

Tumores de Rínofaringe

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

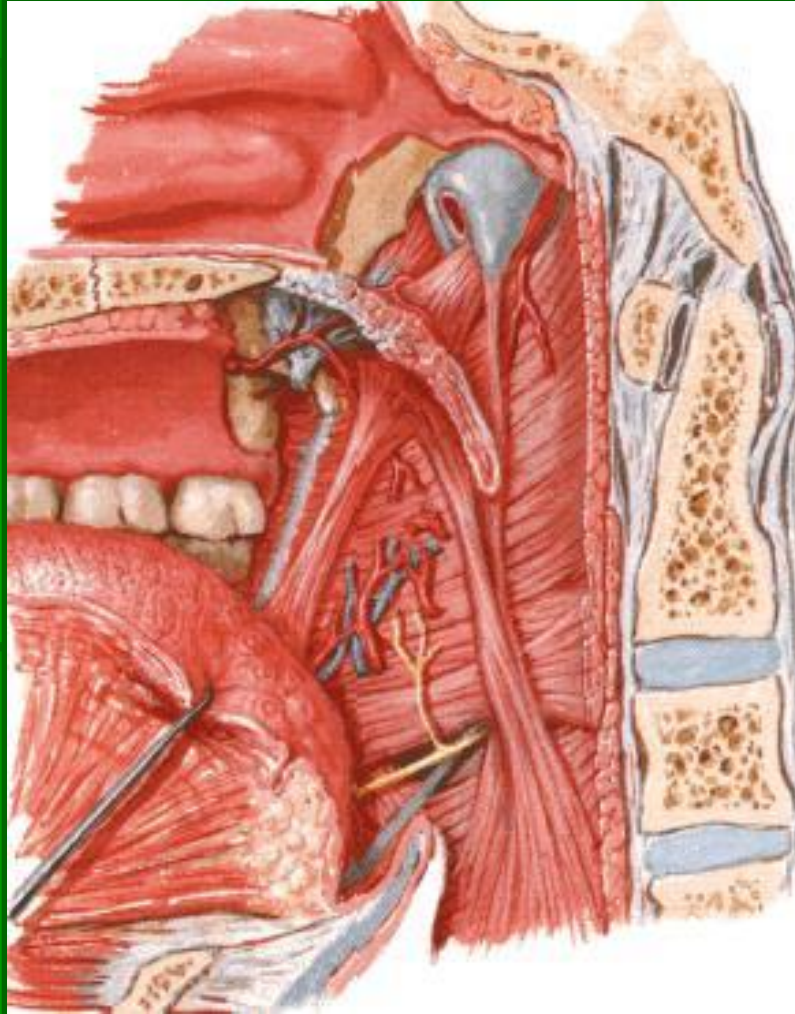
Apresentador: **Dr. Wendell Leite**

Novembro/2005

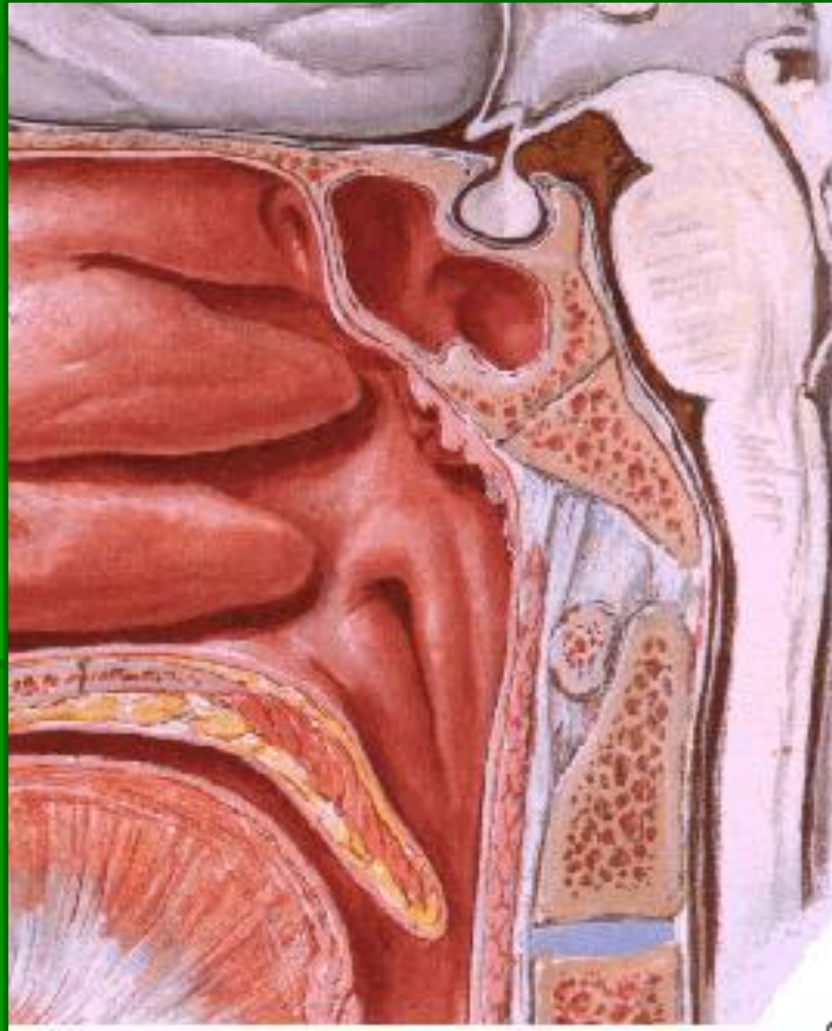
Epidemiologia

- Carcinoma Nasofaríngeo (CNF)- raro em todo mundo
- 2,5 homens X 1 mulher
- Maioria dos tumores de rinofaringe são malignos e de origem epitelial
- 15 a 20% dos indivíduos acometidos são menores de 30a
- Incidência e tipo histológico do CNF- interações genéticas, dieta, carcinógenos, vírus, formoaldeído

Anatomia



Anatomia



Diagnóstico

Sinais e Sintomas

- Sintomas nasais
- Linfonodopatia
- Perda auditiva condutiva
- Sintoma neurológicos



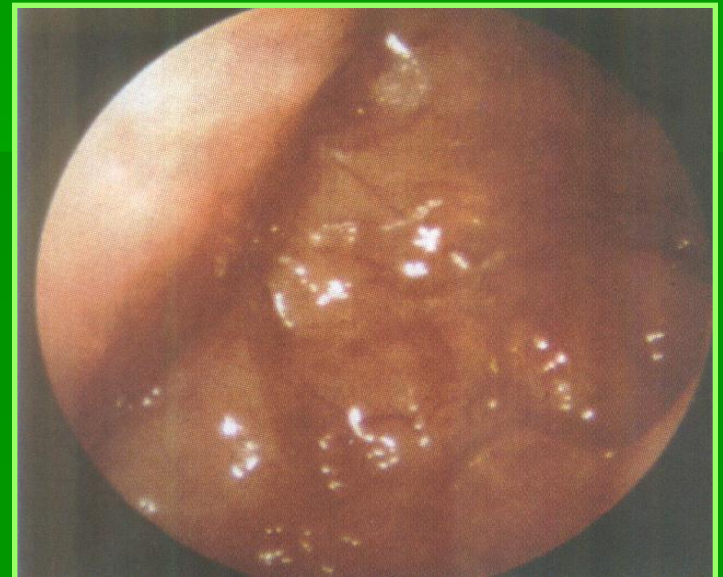
Exame Físico

- Cavidade nasal, rinofaringe
- Massas intranasais
- Exame do ouvido
- Pares cranianos
- Palpação do pescoço

Sorologia

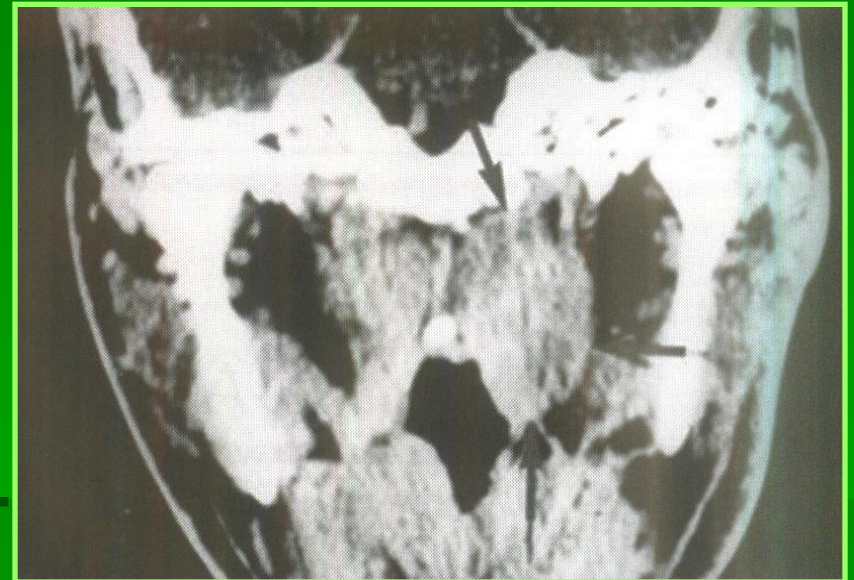
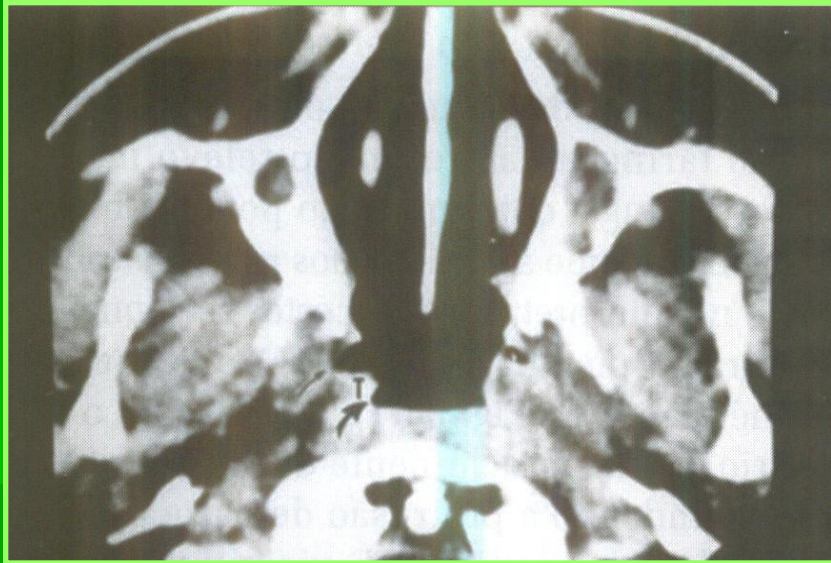
- EBV supressão dos linfócitos T, causando linfoproliferação desordenada
- EBV identificado em tumores não queratinizados e indiferenciados
- Antígeno capsídeo viral(VCA), antígeno precoce, DNase ou Timidina quinase
- Esfregaços e PAAFs e amplificação do DNA
- Deleção do braço curto do cromossomo 3 e a perda do alelo 9p presente em 2/3 dos CNF

Endoscopia Nasossinusal

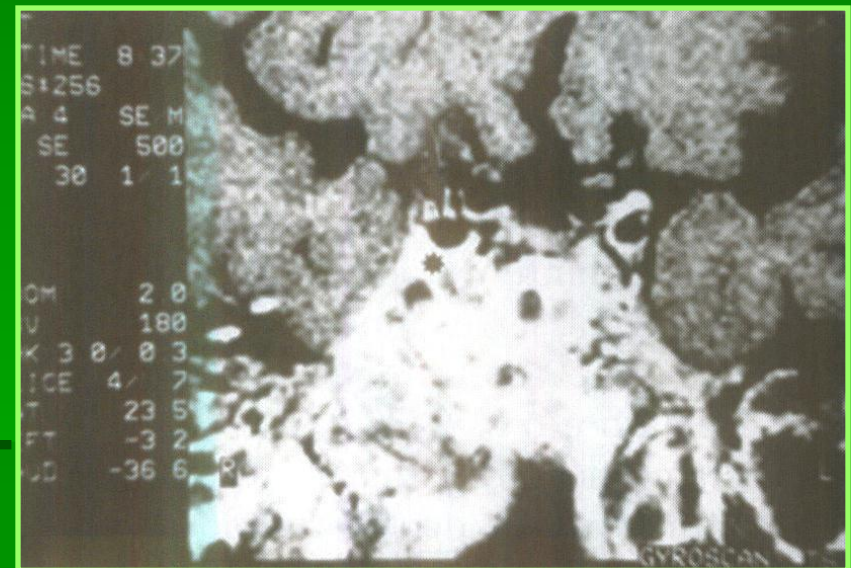


**VIDEOENDOSCOPIA
NASOSSINUSAL**

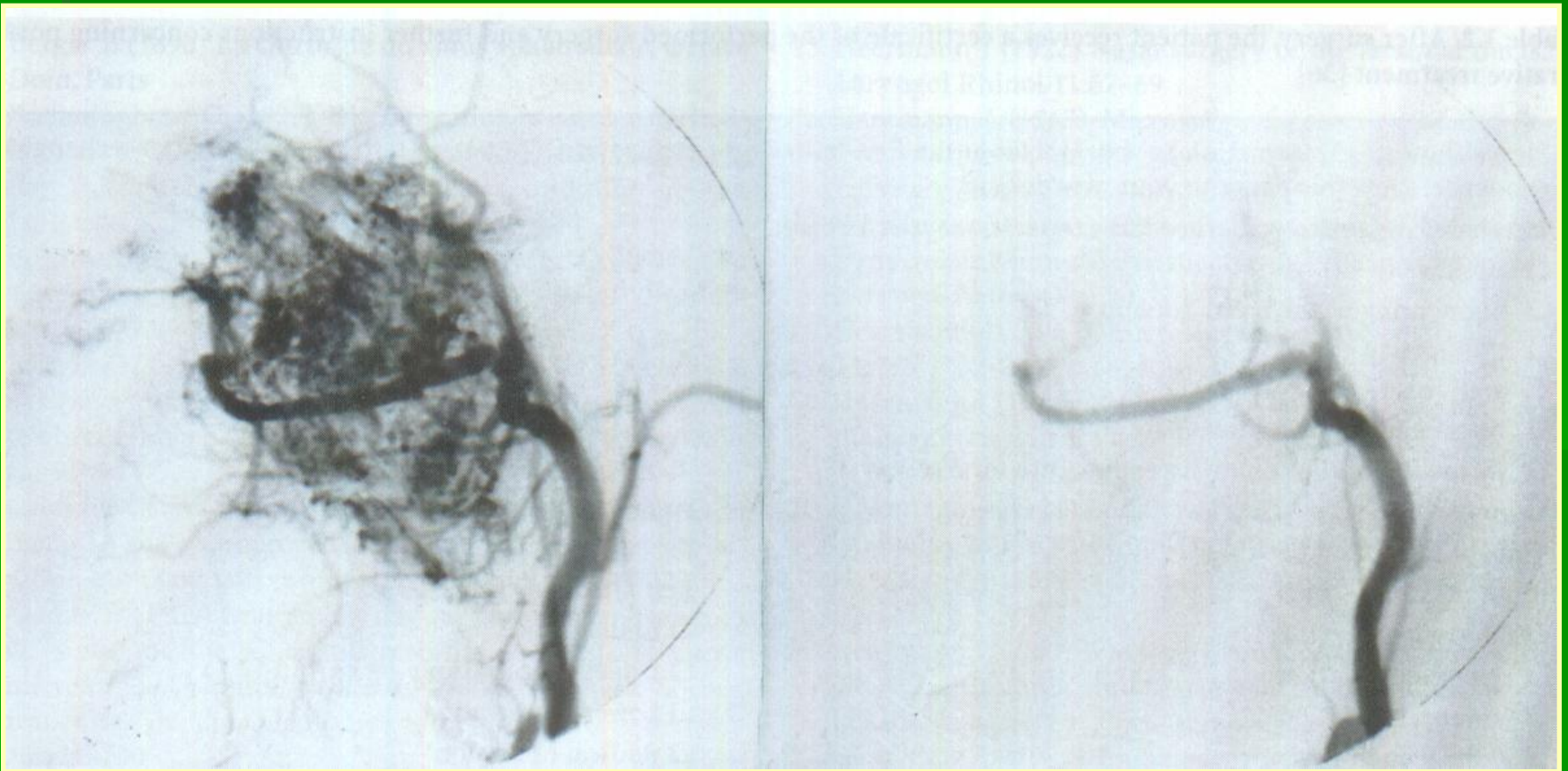
Tomografia Computadorizada



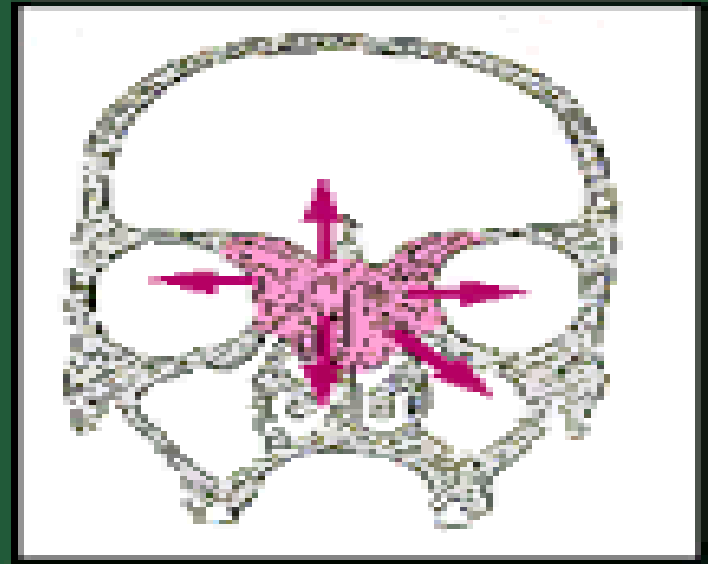
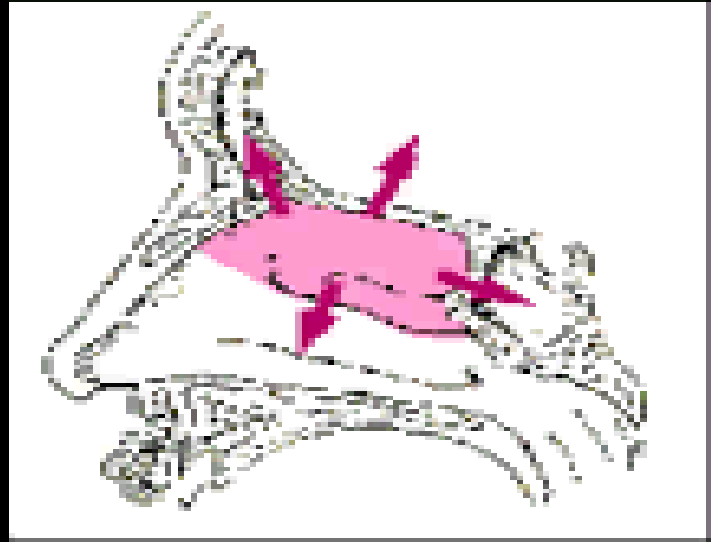
Ressonância Magnética



Angiografia



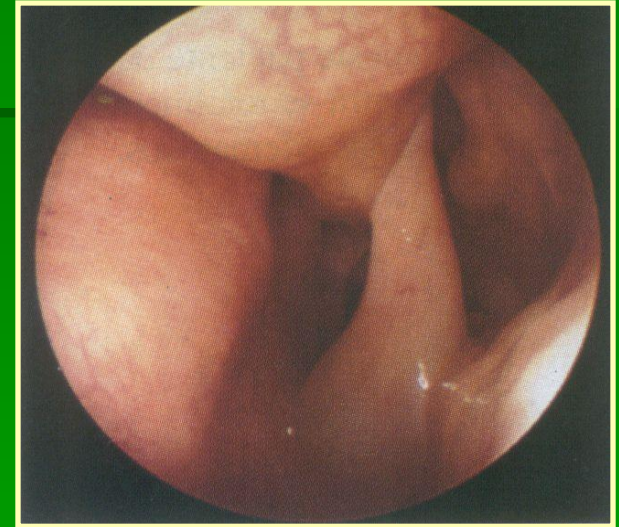
Vias de Propagação



Pseudotumores Benignos

Pólipo antro coanal (Killian)

- Origem parede lateral
- Crianças abaixo 10a
- Lesão isolada



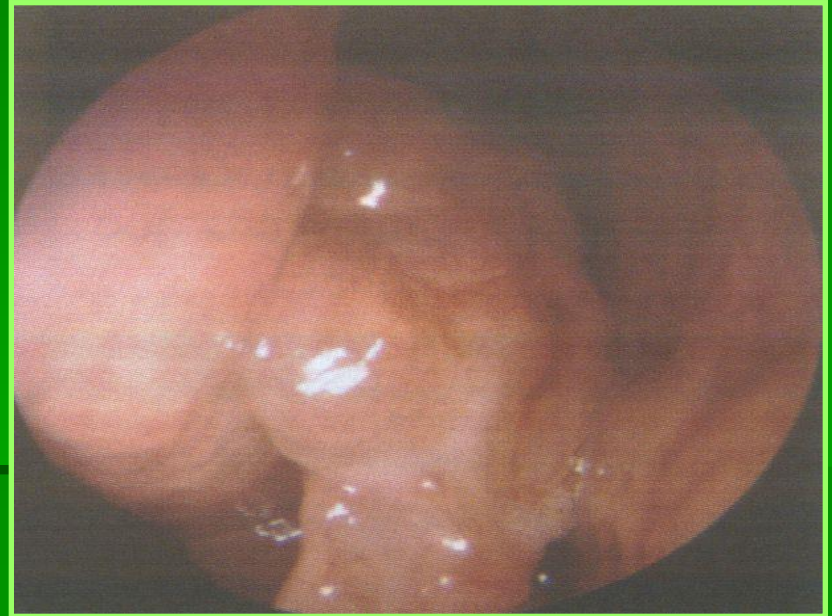
Pólipo Killian



Tumores Benignos

Papiloma Invertido

- Unilateral
- 3,5 H X 1 M
- Recidivante, sofre transformação maligna 10% dos casos



Tumores Benignos

Nasoangiofibroma Juvenil

Origem vascular

Incidência 1:5000

Sexo masculino

0.5% de todas as
neoplasias CCP

Invasão intracraniana
em 20 a 25%



Tumores Malignos

Carcinoma Nasofaríngeo

- 90% dos tumores nasofaríngeos
- Tipo I- Carcinoma espinocelular
- Tipo II- CEC não queratinizado
- Tipo III- Carcinoma indifenciado (linfoepitelioma)



Estadiamento

AJCC

Tumor Primário (T)

T1- Tu confinado à nasofaringe

T2-Tu estende-se aos tecidos moles

T2a-Tu estende-se orofaringe e/ou cav. nasal, sem extensão parafaríngea

T2b-Extensão parafaríngea

T3-Invade estruturas ósseas e/ou seios paranasais

T4- Tu com extensão intracraniana e/ou envolvimento dos nervos cranianos, fossa infratemporal, hipofaringe, órbita ou espaço mastigatório

Estadiamento

AJCC

Linfonodos regionais (N)

N1- Metástase unilateral com linfonodos medindo ≤ 6 cm acima da fossa supraclavicular

N2-Metástases bilaterais menores que 6cm, acima da fossa supraclavicular

N3a-Metástase com mais de 6cm

N3b-Extensão para fossa supraclavicular

Estadiamento

AJCC

Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio IIa	T2a	N0	M0
Estádio IIb	T1-T2b	N0-N1	M0
Estádio III	T1-T3	N0-N2	M0
Estádio IVa	T4	N0-N2	M0
Estádio IVb	T-T4	N3	M0
Estádio IVc	T-T4	N-N3	M1

Tratamento

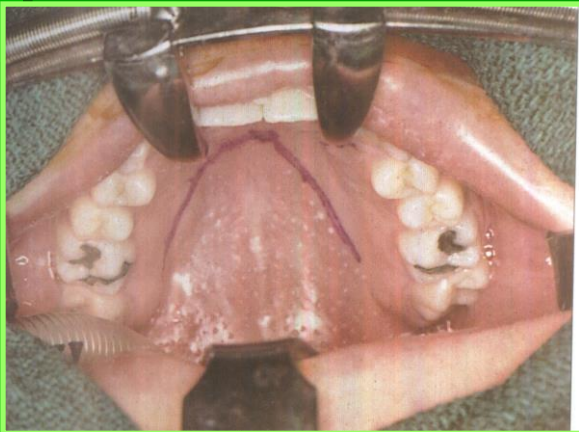
Incisão pré-auricular



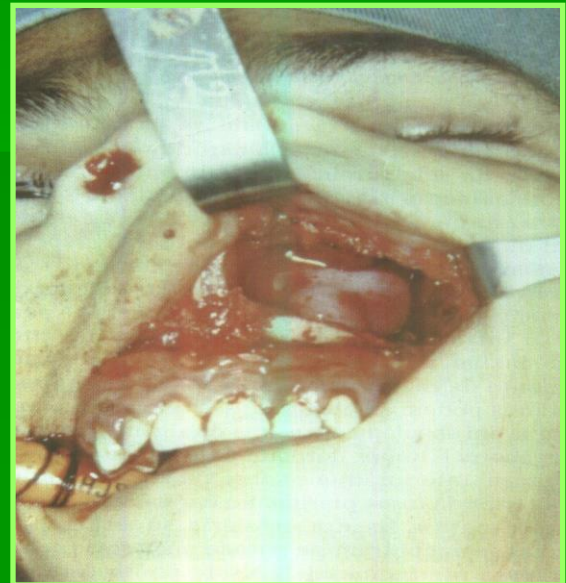
Weber-Ferguson



Transpalatal

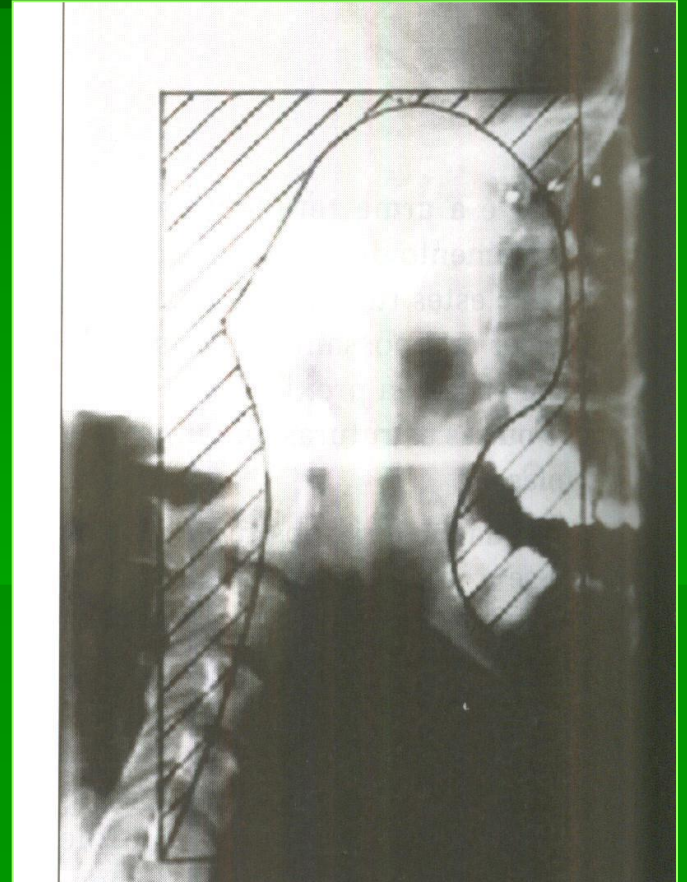


Degloving



Radioterapia

- Tratamento de escolha
- Campo de irradiação mais amplo em CCP
- Dose para carcinomas independe do subtipo histológico
- Braquiterapia-incremento da dose
- Associação a quimioterapia
- Complicações



Prognóstico

Estádio X Tempo de Sobrevida em 5 anos AJCC

Estádio	I	50,5- 74,5	%
Estádio	II	39,9-64,3	%
Estádio	III	48,1-64,4	%
Estádio	IV	34,6-43,3	%