



Tumores da cavidade nasal e seios paranasais



Antonio Carlos Costa e Silva Neto
S4 - Medicina - UFC



1) Introdução

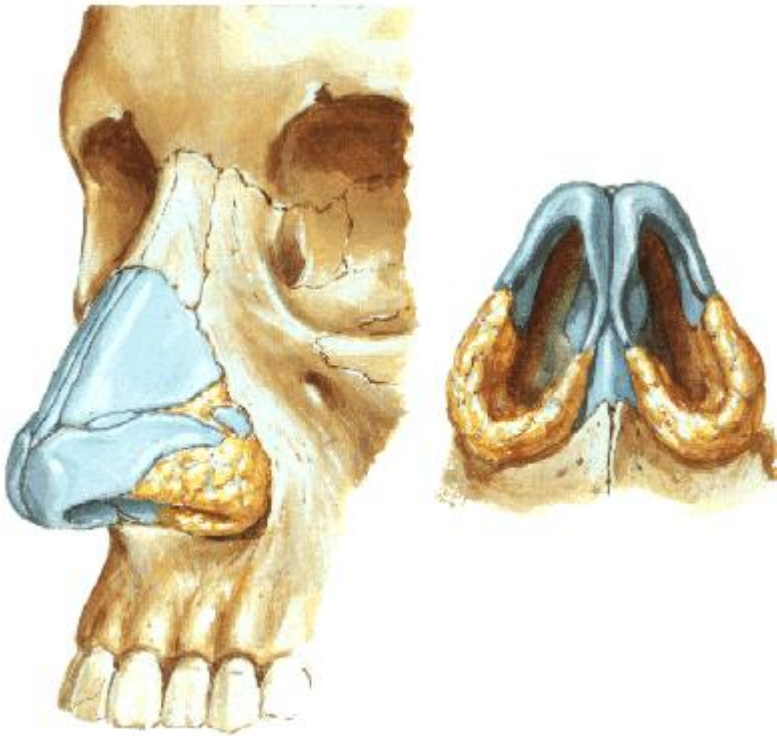


- ▶ Local de grande diversidade de tipos tumorais;
- ▶ Destaque: origem mucosa, seromucosa, óssea, cartilaginosa, tecidos moles, neuro/neuro ectodérmicos.
- ▶ Tratamento: excisão cirúrgica (quando viável).
- ▶ Aspectos clínicos gerais: epistaxe, obstrução nasal.



2) Anatomia

2.1) cavidades nasais

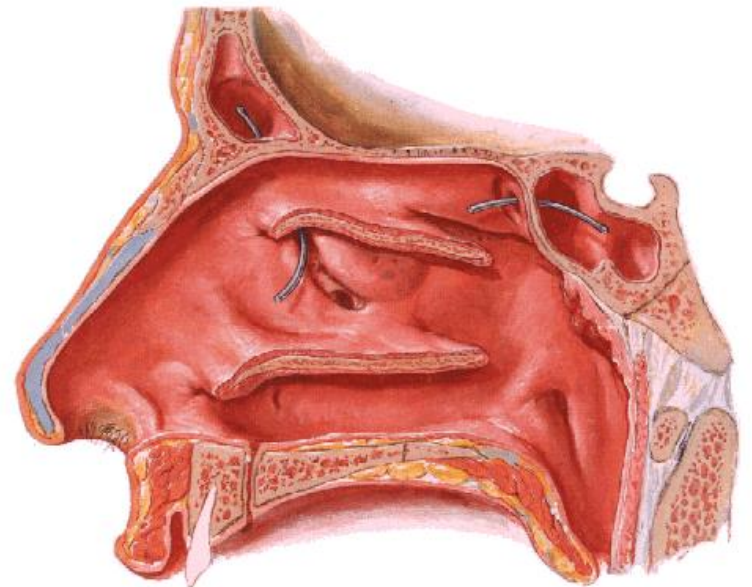
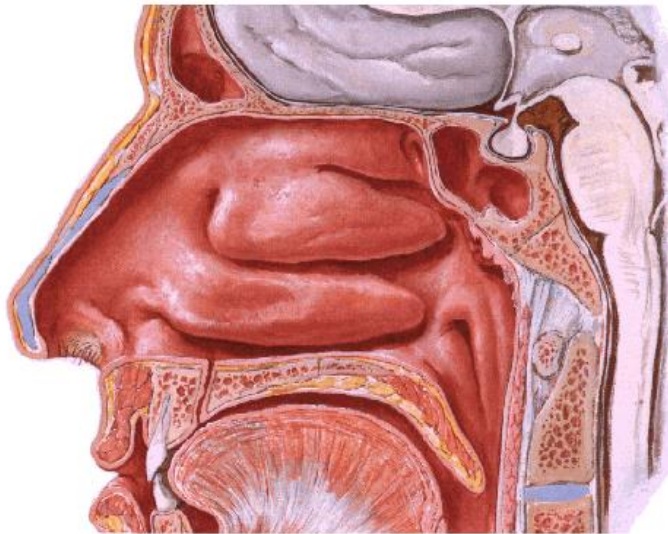


Cavidades Nasais:
Delimitações
Cartilagens nasais



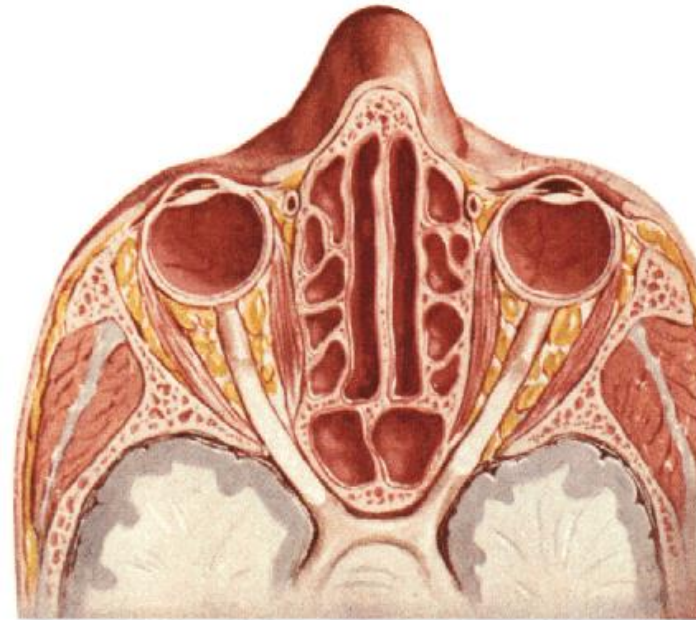
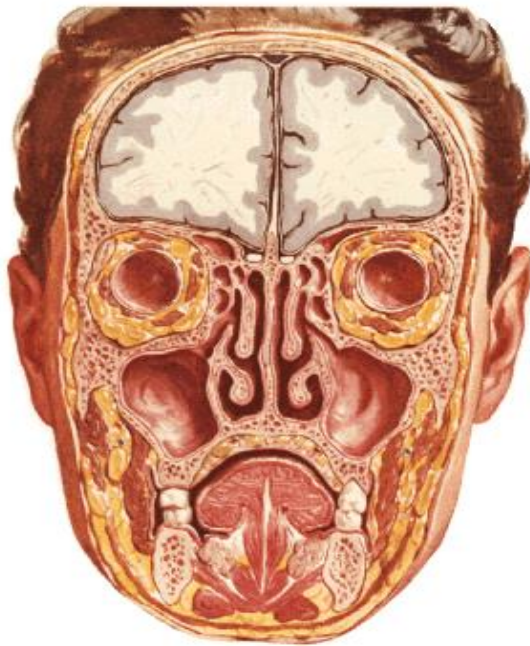
Parede lateral cavidade nasal

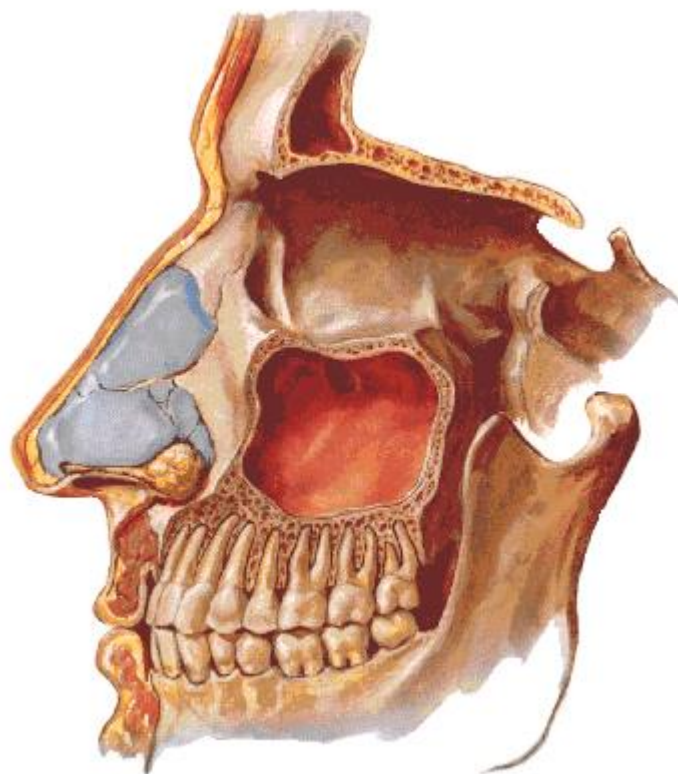
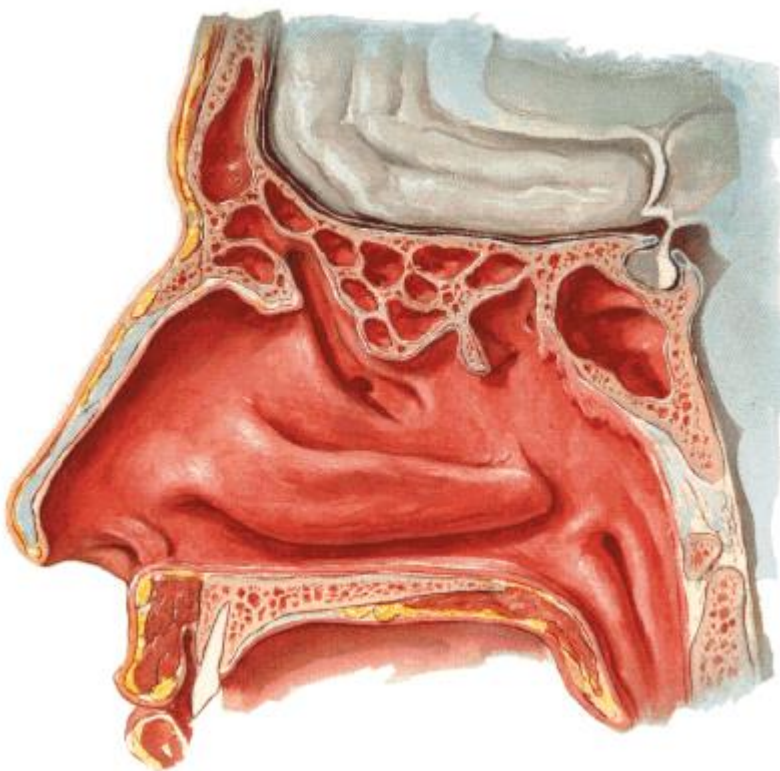
Comunicação com seios paranasais





2.2) Seios Paranasais





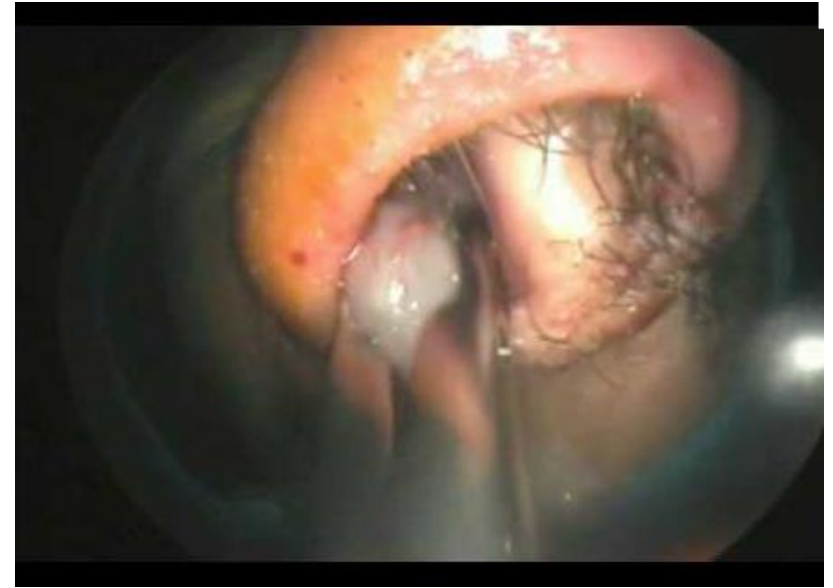


4) Tumores Benignos

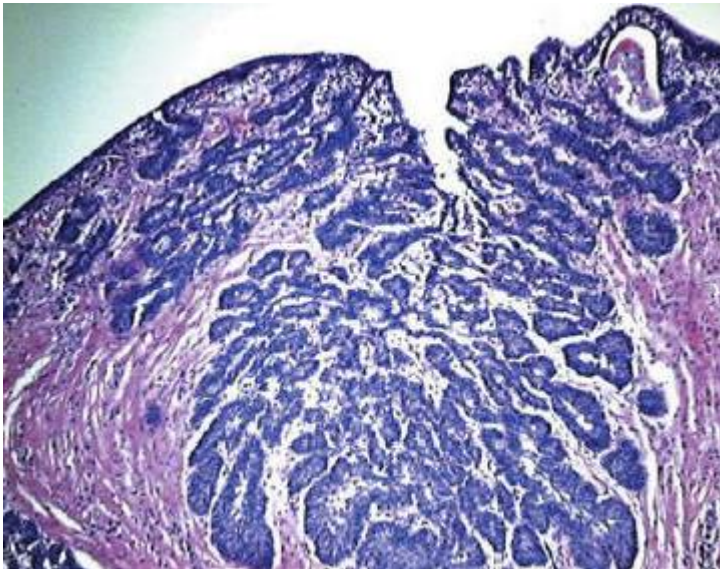
- ▶ Destaques:
- ▶ Tumores de Tecidos moles, vasculares, cartilaginosos, ósseos
- ▶ Papilomas
- ▶ Angiofibroma
- ▶ Sintomas gerais: Epistaxe, obstrução(geralmente unilateral)
- ▶ Tratamento: excisão cirúrgica



Papiloma invertido



Localmente agressivos
Considerados lesões pré-cancerosas
Altamente recorrentes
Complicação- invasão de órbita ou caixa craniana

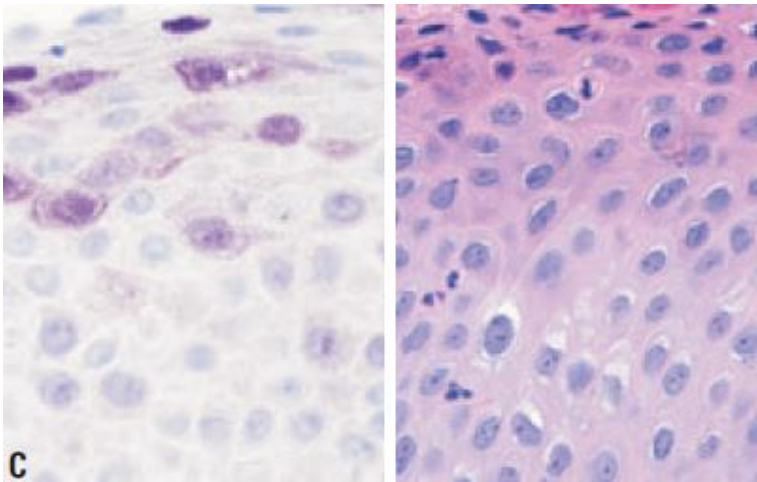


Papiloma invertido em cavidade nasal.
Achado histopatológico típico:
Invaginação para a mucosa

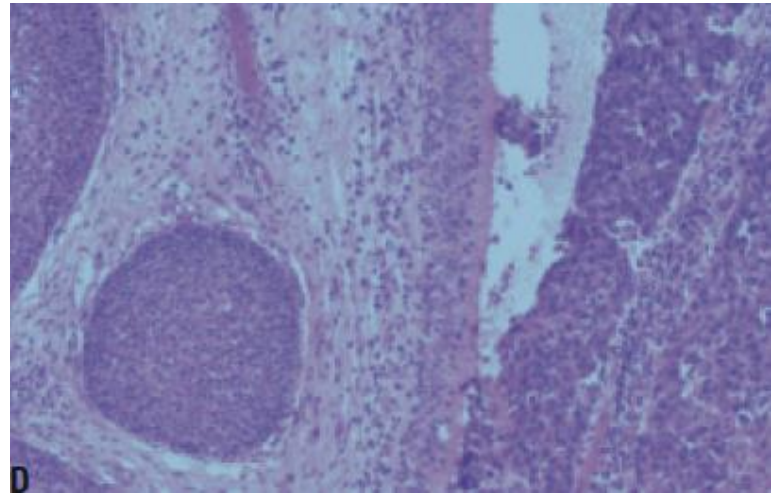
Papiloma invertido gigante com invasão intracraniana



▶ Histopatológico



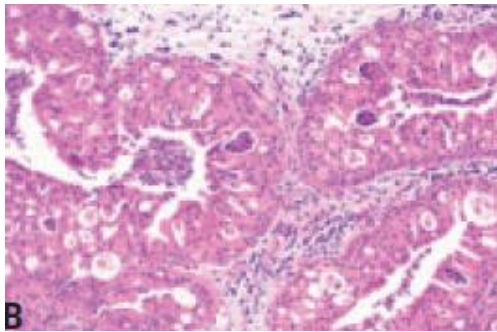
Papiloma invertido: Reatividade ao HPV, coilócitos



Papiloma invertido associado a carcinoma

Papiloma oncocítico

- ▶ Crescimento
- ▶ Agente etiológico(?)
- ▶ Localização– parede lateral cavidade nasal, seios maxilares
- ▶ Epidemiologia– igual entre os sexos
- ▶ Diagnóstico diferencial– adenocarcinoma papilar



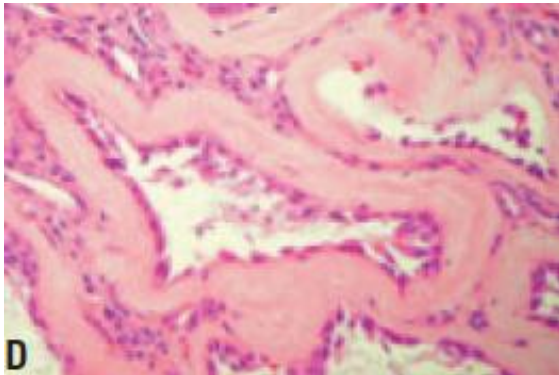
Papiloma exofítico

- ▶ Papiloma fungiforme ou septal
- ▶ Mais comum em homens
- ▶ HPV(6 e 11) frequentemente achado
- ▶ Epistaxe,obstrução nasal
- ▶ Diagnóstico Diferencial–Papiloma cutâneo queratinizante



Hamartoma adenóide

- ▶ Hamartoma glandular
- ▶ **Tumor não neoplásico**
- ▶ Predomina em homens(30–60 anos)
- ▶ Origem:Pólipos inflamatórios



Tumores Benignos de Tecidos Moles, ósseo, cartilaginosos e vasculares

I) Mixoma(Fibromixoma odontogênico)

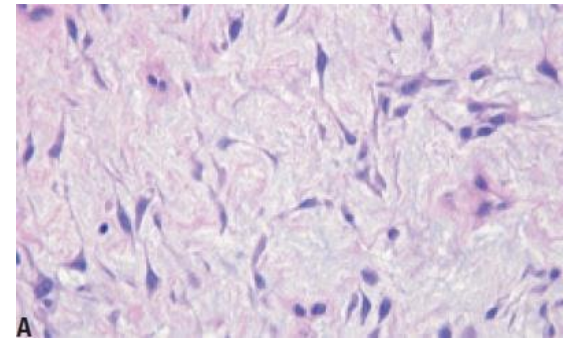
Crescimento lento e infiltrativo.

Mais comum em 2° a 3° décadas de vida

Mandíbula mais acometida(Posterior)

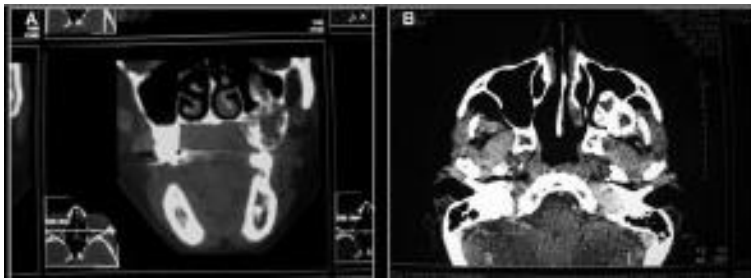
Diagnóstico diferencial: Cistos, displasia fibrosa, ameloblastoma, fibroma.

Pode ser assintomático.

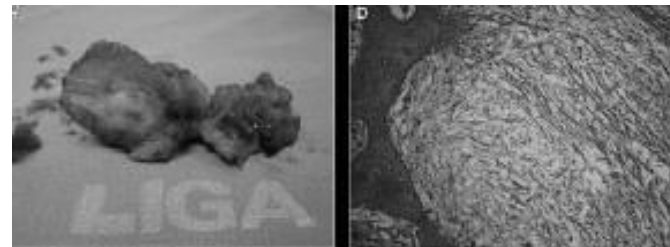


Caso de paciente com mixoma odontogênico com invasão do seio maxilar

- ▶ TC, coronal e axial



Macro e microscopia



Plasmocitoma extramedular (PEM)

Origem: Linfócitos B

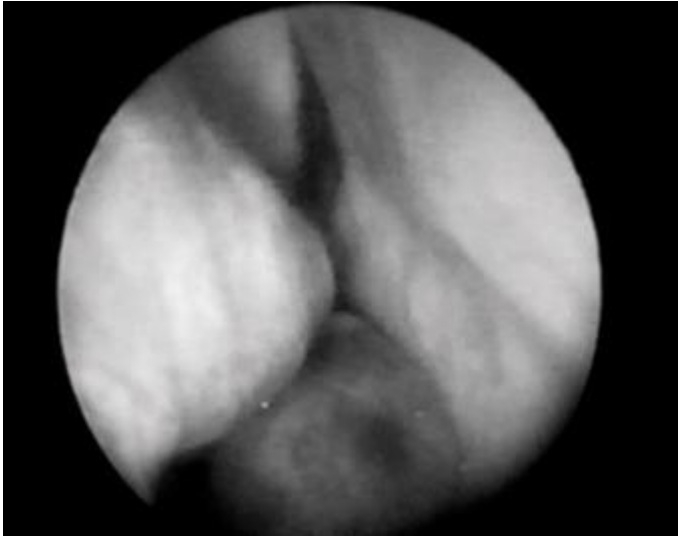
3 Variantes

4% dos tumores sinonasais

Predomina no sexo masculino(40 anos)

Endoscopia nasal: tumoração polipóide, aspecto lobulado.

Caso clínico de PEM



Caso clínico de Hemangiopericitoma Sinonasal (tumor raro)

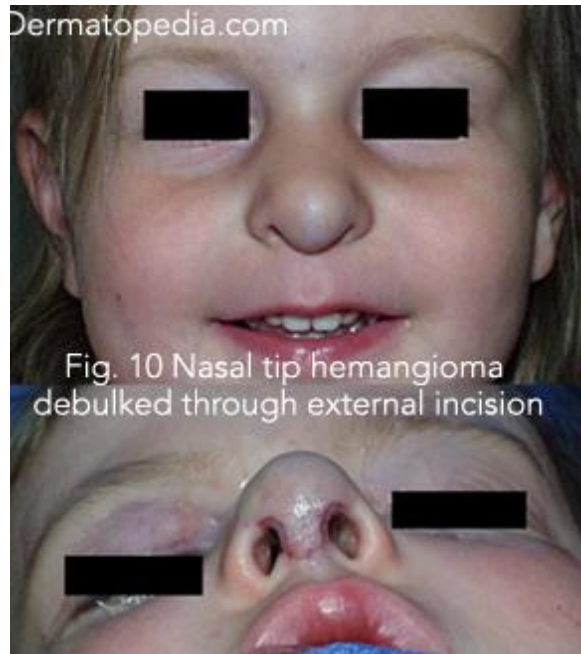


II) Hemangioma

- ▶ Origem vascular.
- ▶ Pico em crianças, mulheres em idade reprodutiva.
- ▶ Localização: Septo nasal, conchas nasais.
- ▶ Epistaxe, massa (não dolorosa) obstrutiva, possível sinusite.
- ▶ Possível complicação cirúrgica: intenso sangramento.
- ▶ Diagnóstico diferencial: telangiectasia, malformações vasculares, angiofibroma.

Pacientes com hemangioma em cavidade Nasal

Paciente 1

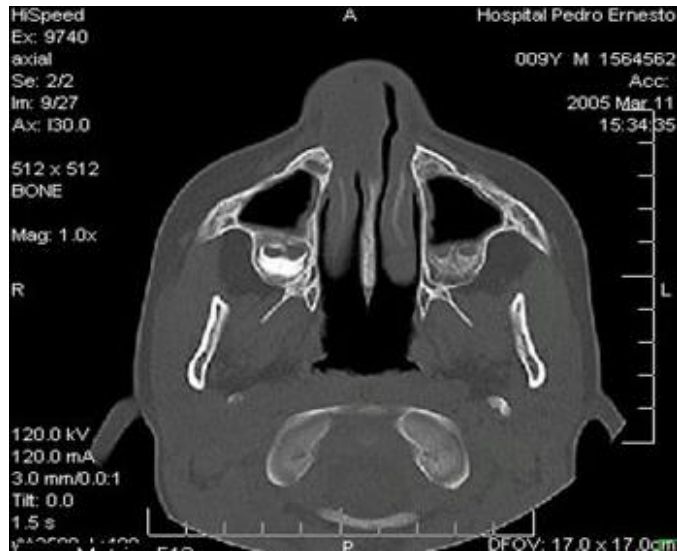


Paciente 2



Imagens TC paciente 2

Axial

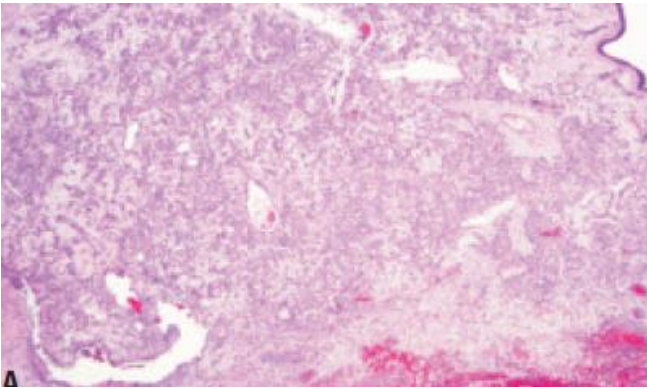


Coronal

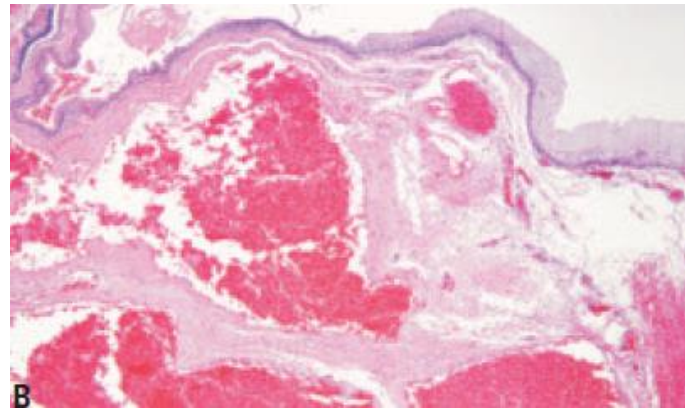


Histopatológico-2 tipos característicos

Lobular



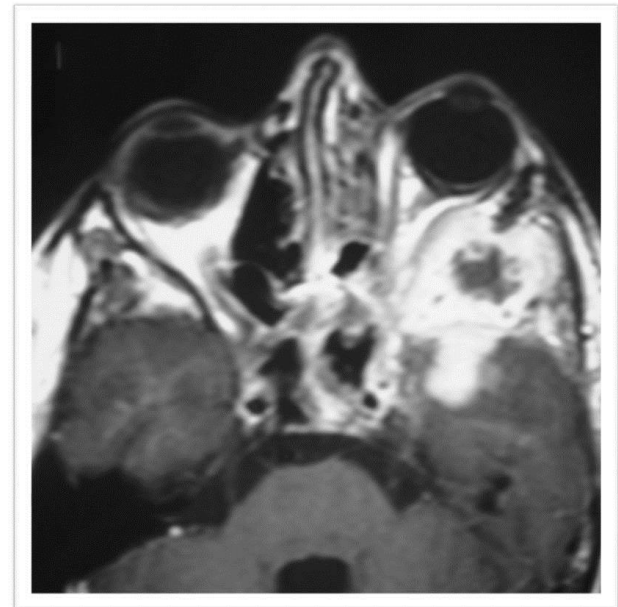
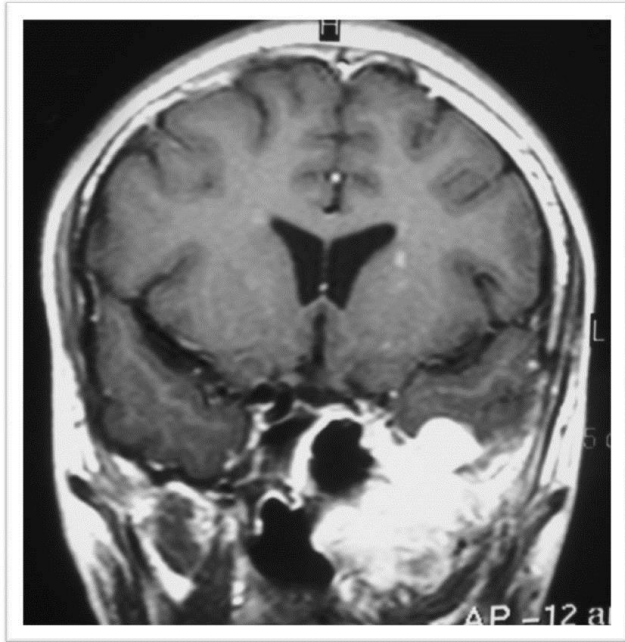
Cavernoso



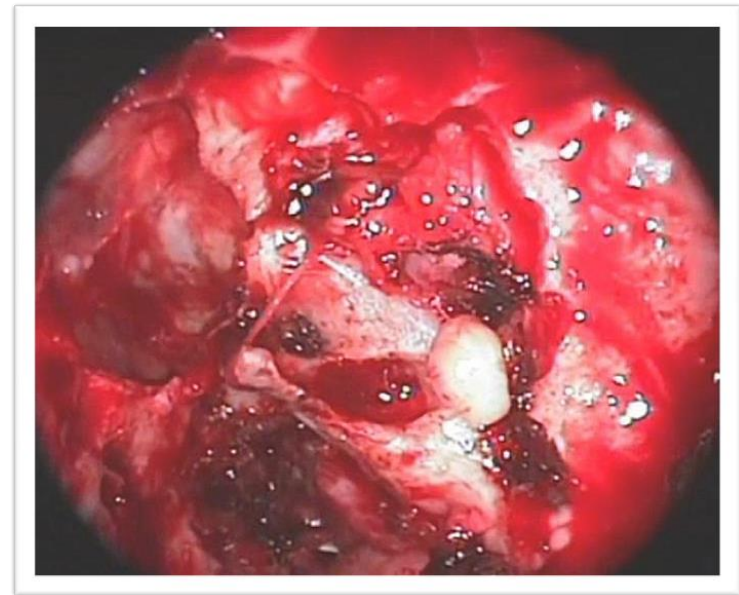
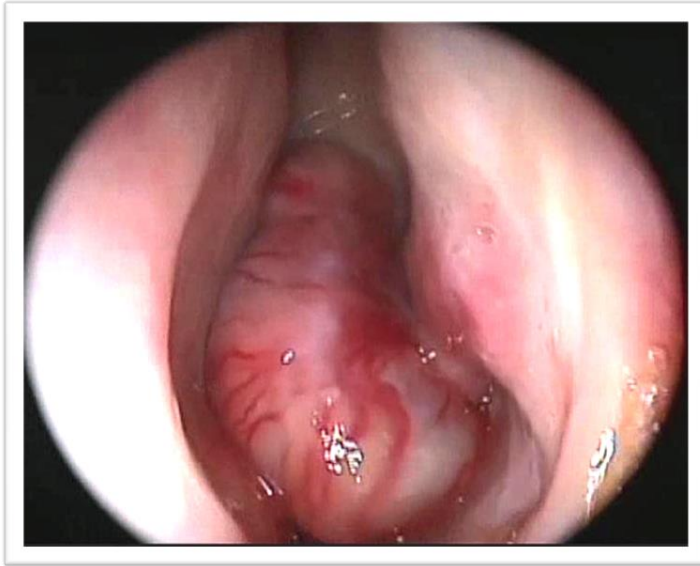
III) Angiofibroma Juvenil

- ▶ Altamente vascularizado, Geralmente pulsátil.
- ▶ Localmente invasivo.
- ▶ Mais comum em homens adolescentes.
- ▶ Origem mesenquimal, nasofaringe-cavidade nasal posterior.
- ▶ Invasão intra-craniana comum.
- ▶ Possível complicação cirúrgica: Sangramento intenso (bolsas de sangue).
- ▶ Embolização pré-operatória

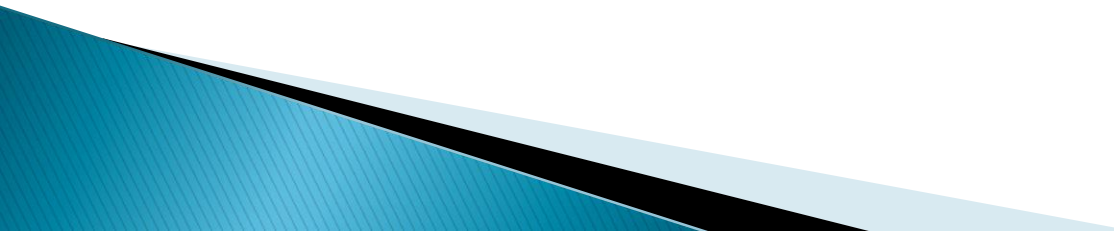
Fotos casos operados na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza



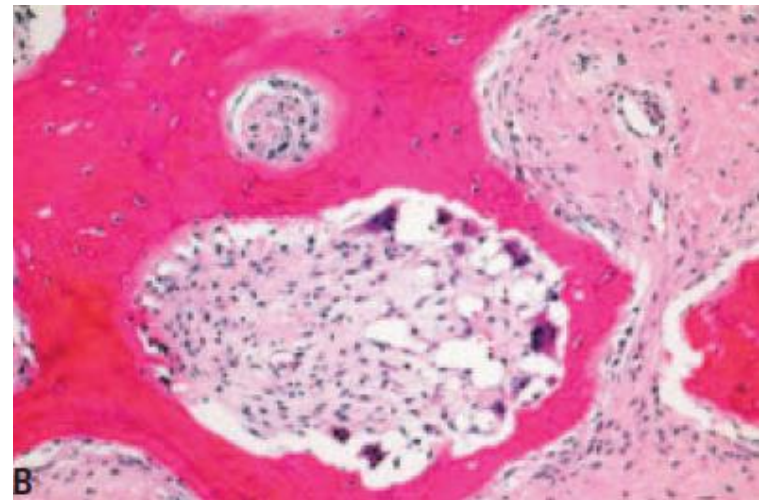
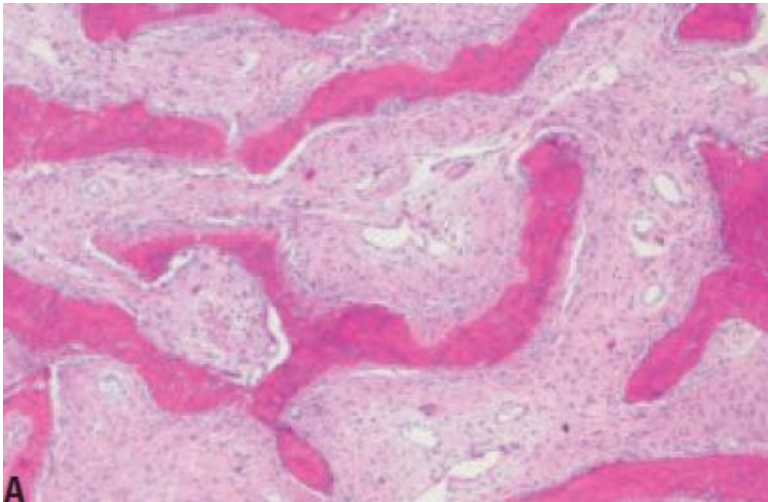
Excisão: cirurgia endoscópica



IV) Displasia Fibrosa

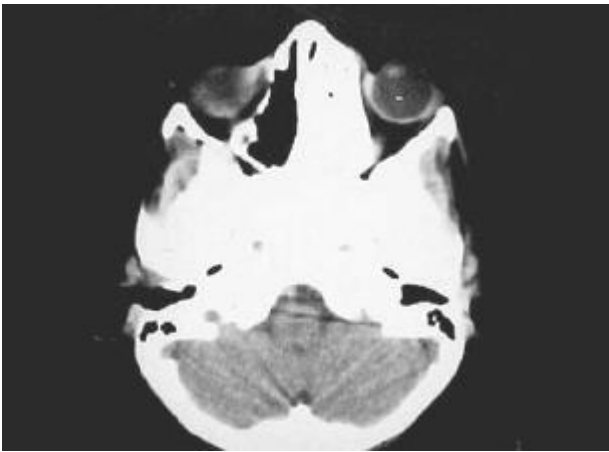
- ▶ Lesão pseudo-neoplásica, tecido fibroso com céls. Imaturas.
 - ▶ Substituição do tec. Ósseo.
 - ▶ Caráter genético
 - ▶ Mais comum em crianças.
 - ▶ O que causa???
- 

Histopatológico-Trabéculas ósseas irregulares

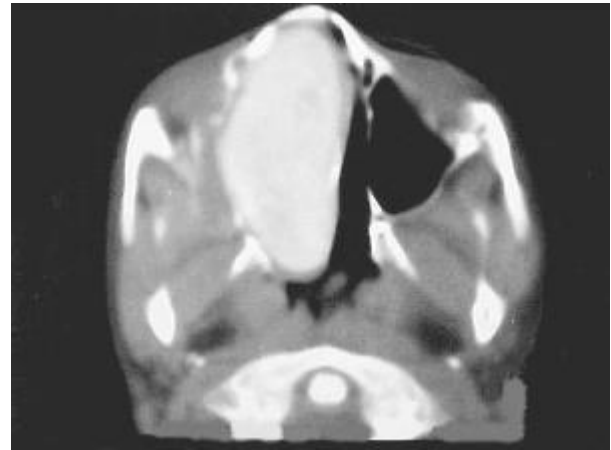


Pacientes com Displasia fibrosa acometendo Cavidades sinonasais.

caso 01



Caso 02

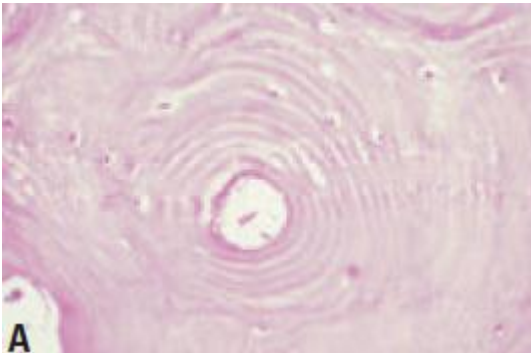


Osteomas

- ▶ Achados incidentais.
- ▶ Assintomáticos.
- ▶ Lesão bem circunscrita, ocasionalmente exofítica ou polipóide.
- ▶ Maior frequência: jovens adultos, predomínio em homens(2:1); seios frontal e etmoidais.
- ▶ Síndrome de Gardner.
- ▶ Sem necessidade de terapia(excisão local quando possível).



Achado incidental



Histopatológico



Outros tumores benignos em cavidades sinonasais

Mucocele

Scwannomas

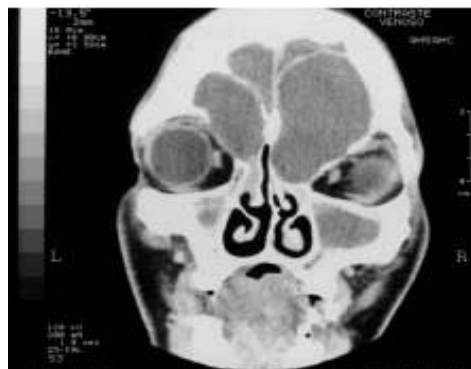
Pólipos

Neurofibroma

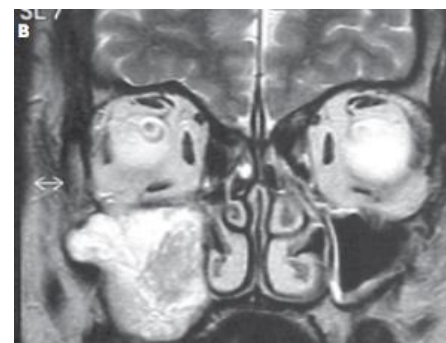
Granuloma central de céls. Gigantes



Mucocele frontal
Bilateral



RNM: Ameloblastoma em
Seio maxilar





Tumores malignos



Tumores epiteliais.

Tumores não epiteliais.

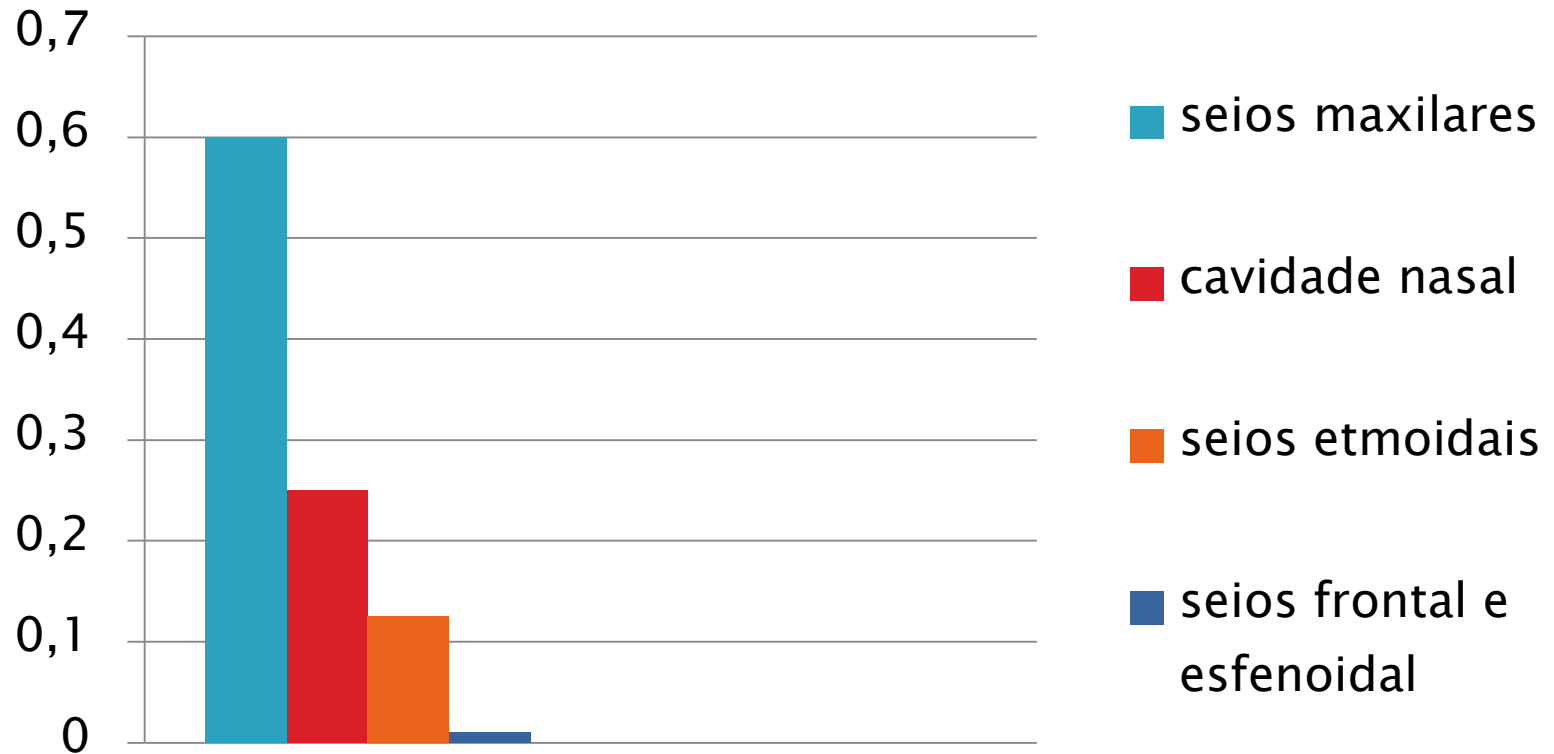
Queixas principais: Dor, epistaxe, obstrução nasal, edema de bochecha.

Diagnóstico: exame físico, exames de imagem

Tratamento: Cirurgia, radioterapia, quimioterapia.

Metástases principais: mama, pulmão e rim.

Porcentagem em relação a cavidade nasal e seios paranasais



3) Epidemiologia

- ▶ 0,2 a 0,8% de neoplasias malignas
- ▶ 3% dos carcinomas de cabeça e pescoço
- ▶ Incidência baixa na maioria das populações: Mulheres: $< 1 / 100,000$
homens: $< 1.5 / 100,000$
- ▶ Taxas maiores em: Japão, Índia e China
- ▶ CEC tipo mais comum

Estadiamento: 1) seio maxilar

- T1: restrito à mucosa do antro, sem erosão óssea
- T2: erosão ou destruição de infra-estrutura, incluindo o palato duro e/ou o meato médio
- T3: Invasão de pele da bochecha ou parede posterior do seio maxilar ou assoalho da parede medial da órbita ou seio etmoidal anterior
- T4: invasão de conteúdo orbitário e/ou : lâmina cribiforme, seio etmoidal posterior ou esfenoidal, nasofaringe, palato mole, fossas pterigo-palatina ou temporal, base do crânio

2) Cavidade nasal e seios etmoidais

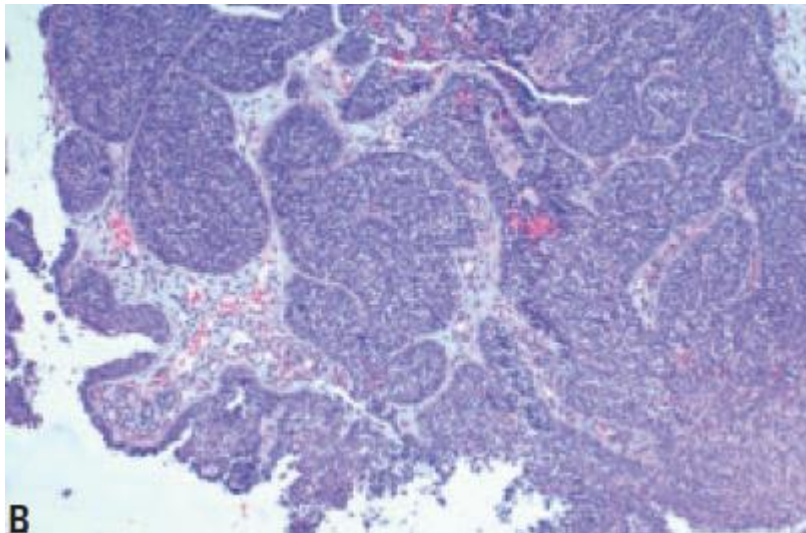
- ▶ T1: Restrito a qualquer subsítio, sem erosão óssea.
- ▶ T2: Invasão 2 subsítios, em uma única região ou estendendo-se até região adjacente, com ou sem invasão óssea.
- ▶ T3: Invade soalho ou parede medial da órbita, seio maxilar, palato ou placa cribiforme, seio esfenóide ou frontal.
- ▶ T4: invade ápice da órbita, dura-máter, cérebro, fossa craniana média, outros nervos cranianos(exceto NC V2), nasofaringe ou clivo.

Tumores Epiteliais Malignos

I)CEC

- ▶ Mais frequente(60%).
- ▶ Mais comum:homens caucasianos(5^o–6^o décadas de vida)
- ▶ 2 padrões: Queratinizante e não-queratinizante.
- ▶ Variantes do CEC: carcinoma verrucoso,CEC papilar, CEC basalóide

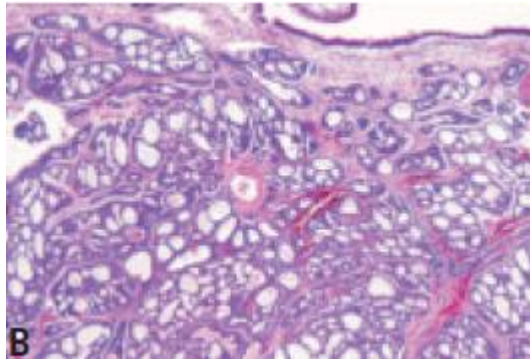
- ▶ Histologia–céls coesivas invadindo estroma.
- ▶ Não -queratinizante.



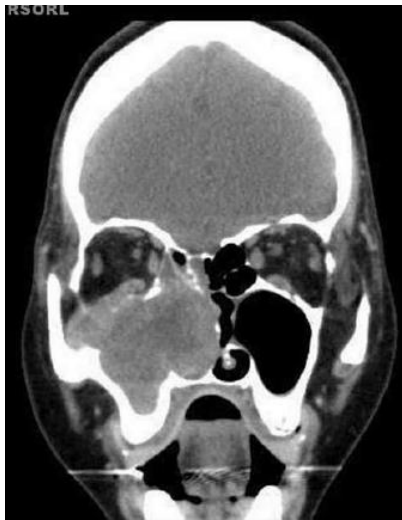
Outros tumores epiteliais

I) Carcinoma adenóide cístico:

- ▶ 20% dos tumores epiteliais
- ▶ Invasão perineural.
- ▶ Histopatológico: formação tubular, pequenas Glândulas.



Carcinoma mucoepidermoide de seio maxilar



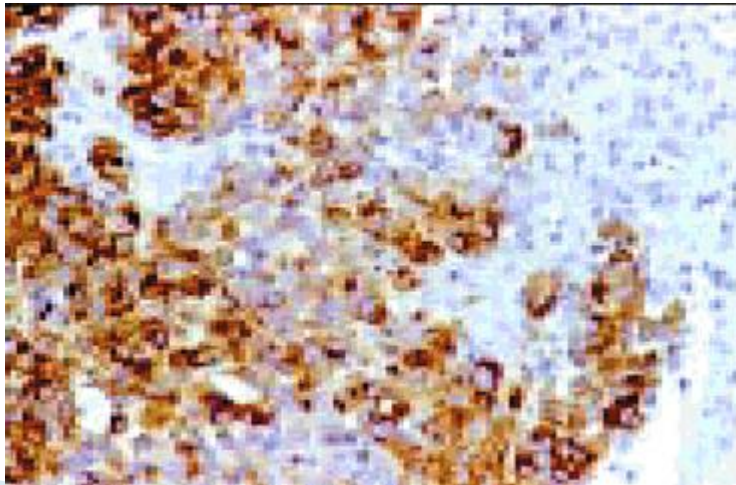
TC coronal



Endoscopia-secreção purulenta

Melanoma

TC, melanoma sinonasal à direita, extensa destruição..



Histologia: céls. Grandes com núcleos Hiperchromáticos, pleomórficos.

Tumores Não Epiteliais Malignos:

I) Condrossarcoma

- ▶ Polihistioma.
- ▶ Adultos mais velhos(homens).
- ▶ Seios maxilares,alvolo maxilar, septo nasal.
- ▶ Prognóstico: excelente, se completamente ressecado.
- ▶ Mortes(20% dos pctes) por Locais de recorrência incontrolados.

Macroscopia e Imagem típico

Macroscopia

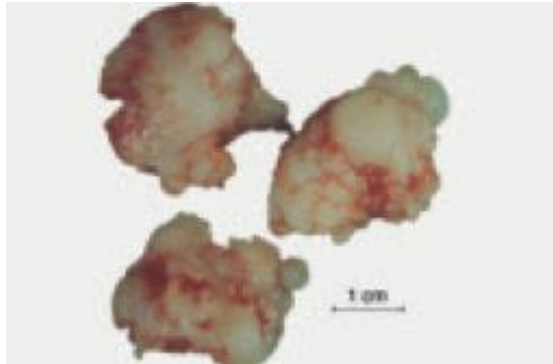
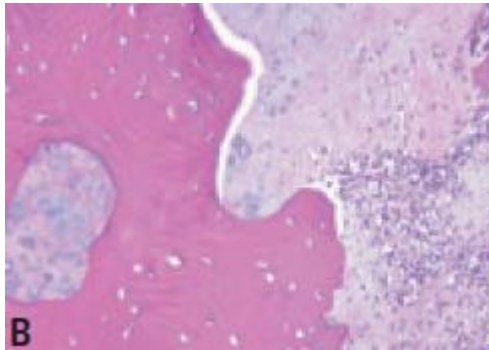


Imagem: Osteólise

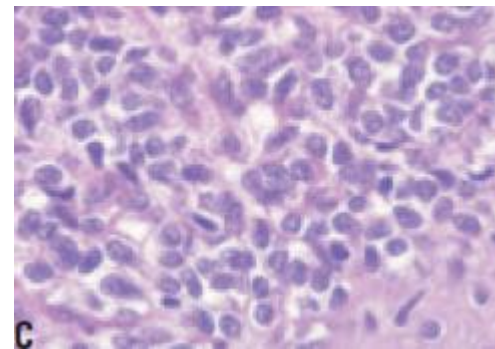


▶ Lâmina histológica:



Invasão do tec. Ósseo por condrossarcoma

Espaços lacunares indefinidos, ao redor das céls. mesenquimais indiferenciadas.



II)Osteosarcoma

Tumor osteogênico.

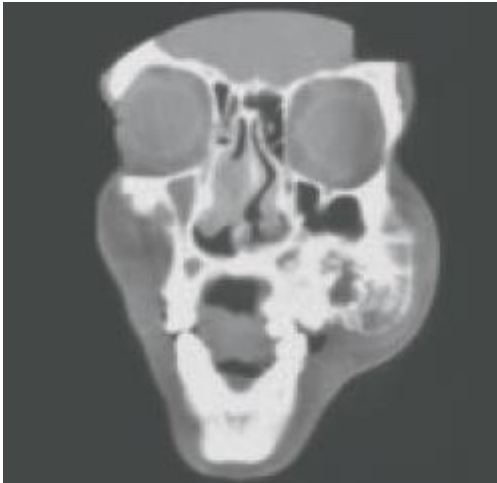
Tumor ósseo mais frequente.

Mandíbula e maxila.

Muito raro(0,7 / 1.000.000).

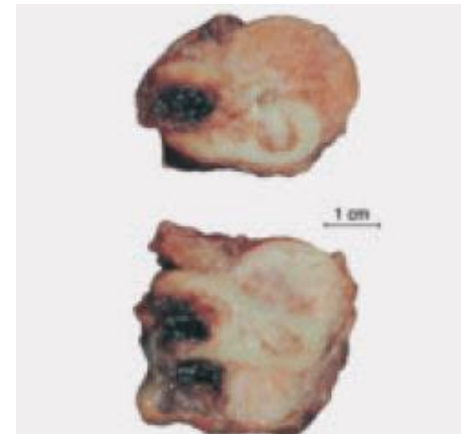
Homens(taxa levemente maior).

Macroscopia e imagem

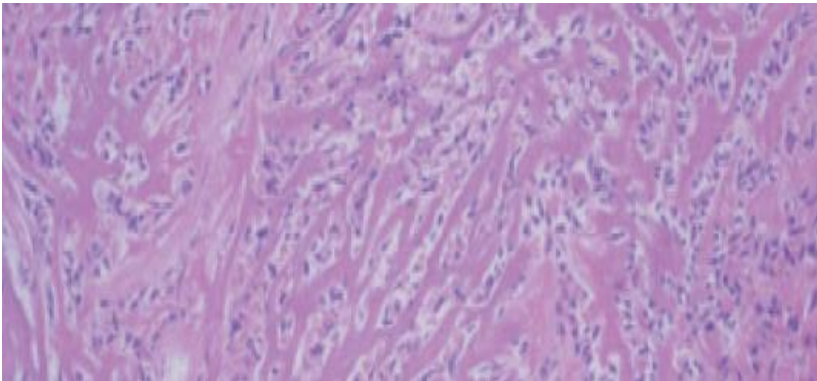


TC, osteosarcoma de maxila invadindo seio Maxilar e partes moles.

Tumor de aspecto grosseiro,
Arrodeando a raiz dentária.



Anatomopatológico

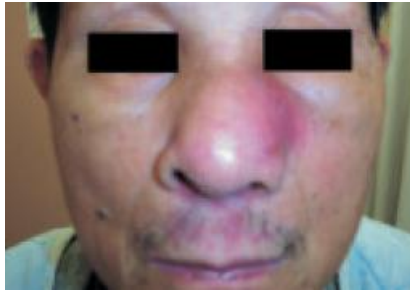


Osteosarcoma osteogênica, padrão
Típico de maior produção de
Matriz óssea.

Linfoma não- Hodgking

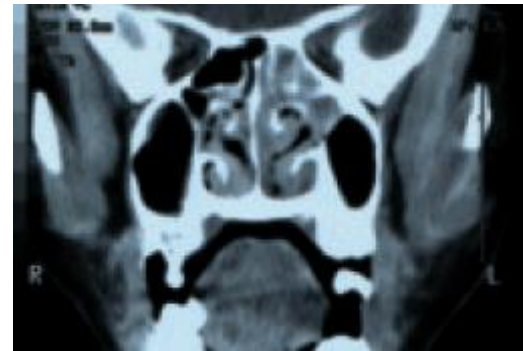
- ▶ 2º malignidade sinonasal mais frequente.
- ▶ Predomina tipo linfoma de céls. NK/T extranodal
- ▶ Fatores de risco: imunossupressão, EBV(NK/T).
- ▶ Jovens e idosos.
- ▶ Clínica/localização: cavidade nasal(obliteração da passagem nasal e seio maxilar; seios paranasais: destruição óssea, invasão para palato duro, osso alveolar, órbita.

Imagens linfoma não Hodgking, NK/T sinonasal.



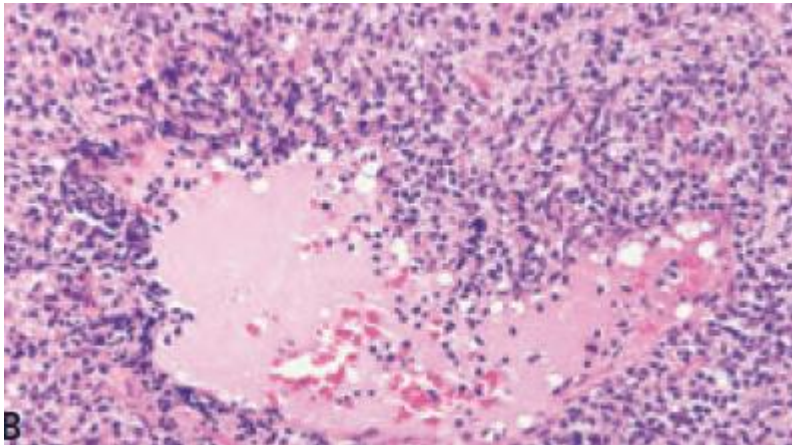
Linfoma Não-Hodking em cavidade nasal, seios etmoidal maxilar esquerdos.

TC, linfoma em cav. Nasal, seios etmoidal e maxilar, Tumor esquerdo, crescimento Contralateral.





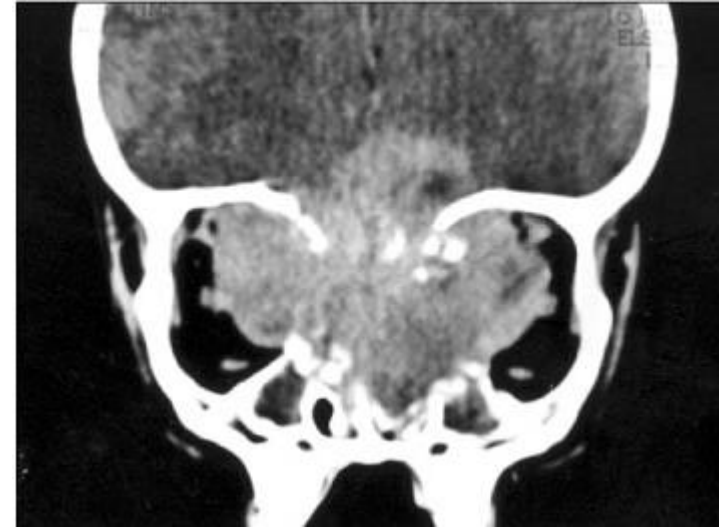
Anatomopatológico



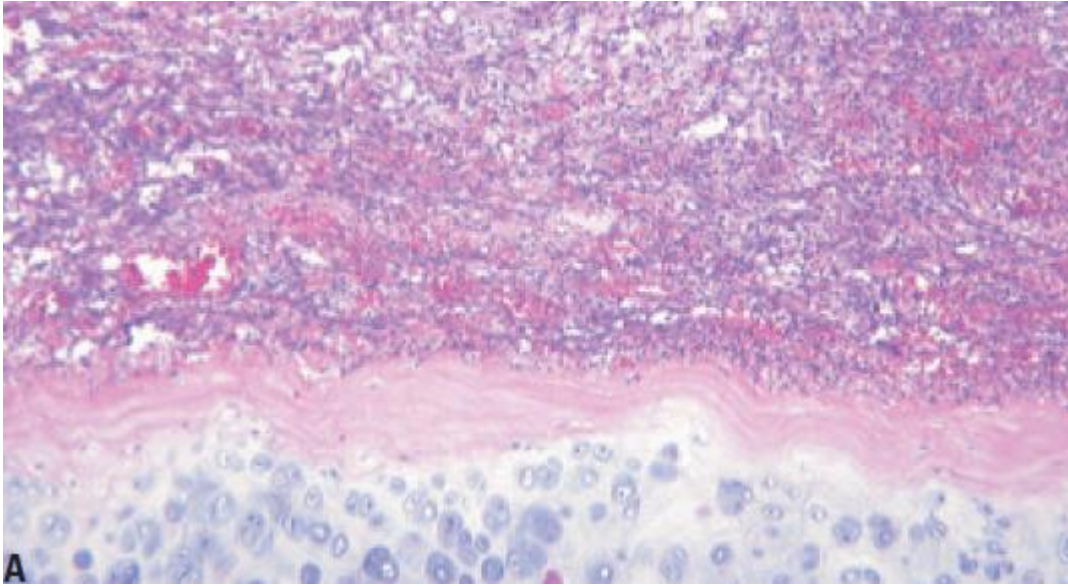
Crescimento angiocêntrico e angiodestrutivo.

Rabdomiosarcoma

TC, rabdomiosarcoma de seio etmoidal com invasão De órbita e fossas nasal e craniana anterior



Macroscopia: semelhança com pólipos Sinonasal.

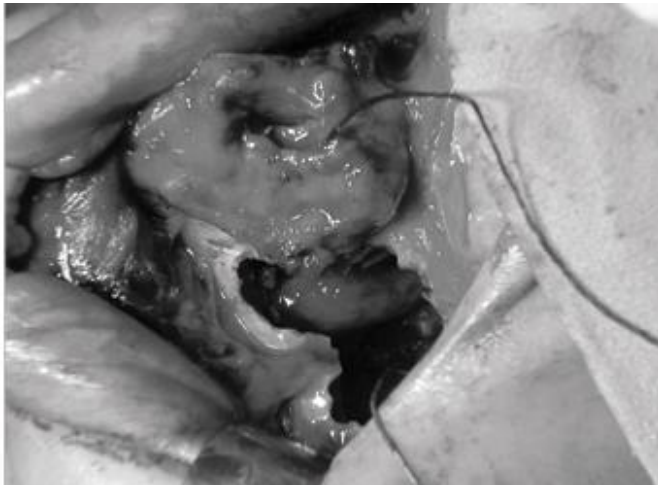


Tumor ricamente vascularizado
Sobre a cartilagem, sem infiltração.

Angiosarcoma

- ▶ Sinônimos: Hemangiosarcoma, hemangioendotelioma maligno.
- ▶ Menos de 1% das malignidades sinonasais.
- ▶ Homens, 5^o década de vida.
- ▶ Etiologia: Radiação, Arsênio.
- ▶ Seios maxilares mais frequentemente envolvidos.
- ▶ Epistaxe, palidez, massa dolorosa(inclui dor de cabeça, otalgia).
- ▶ Metástases linfonodais e à distância não frequentes.

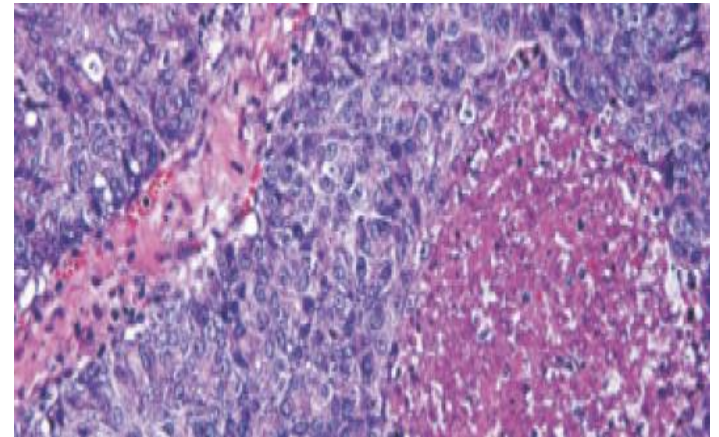
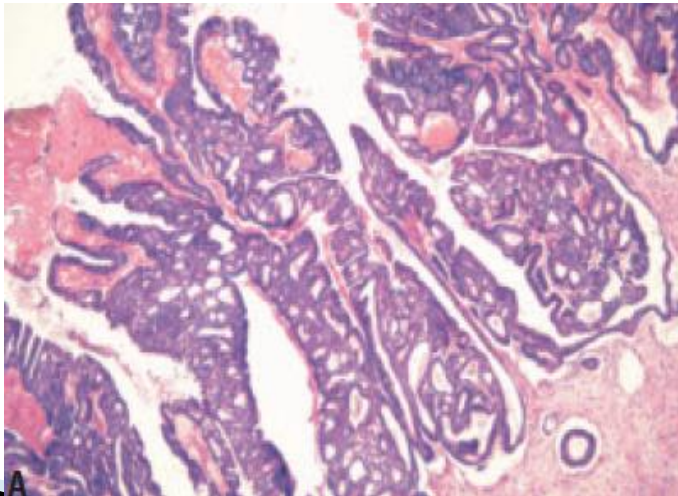
Estesioneuroblastoma Em fossa nasal direita



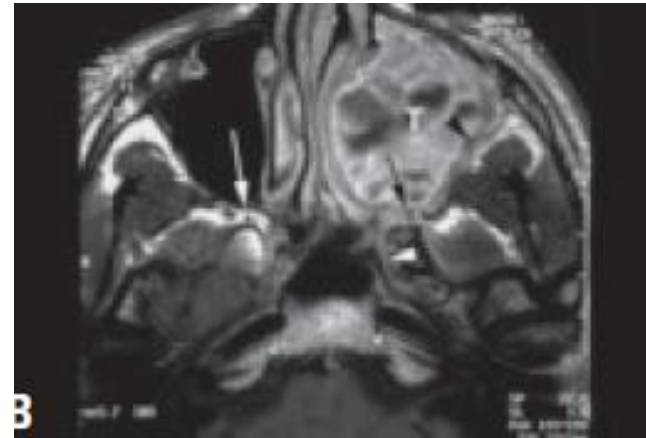
Ressecção crânio- facial

Adenocarcinoma

- ▶ 10–20% tumores malignos sinonasais
- ▶ Localmente agressivos
- ▶ Origem: epitélio respiratório ou gls. Seromucinosas.
- ▶ 2 tipos: intestinal e não intestinal



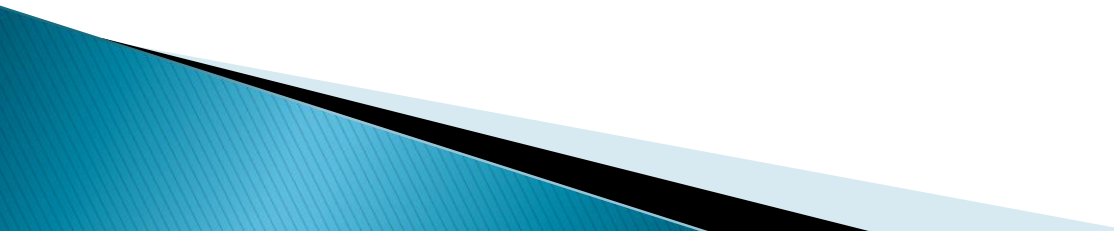
Carcinoma adenóide cístico- subtipo mais comum



Outros tumores malignos não epiteliais

- ▶ Fibrosarcoma
- ▶ Leiomiosarcoma
- ▶ Histiocitoma maligno
- ▶ Sarcoma neurogênico(bainha neural periférica)

Tumores border line e com baixo potencial malignizante

- ▶ Tumores desmóides(fibromatose desmóide)
 - ▶ Tumor miofibroblástico inflamatório
 - ▶ Glomangiopericitoma
 - ▶ Tumor fibroso extrapleural solitário
- 

Referências

- ▶ Revista brasileira de otorrinolaringologia
- ▶ Google imagens
- ▶ WHO, Head and neck tumors
- ▶ Atlas de anatomia–Netter.
- ▶ Trabalho Nasoangiofibro Juvenil: Ressecção Puramente Endoscópica (apresentado na XIX Jornada de Cirurgia da UFC
- ▶ Head and Neck Cancer Imaging, Robert Hermans.
- ▶ Aula– Geamberg Macedo– tumores de Nariz e Seios Paranasais.
- ▶ Sociedade de otorrinolaringologia do Estado do Rio de Janeiro.
- ▶ www.scielo.br

OBRIGADO!!!!