furniture industry. Br. Med. J. 2:587-590, 1968

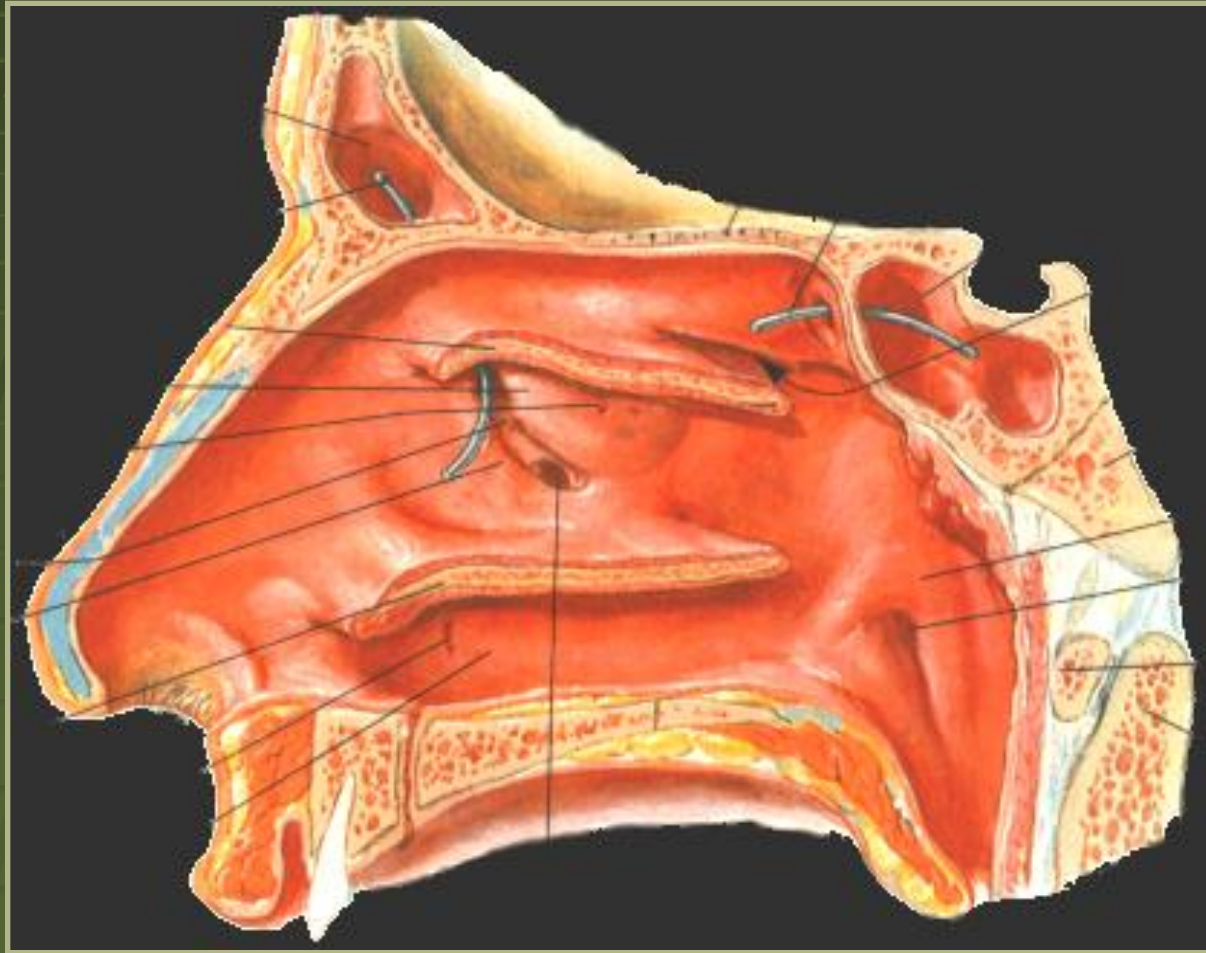
2. Hayes RB, Raatgever JW, De Bruyn A, Gerin M. Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses and formaldehyde exposure. Int. J. Cancer 37: 487-482, 1986.

3. Fava AS, Carvalho MB. Tumores malignos do nariz, cavidades nasais e seios paranasais. In: Brandão LG, Ferraz AR. Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Roca. São Paulo, 493-505, 1989.

Anatomia



Anatomia



Diagnóstico

Sinais e Sintomas

- Sintomas nasais
- Diplopia, proptose cegueira
- Epífora (massa cantal medial)
- Abaulamento facial
- Sintoma neurológicos

Exame Físico

- Cavidade nasal, oral, rinofaringe
- Massas intranasais
- Exame do ouvido
- Inspeção dos dentes
- Pares cranianos
- Palpação do pescoço

Classificação de Chaudhry

Grupo I- Oraís

Grupo II- Nasais

Grupo III- Oculares

Grupo IV- Faciais

Grupo V- Neurológicos

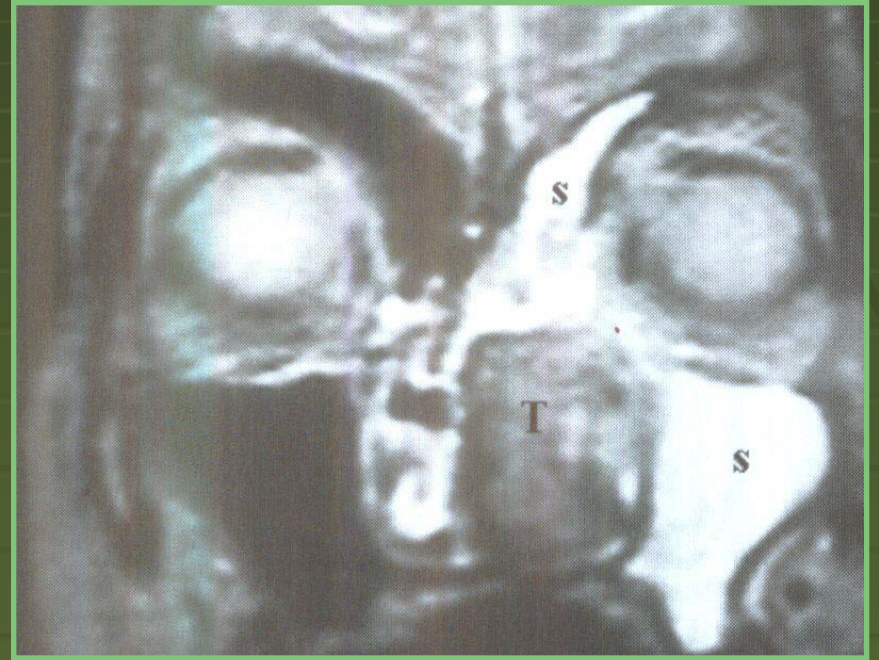
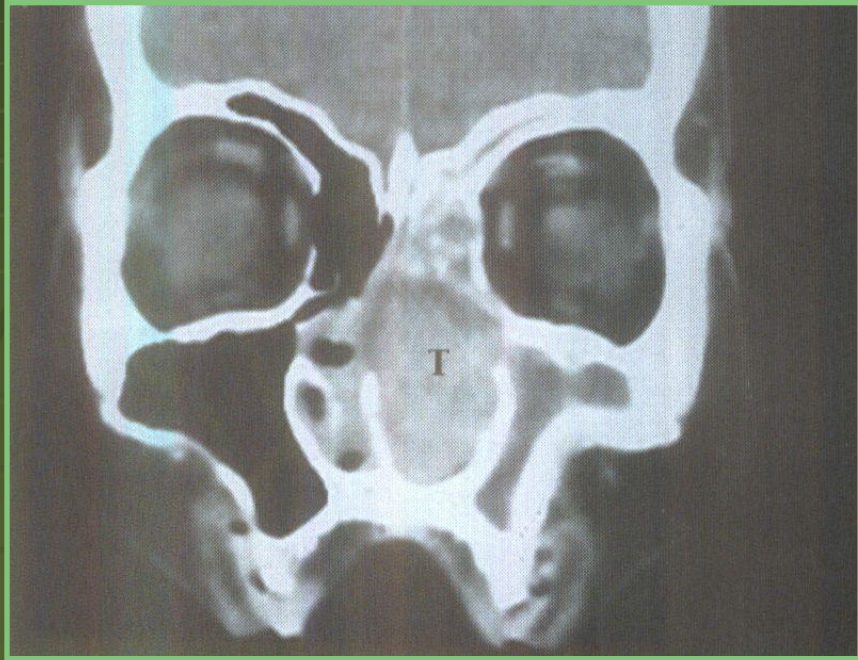
Endoscopia Nasossinusal



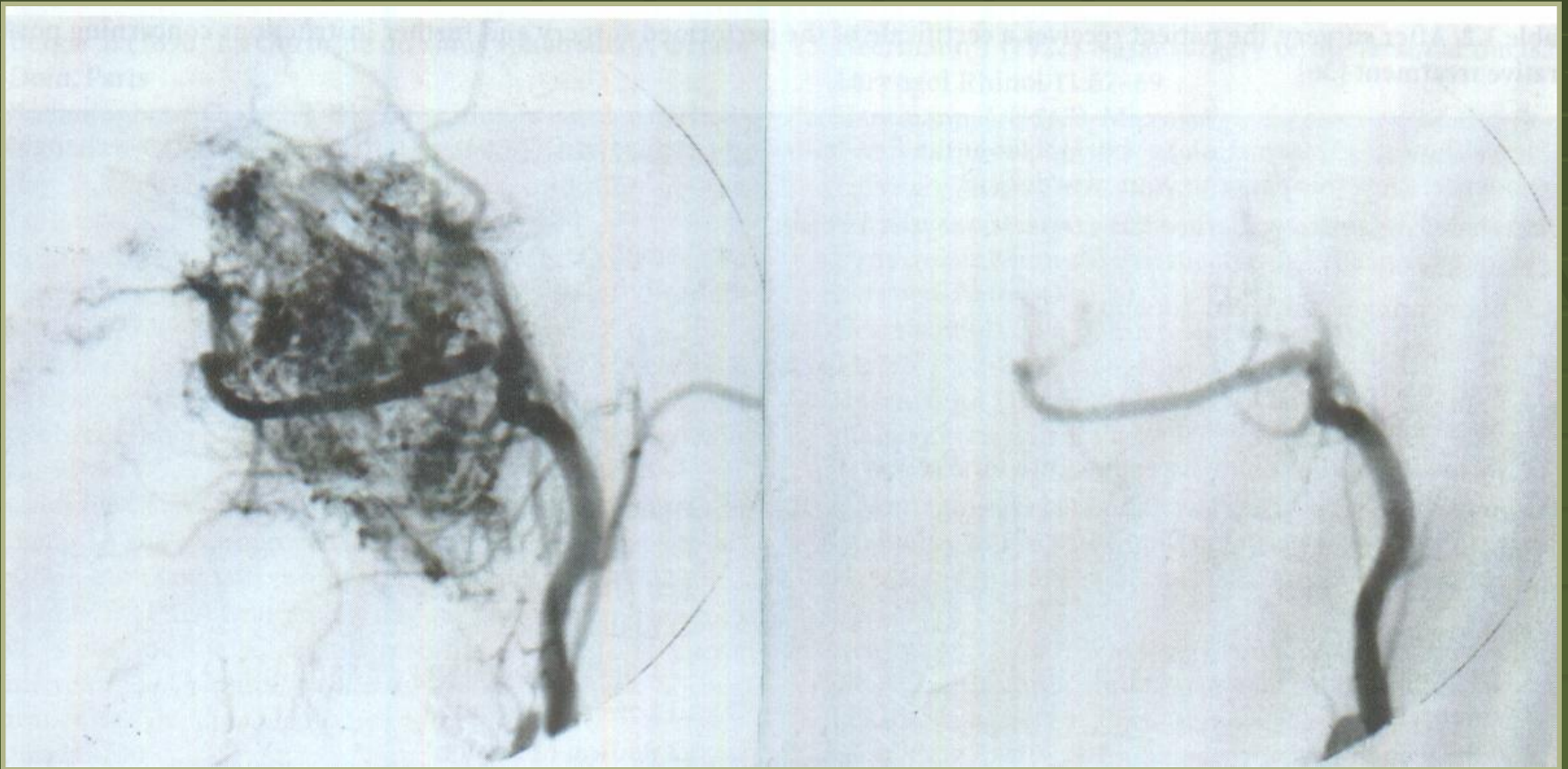
**VIDEOENDOSCOPIA
NASOSSINUSAL**



TC X RMN

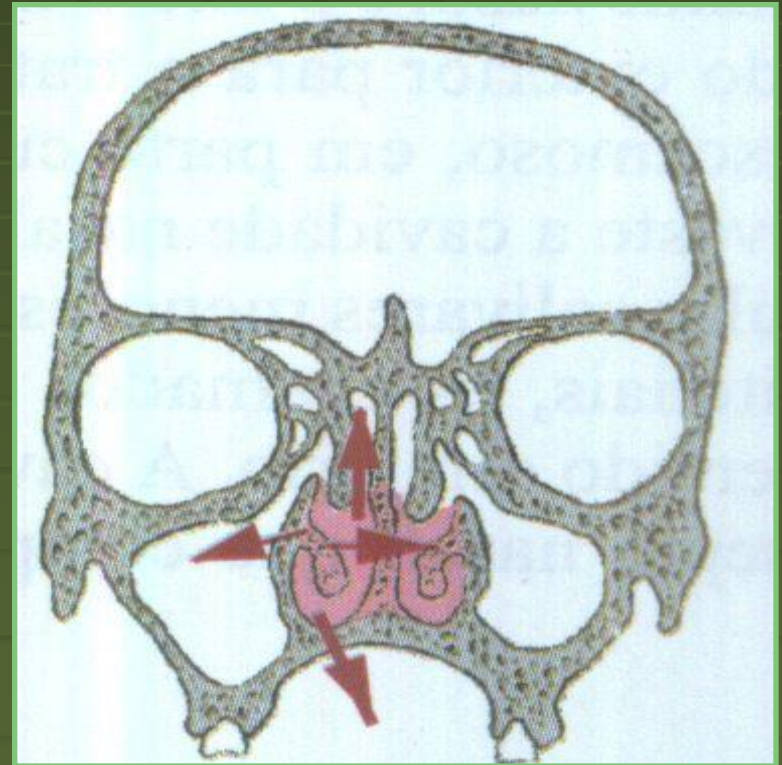
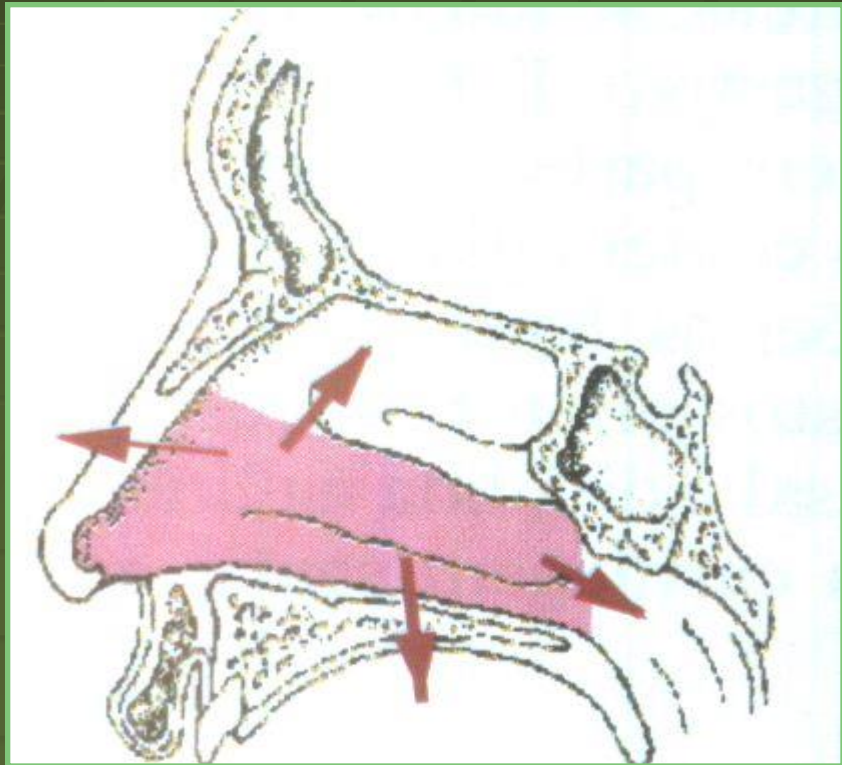


Angiografia



Vias de Propagação

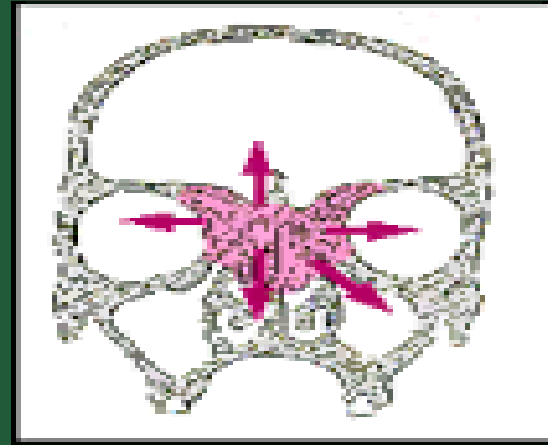
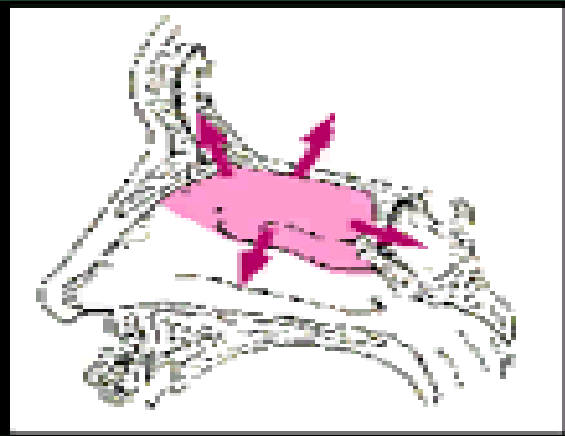
Cavidade nasal



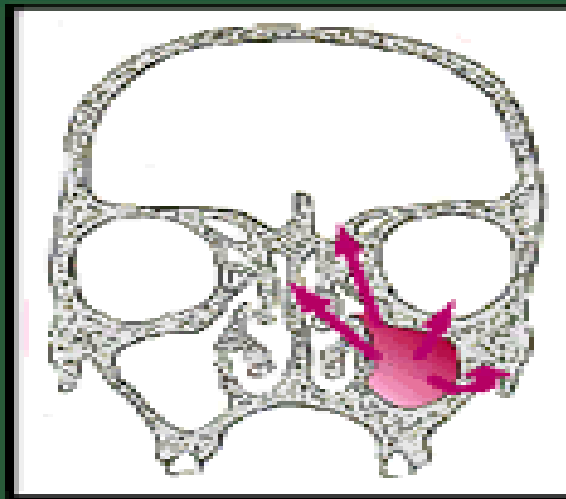
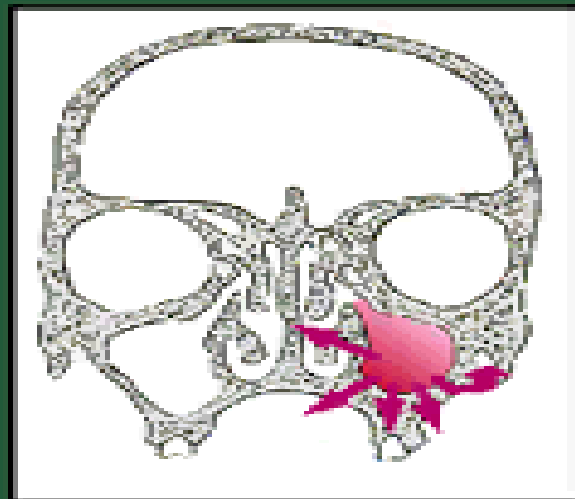
Fonte: J. Shah

Vias de Propagação

Seio Etmoidal



Seio Maxilar

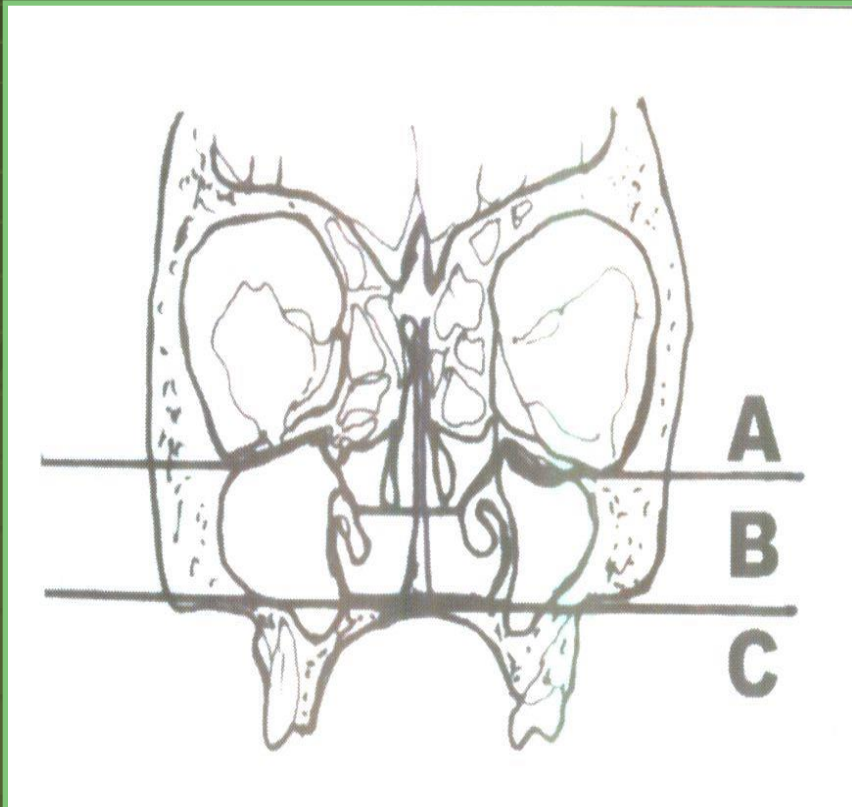


INFRAESTRUTURA

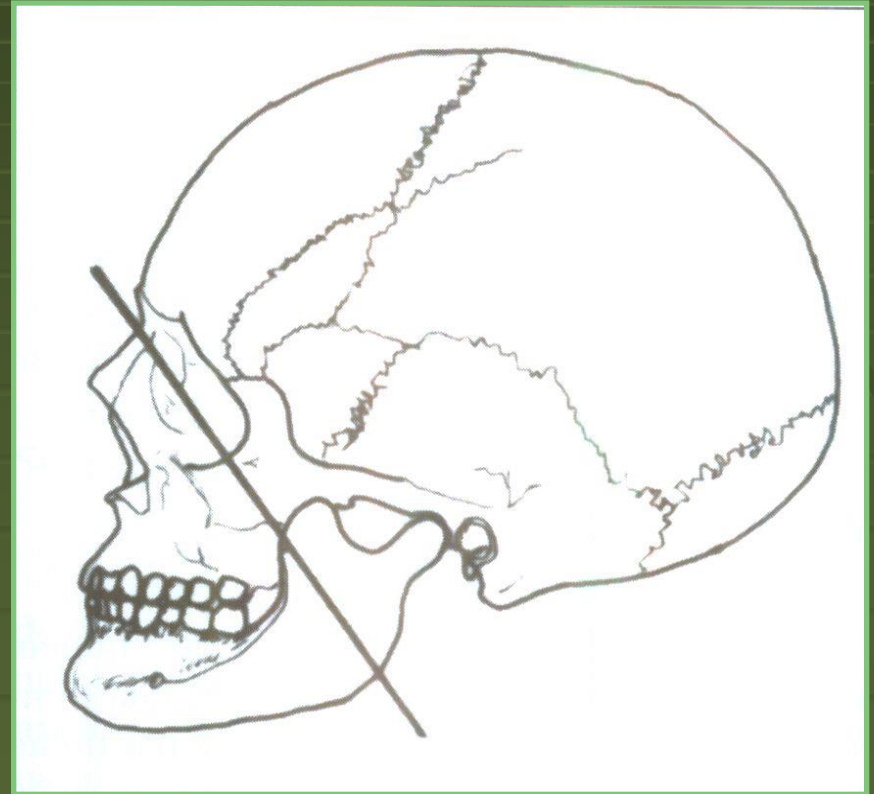
SUPRAESTRUTURA

Fonte: J. Shah

Classificação



Seiberg-1906

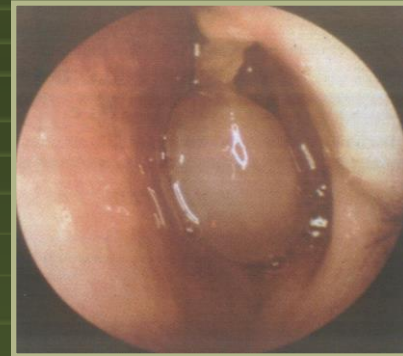


Orngren-1933

Pseudotumores Benignos

Polipose nasossinusal

- Prolapso epitélio respiratório, edema mucoso e estroma mixóide



Polipose

Pólipo antro coanal (Killian)

- Origem parede lateral

Pólipo Killian



Cisto Mucoso

- Achado 10% da população



Cisto retenção

Pseudotumores Benignos

Cisto ósseo aneurismático

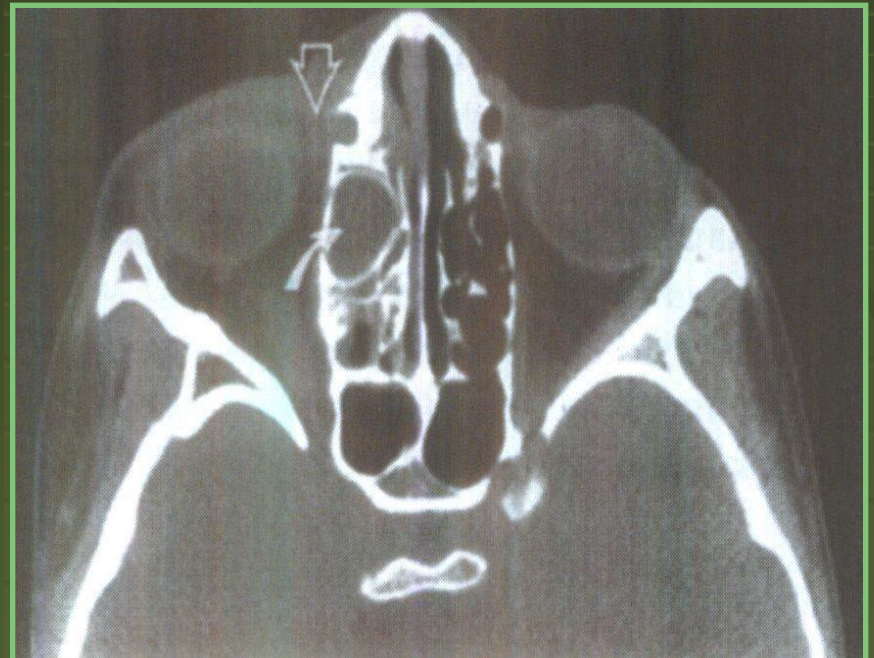
- Origem alteração hemodinâmica local
- Crescimento rápido

Mucocele

- Lesões císticas, expansivas

Meningoencefalocele

- 1:4000 nascidos
- Etiologia- fechamento incompleto crânio X crescimento tubo neural



Tumores Benignos

Papiloma Invertido

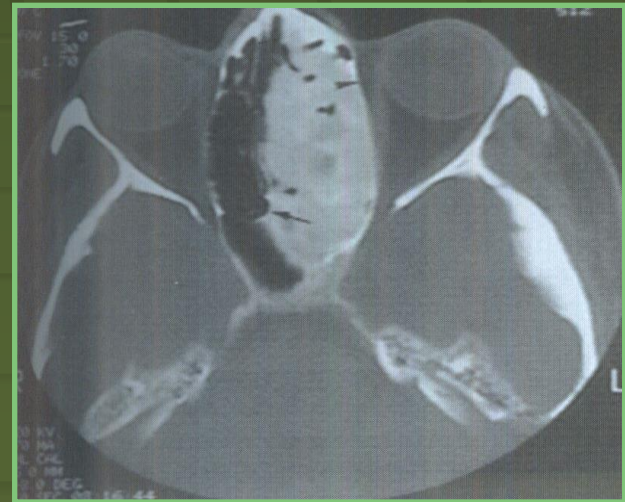
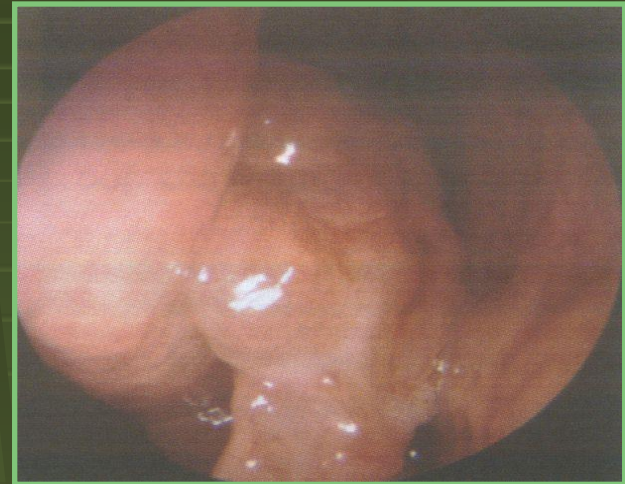
- Unilateral
- Recidivante, sofre transformação maligna 10% dos casos

Displasia Fibrosa

- Monostótica, polióstótica, disseminada

Schwannomas

- Ramo oftálmico, maxilar do trigêmeo e ramos sistema nervoso autônomo



Tumores Benignos

Estesioneurocitoma

- 60% em homens
- 10 aos 40a
- Massa tumoral roxo azulada



Nasoangiofibroma Juvenil

- Origem vascular
- Incidência 1:5000
- Sexo masculino



Tumores Malignos

Carcinoma Epidermóide

- Origem: Tu cavidade nasal- 50% cornetos
Tu seios- 80% seio maxilar
- Mais 90% dos casos envolvem pelo menos uma parede sinusal
- 10 a 18% dos Tu seios dão metastáses regionais



CA EPIDERMÓIDE



Tumores Malignos

Adenocarcinomas

- 10% das lesões cavidade nasal
- Origem em glândulas salivares menores
- Ca adenocístico, Ca mucoepidermoide, Ca células acinares
- Ca adenocístico padrões tubular e cribiforme

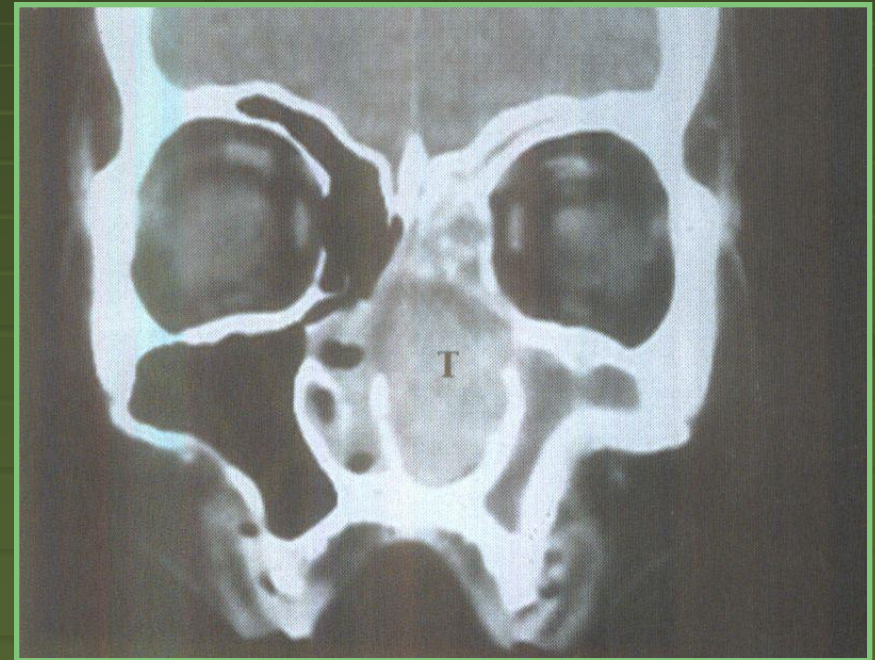
Sarcomas

- Raros
- Condrossarcoma
- Baixo grau
- Massas grandes, pálidas, obstruindo a fossa nasal

Tumores Malignos

Melanomas

- 0,5 a 1,5% dos melanomas
- 3,5% das neoplasias da região
- Cavidade nasal- Septo e parede lateral
- Seios- Seio maxilar
- Massa polipóide, friável, solitária ou multicêntrica
- Crescimento rápido
- Prognóstico pobre



Tumores Malignos

- Estesioneuroblastoma Olfatório
 - Origina-se epitélio olfatório
 - Histologia variável (arranjo celular presença ou ausência de rosetas e material neurofibrilar)
 - Neuroblastomas X Ca Neuroendócrino
 - Neuroblastoma-mais comuns pct. Jovens
 - Ca Neuroendócrino- Pct com 50 a
 - Imunoistoquímica para diferenciação



ESTESIONEUROBLASTOMA

Estadiamento

AJCC

Cavidade Nasal e Seios Etmoidais

T1- Restrito a qualquer subsítio sem erosão óssea

T2-Tu invadindo dois subsítios em uma única região ou estendendo-se até região adjacente, com ou sem invasão óssea

T3-Invade assoalho ou parede medial da órbita, seio maxilar, palato, placa cribiforme

T4a-Invade orbita anterior, pele, bochecha, placas pterigóideas, fossa infratemporal, placa cribiforme, seio esfenóide ou frontal

T4b-Invade ápice da órbita, dura-máter, cérebro, fossa craniana média, outros nervos cranianos que não a divisão maxilar do trigêmeo, nasofaringe ou clivo

Estadiamento

AJCC

Seio Maxilar

T1- Tu limitado mucosa, sem erosão ou destruição óssea

T2-Tu com erosão ou destruição, extensão palato duro e/ou meato nasal médio, exceto parede posterior do seio maxilar e placas pterigóideas

T3-Tu invade qualquer uma dessas estruturas: parede posterior, tecido subcutâneo, assoalho ou parede medial órbita, fossa pterigóidea, seio etmoidal

T4a-Invade órbita anterior, pele, bochecha, placas pterigóideas, fossa infratemporal, placa cribiforme, seio esfenóide ou frontal

T4b-Invade ápice da órbita, dura-máter, cérebro, fossa craniana média, outros nervos cranianos que não a divisão maxilar do trigêmeo, nasofaringe ou clivo

Tratamento

Rinotomia lateral



Weber-Ferguson



Transpalatal

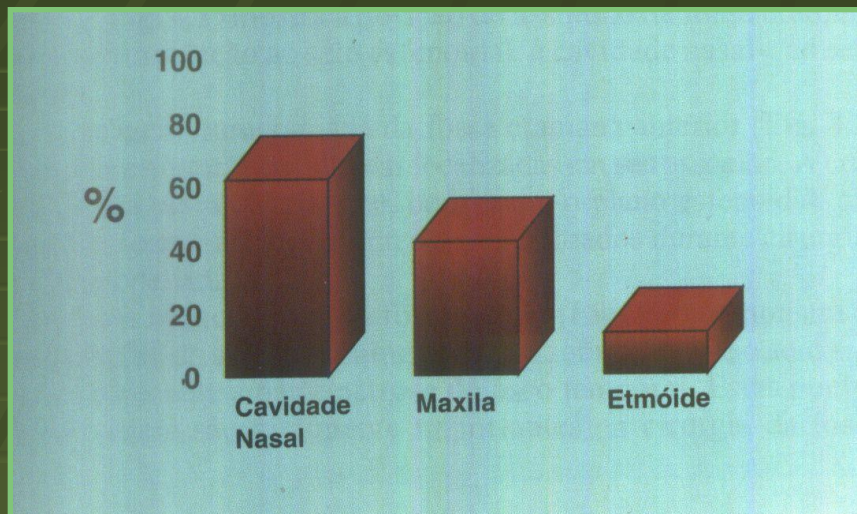


Radioterapia

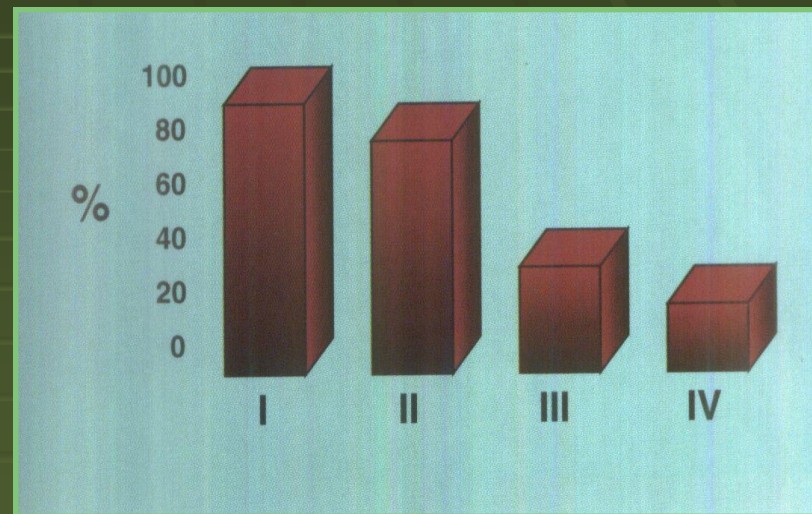
- Indicada em combinação com a cirurgia
- Tratamento eletivo do pescoço geralmente não é indicado
- Pacientes com metástase cervical ao diagnóstico
- Técnica usa um campo anterior e dois laterais
- Complicações- dano SNC, perda de visão, OMS, osteo-radionecrose, hipopituitarismo, mielite transversa e necrose cerebral

Prognóstico

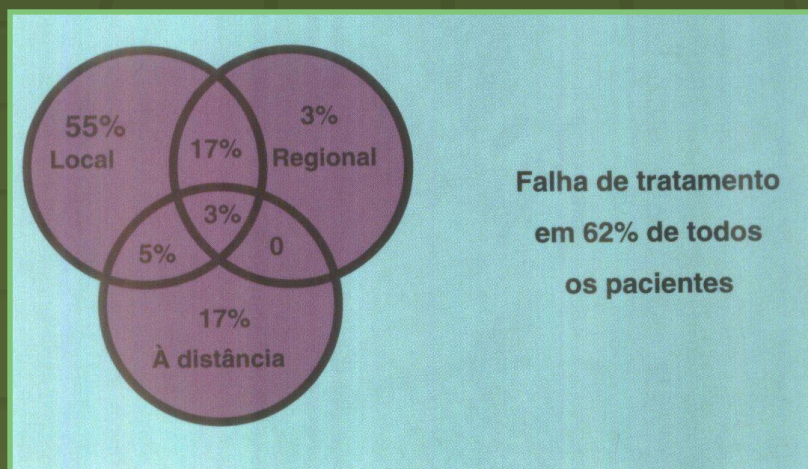
Sobrevida 5 anos Ca espinocelular



Sobrevida X Estádio CEC maxila



Falha tratamento



Fonte: J. Shah