



# Tumores da cavidade nasal e seios paranasais



Antonio Carlos Costa e Silva Neto  
S4 - Medicina - UFC



# 1) Introdução

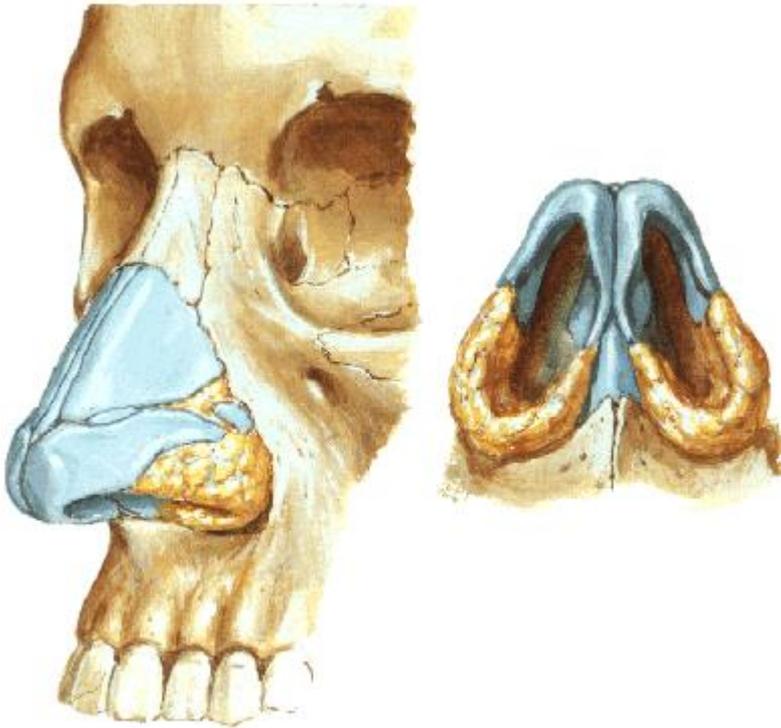


- ▶ Local de grande diversidade de tipos tumorais;
- ▶ Destaque: origem mucosa, seromucosa, óssea, cartilaginosa, tecidos moles, neuro/ neuro ectodérmicos.
- ▶ Tratamento: excisão cirúrgica ( quando viável).
- ▶ Aspectos clínicos gerais: epistaxe, obstrução nasal.



## 2) Anatomia

### 2.1) cavidades nasais

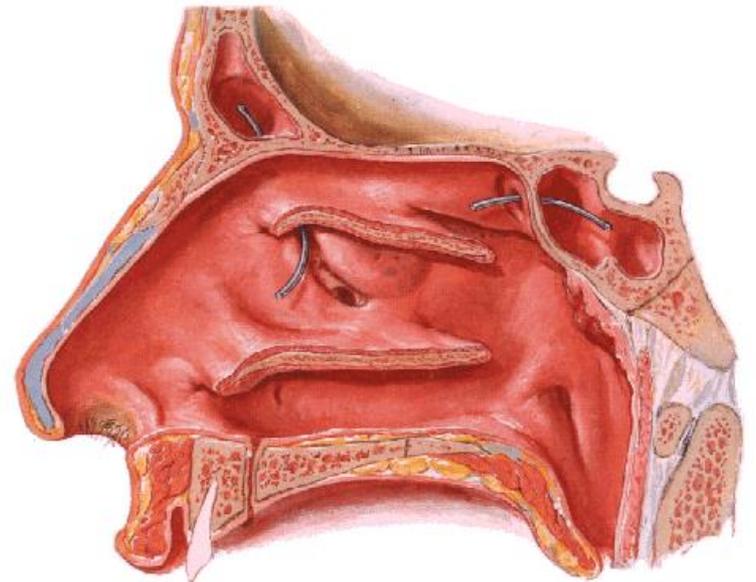
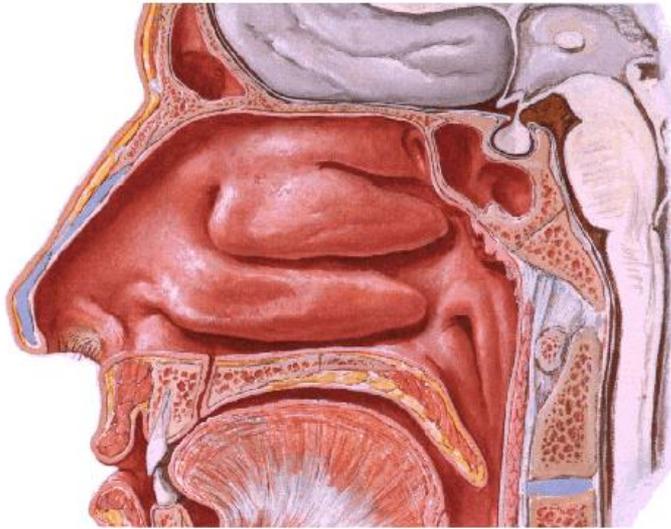


Cavidades Nasais:  
Delimitações  
Cartilagens nasais



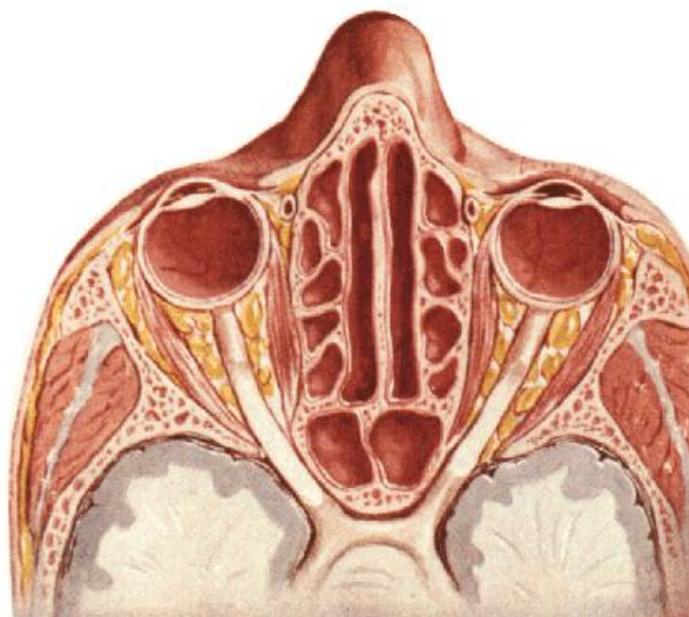
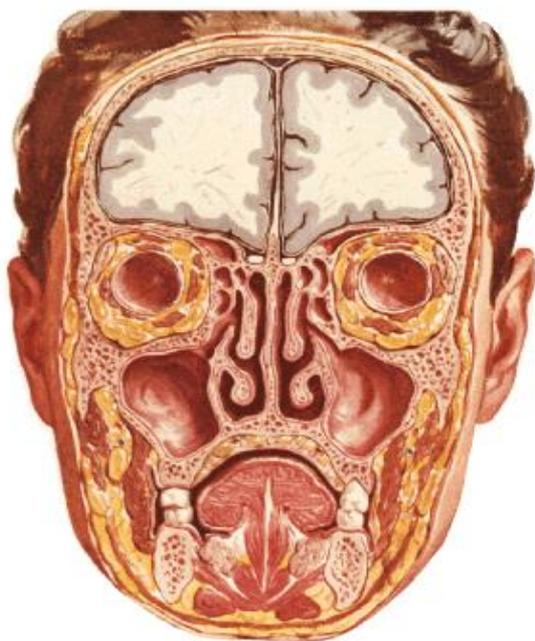
# Parede lateral cavidade nasal

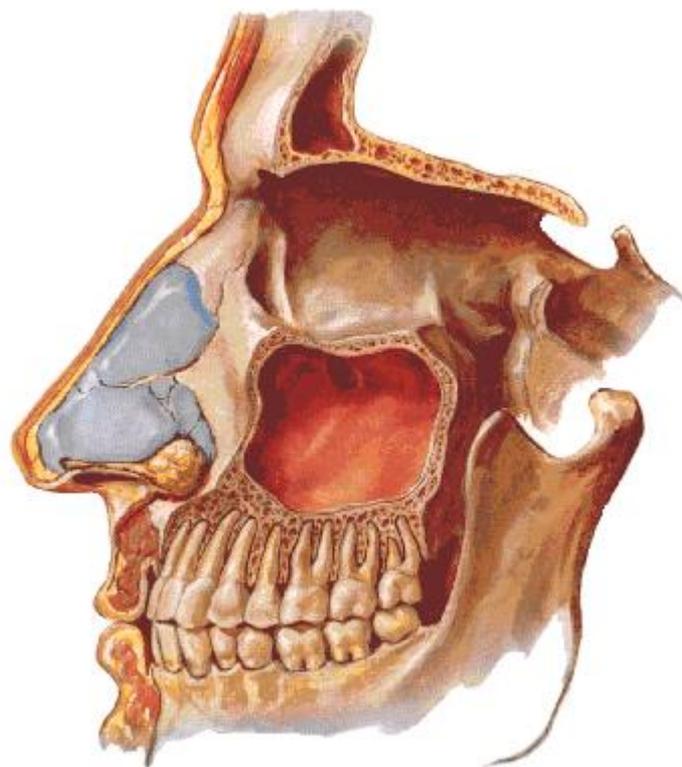
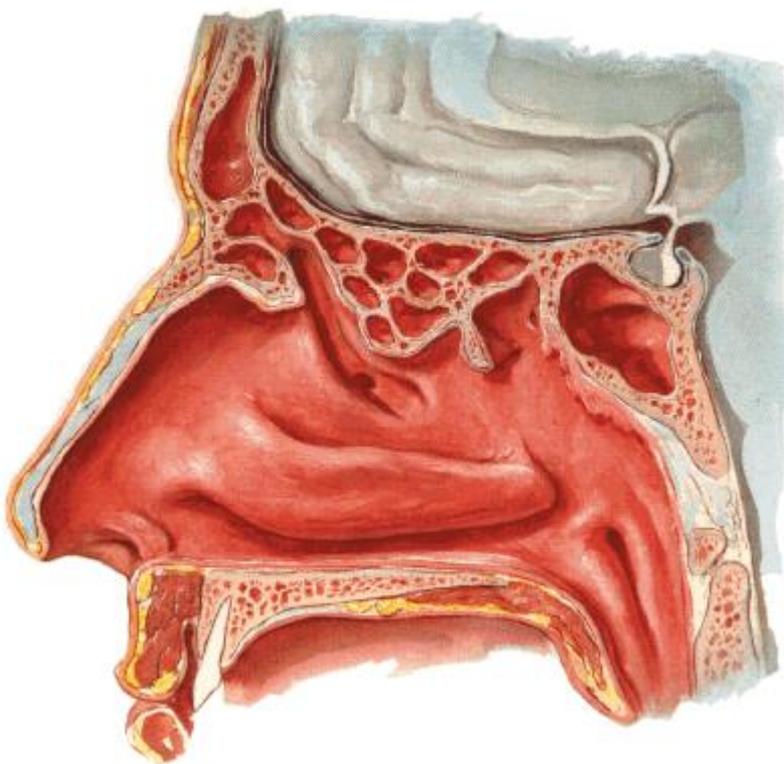
## Comunicação com seios paranasais





## 2.2) Seios Paranasais





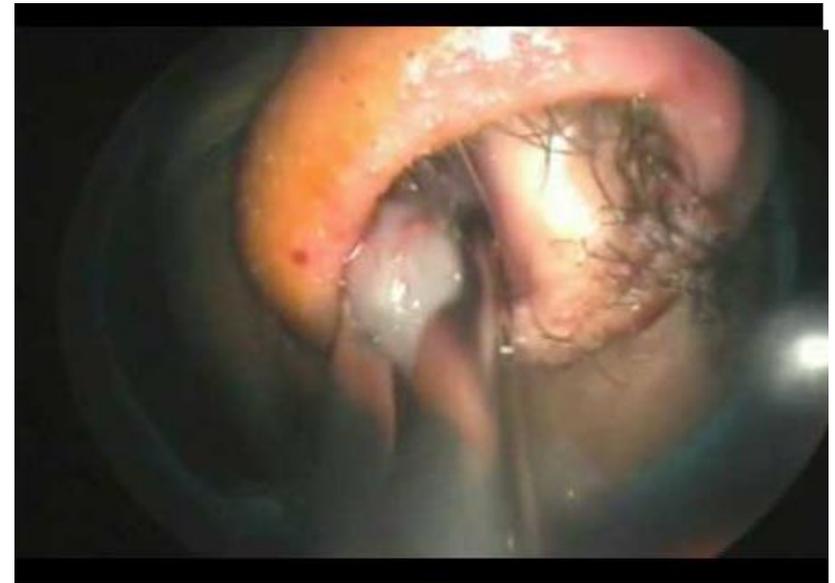


## 4) Tumores Benignos

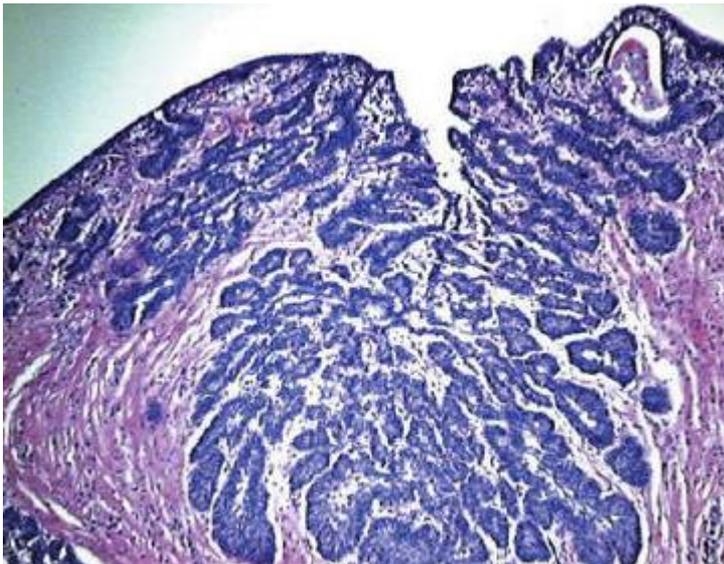
- ▶ Destaques:
- ▶ Tumores de Tecidos moles, vasculares, cartilagosos, ósseos
- ▶ Papilomas
- ▶ Angiofibroma
- ▶ Sintomas gerais: Epistaxe, obstrução(geralmente unilateral)
- ▶ Tratamento: excisão cirúrgica



# Papiloma invertido



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

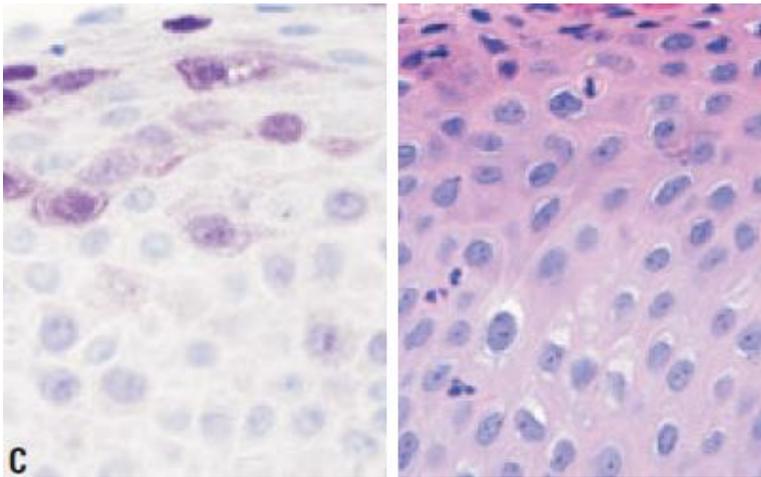


Papiloma invertido em cavidade nasal.  
Achado histopatológico típico:  
Invaginação para a mucosa

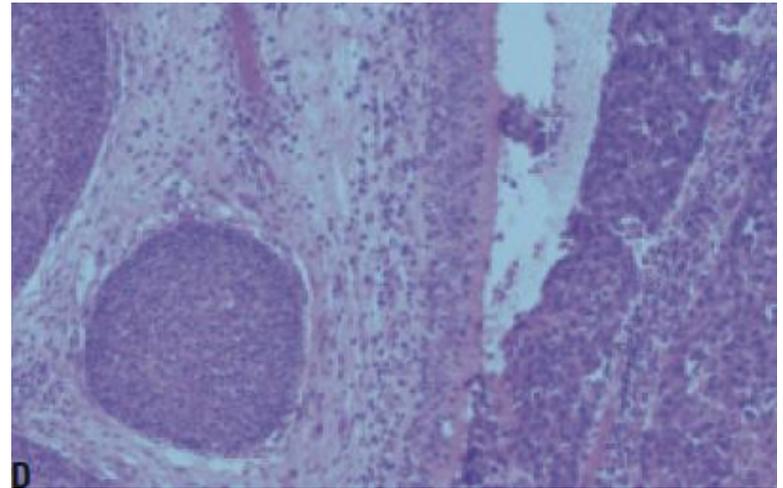
# Papiloma invertido gigante com invasão intracraniana



## ▶ Histopatológico



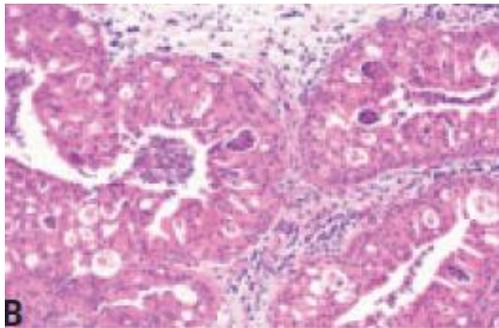
Papiloma invertido: Reatividade ao HPV, coilócitos



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



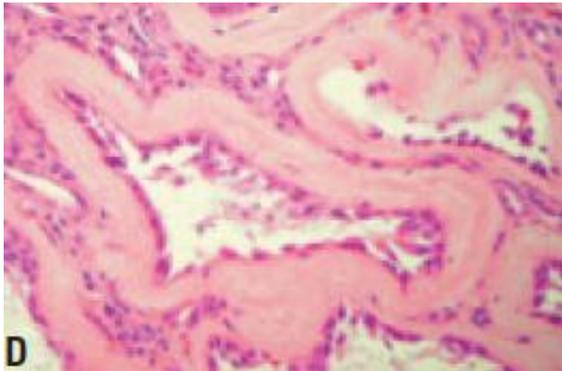
# Papiloma exofítico

- ▶ 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)

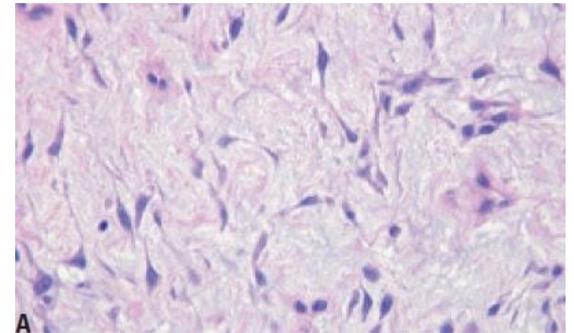
Crescimento lento e infiltrativo.

Mais comum em 2° a 3° décadas de vida

Mandíbula mais acometida(Posterior)

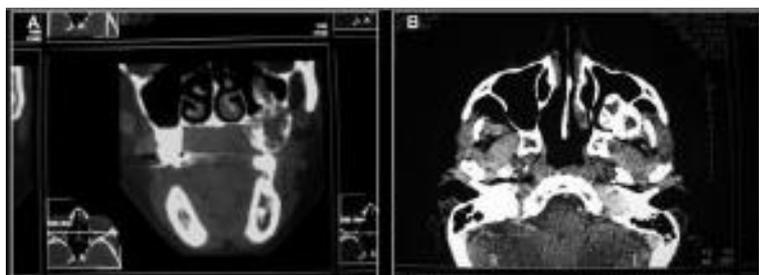
Diagnóstico diferencial: Cistos, displasia fibrosa, ameloblastoma, fibroma.

Pode ser assintomático.

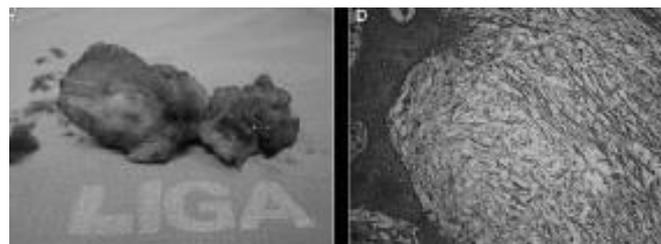


# Caso de paciente com mixoma odontogênico com invasão do seio maxilar

- ▶ TC, coronal e axial



Macro e microscopia



# Plasmocitoma extramedular (PEM)

Origem: Linfócitos B

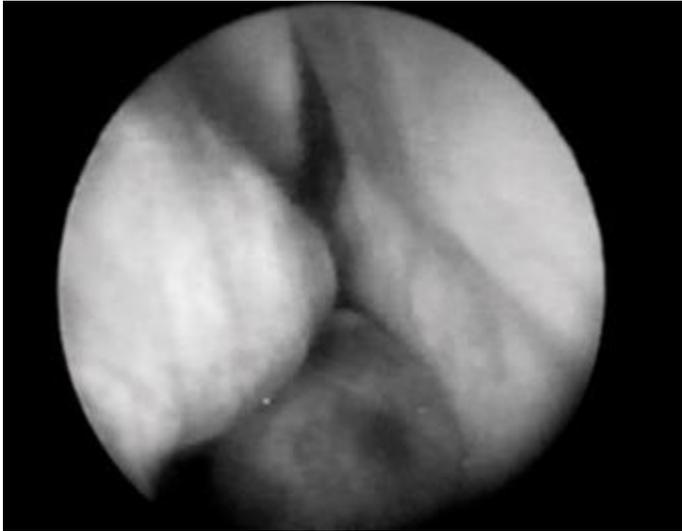
3 Variantes

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)

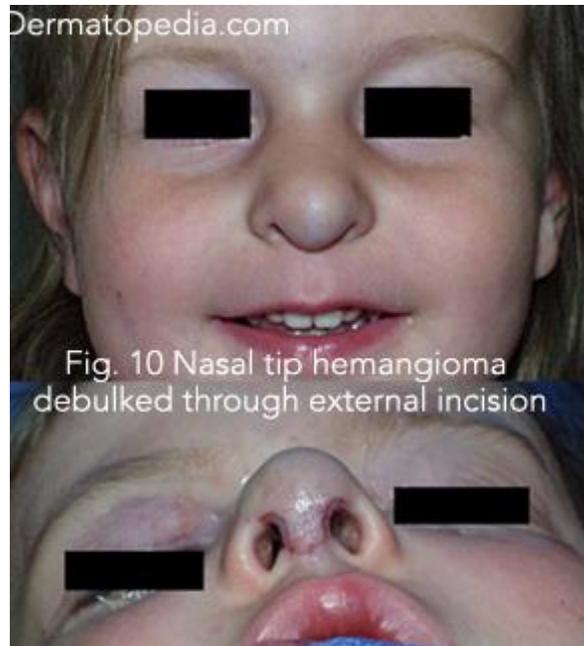


# II) Hemangioma

- ▶ 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

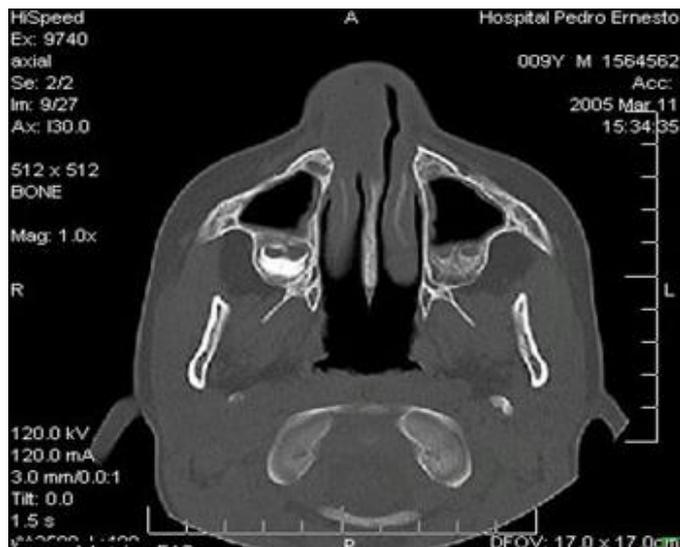


## Paciente 2

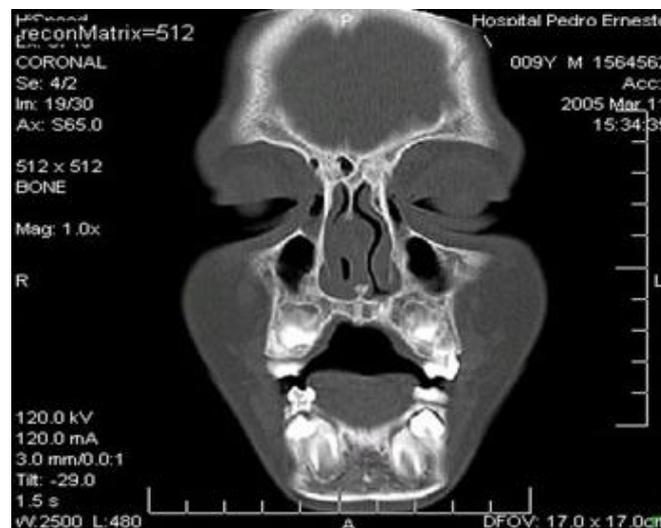


# Imagens TC paciente 2

## Axial

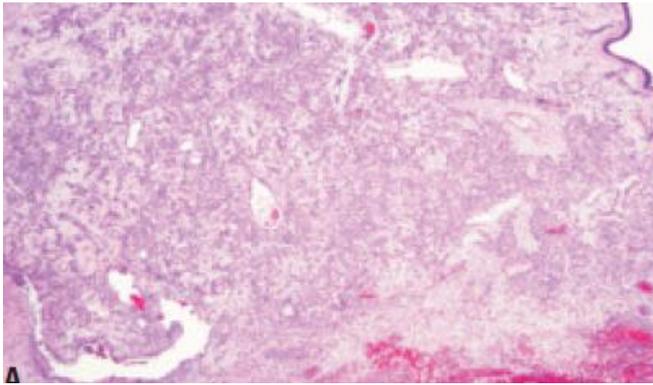


## Coronal

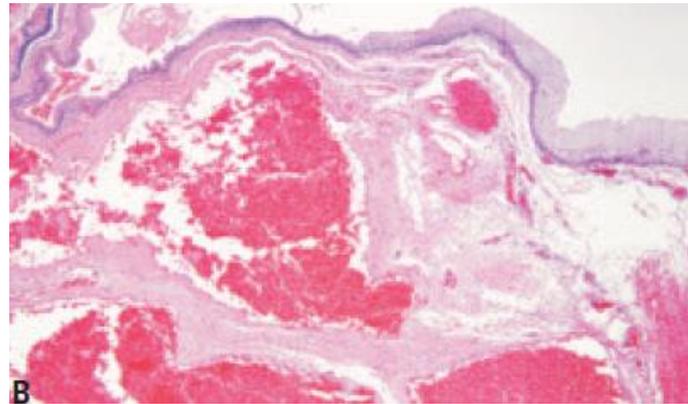


# Histopatológico-2 tipos característicos

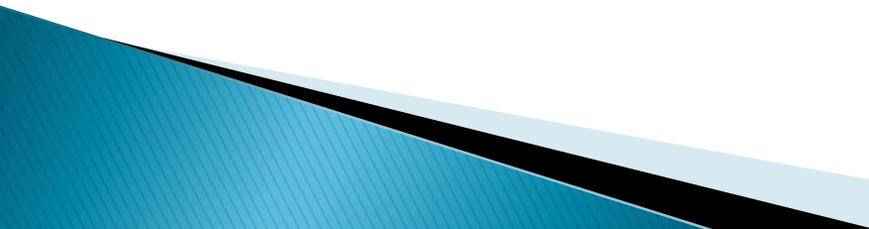
Lobular



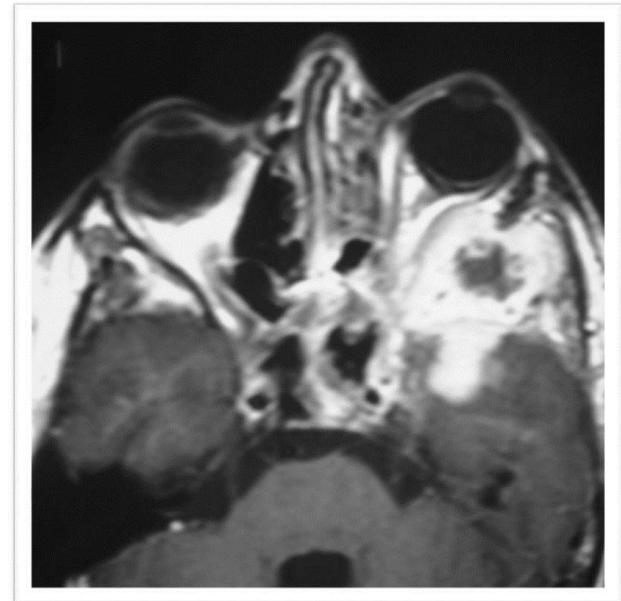
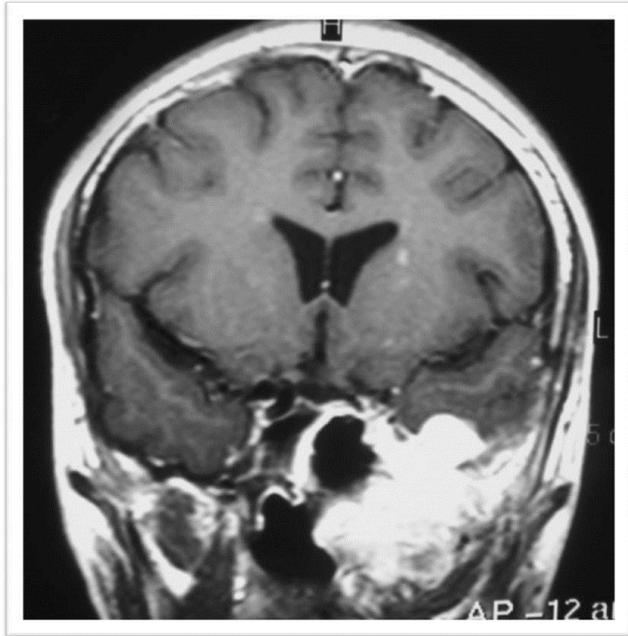
Cavernoso



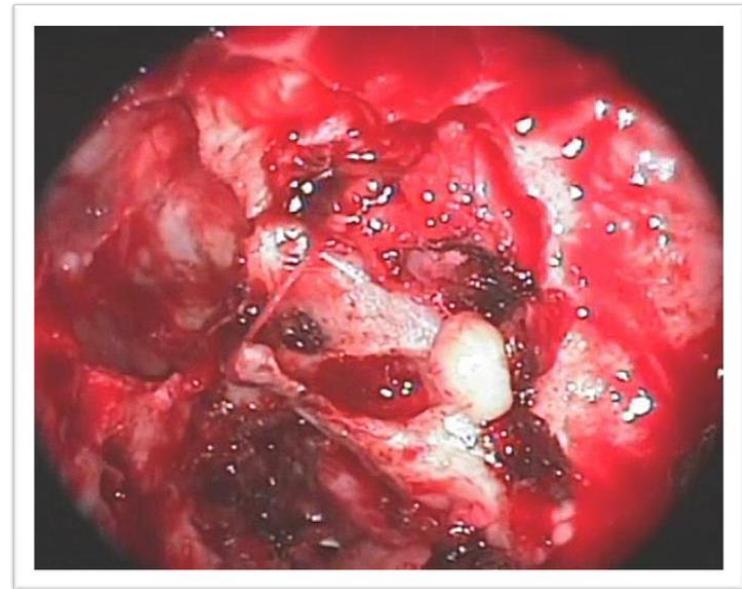
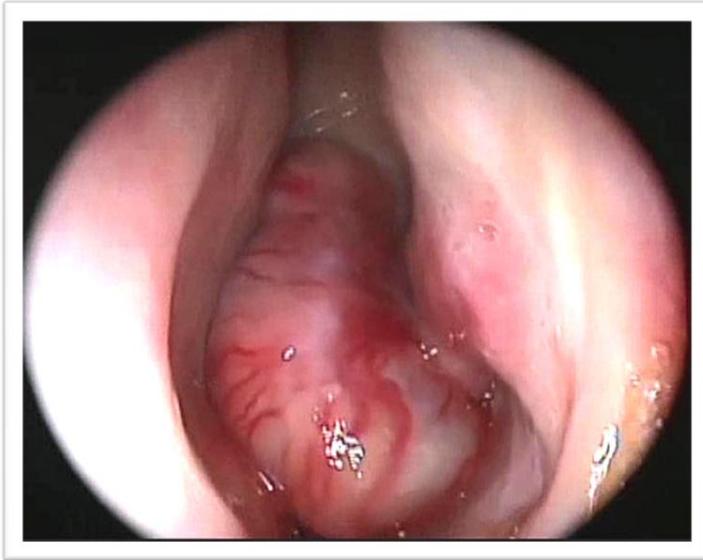
# III) Angiofibroma Juvenil

- ▶ 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



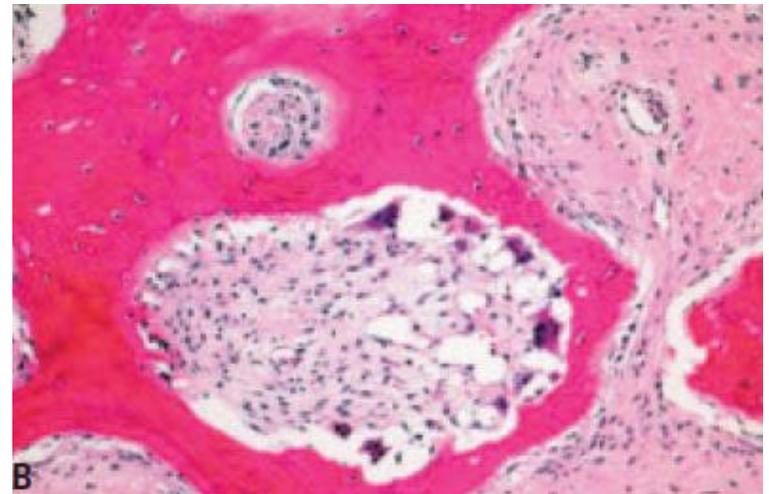
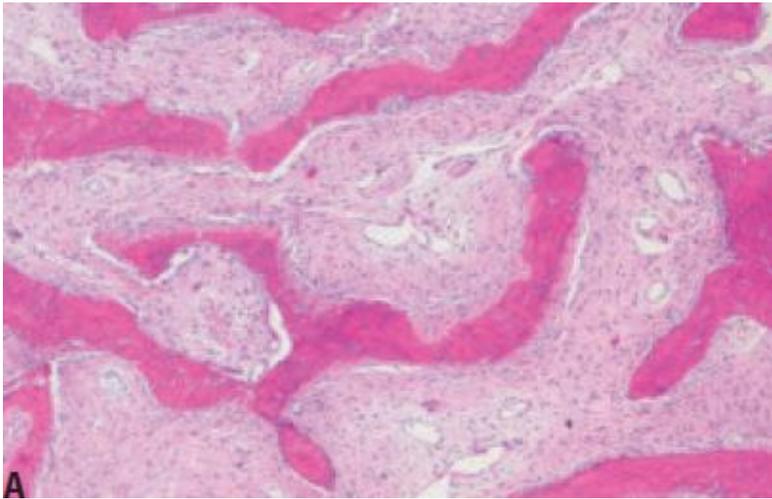
# Excisão: cirurgia endoscópica



# IV) Displasia Fibrosa

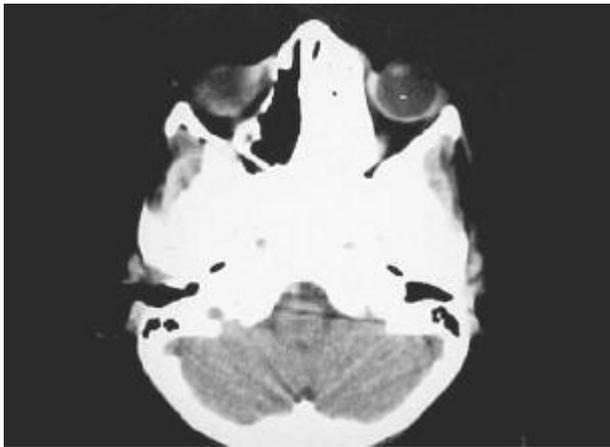
- ▶ Lesão pseudo-neoplásica, tecido fibroso com céls. Imaturas.
  - ▶ Substituição do tec. Ósseo.
  - ▶ Caráter genético
  - ▶ Mais comum em crianças.
  - ▶ O que causa???
- 

# Histopatológico-Trabéculas ósseas irregulares

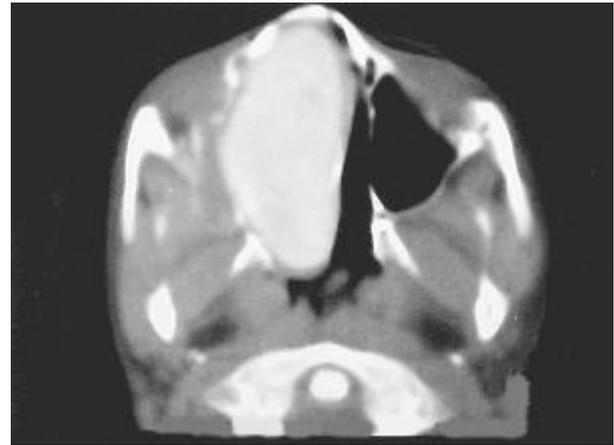


# Pacientes com Displasia fibrosa acometendo Cavidades sinonasais.

caso 01



Caso 02

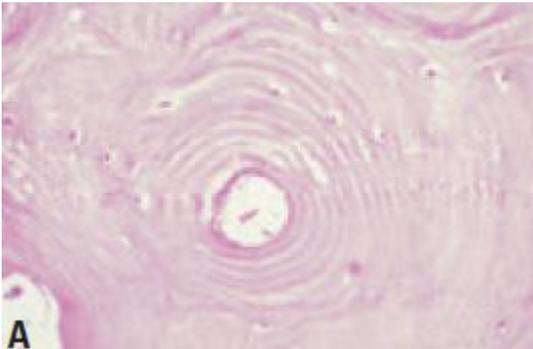


# Osteomas

- ▶ 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

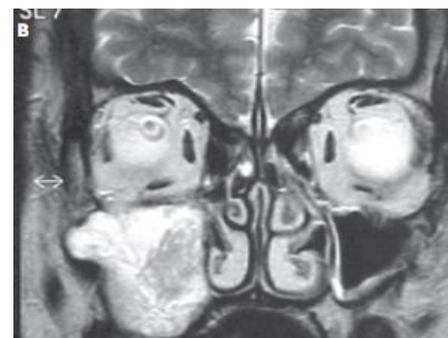
Granuloma central de céls. Gigantes



Mucocele frontal  
Bilateral



RNM: Ameloblastoma em  
Seio maxilar





# Tumores malignos

Tumores epiteliais.

Tumores não epiteliais.

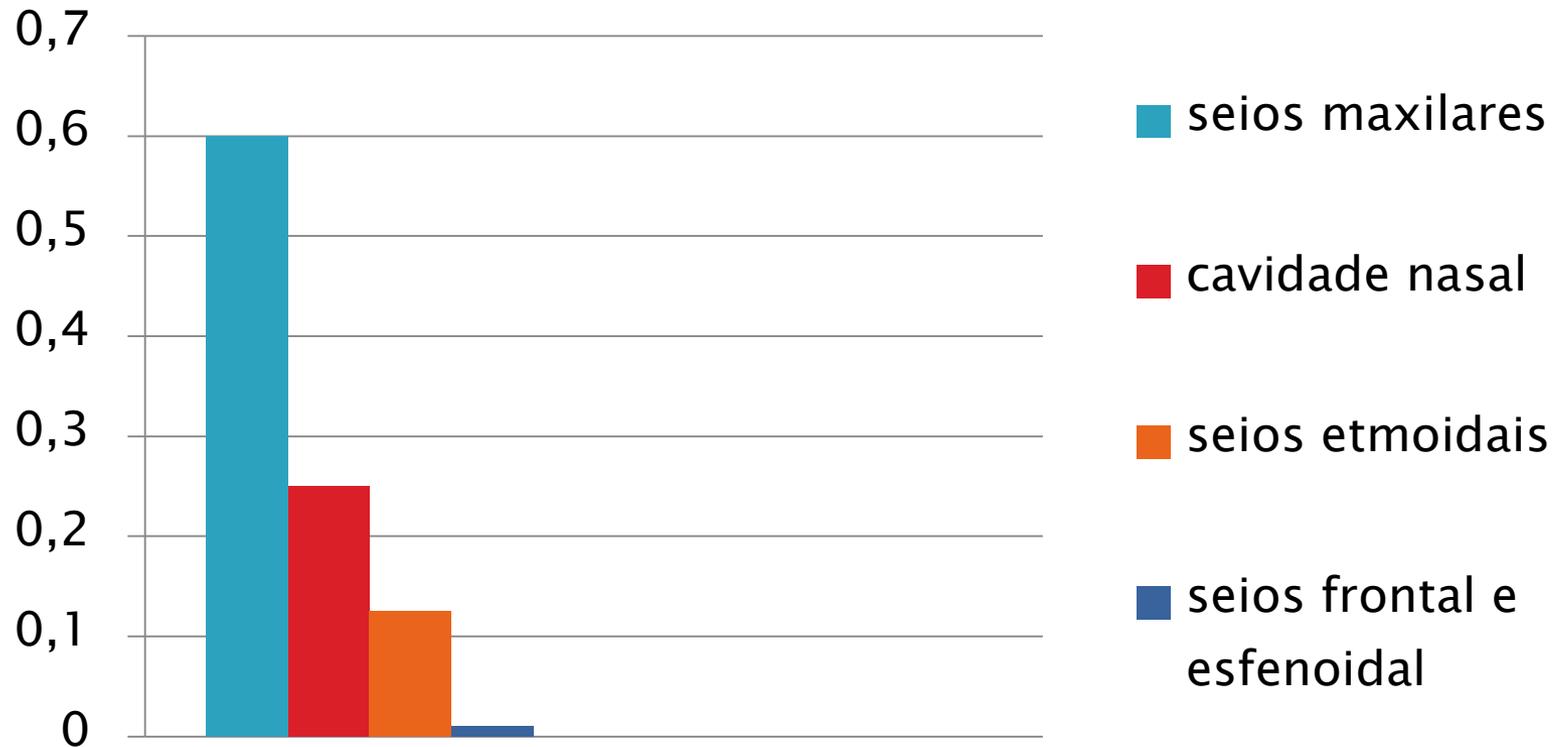
Queixas principais: Dor, epistaxe, obstrução nasal, edema de bochecha.

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

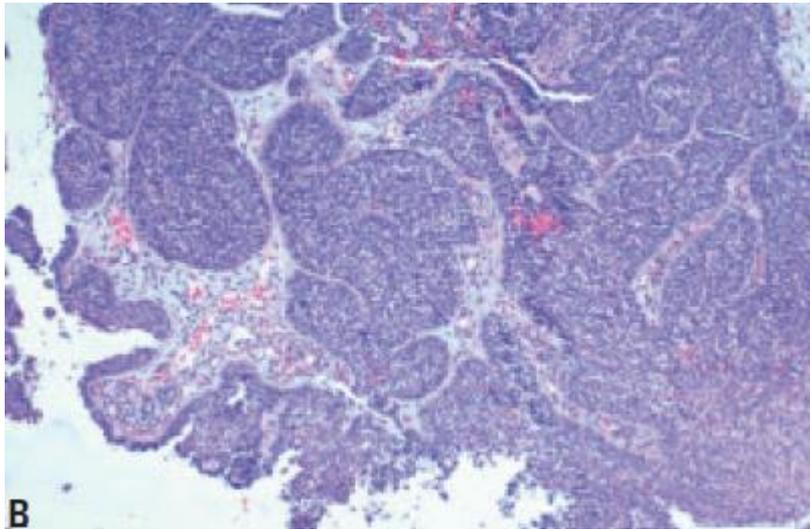
- ▶ T1: Restrito a qualquer subsítio, sem erosão óssea.
- ▶ T2: Invasão 2 subsítios, em uma única região ou estendendo-se até região adjacente, com ou sem invasão óssea.
- ▶ T3: Invade soalho ou parede medial da órbita, seio maxilar, palato ou placa cribiforme, seio esfenóide ou frontal.
- ▶ T4: invade 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<sup>o</sup>–6<sup>o</sup> décadas de vida)
- ▶ 2 padrões: Queratinizante e não-queratinizante.
- ▶ Variantes do CEC: carcinoma verrucoso,CEC papilar, CEC basalóide

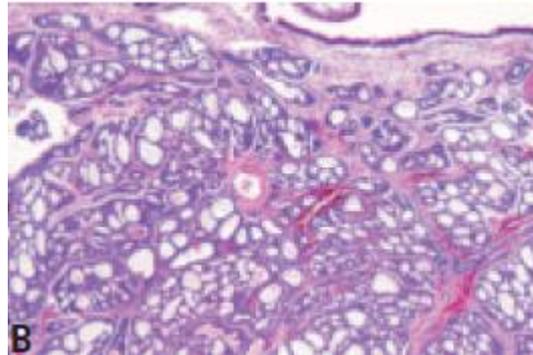
- ▶ Histologia—células coesivas invadindo estroma.
- ▶ Não -queratinizante.



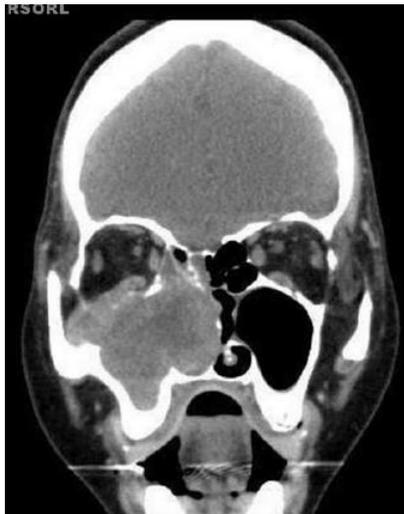
# Outros tumores epiteliais

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



# 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

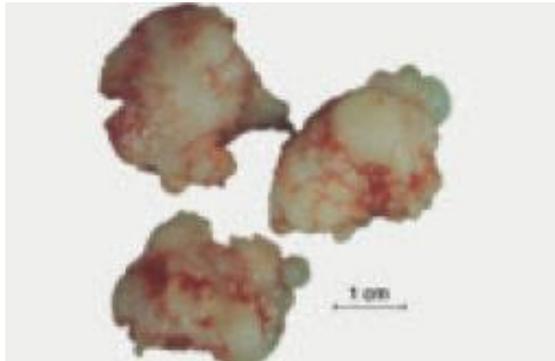
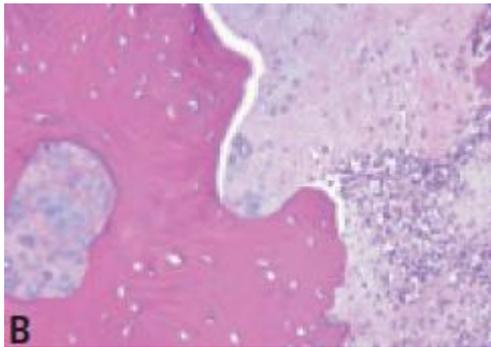


Imagem: Osteólise

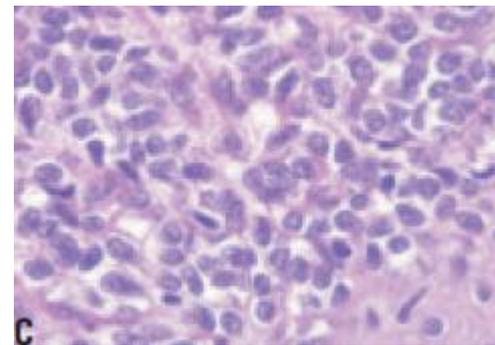


▶ Lâmina histológica:



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).

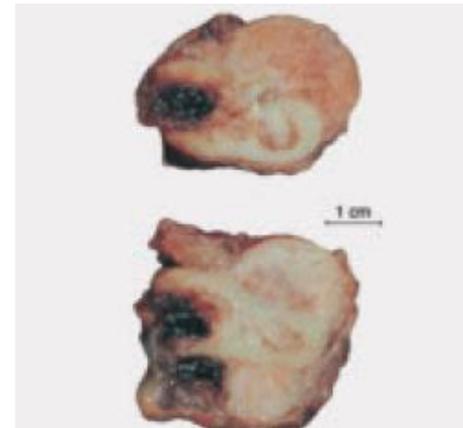
Homens(taxa levemente maior).

# Macroscopia e imagem

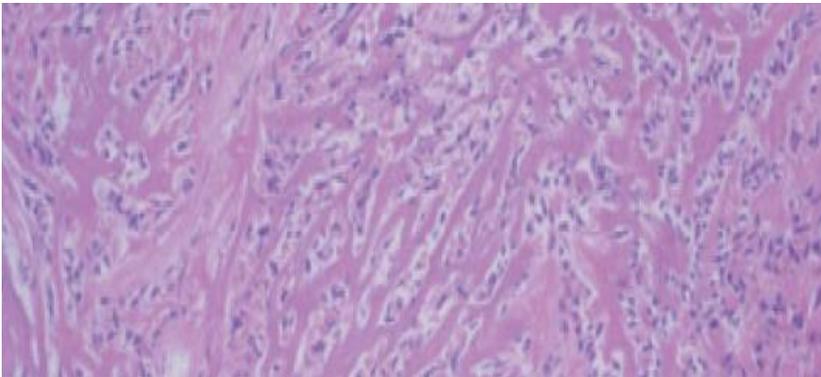


TC, osteosarcoma de maxila invadindo seio Maxilar e partes moles.

Tumor de aspecto grosseiro,  
Arrodeando a raiz dentária.



# Anatomopatológico



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

# Linfoma não- Hodgking

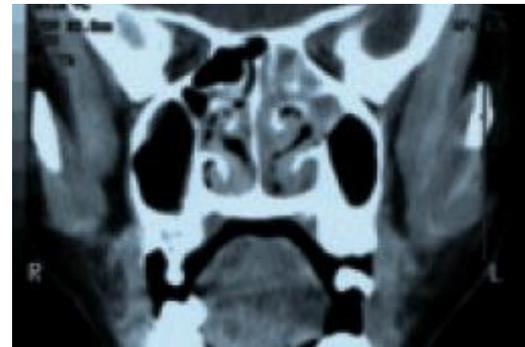
- ▶ 2º malignidade sinonasal mais frequente.
- ▶ Predomina tipo linfoma de céls. NK/T extranodal
- ▶ Fatores de risco: imunossupressão, EBV( NK/T).
- ▶ Jovens e idosos.
- ▶ Clínica/localização: cavidade nasal(obliteração da passagem nasal e seio maxilar; seios paranasais: destruição óssea, invasão para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

# Imagens linfoma não Hodgking, NK/T sinonasal.



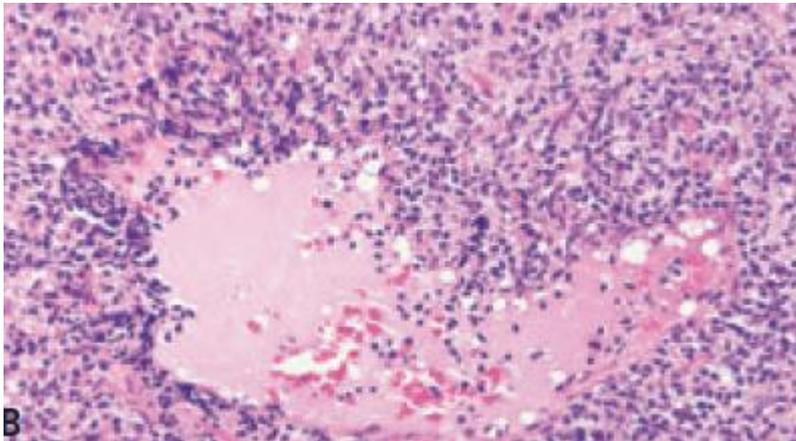
Linfoma Não-Hodking em cavidade nasal, seios etmoidal maxilar esquerdos.

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





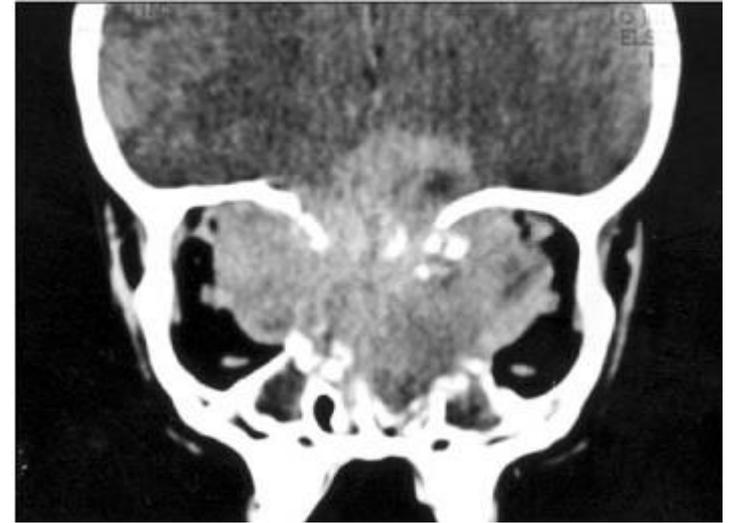
# Anatomopatológico



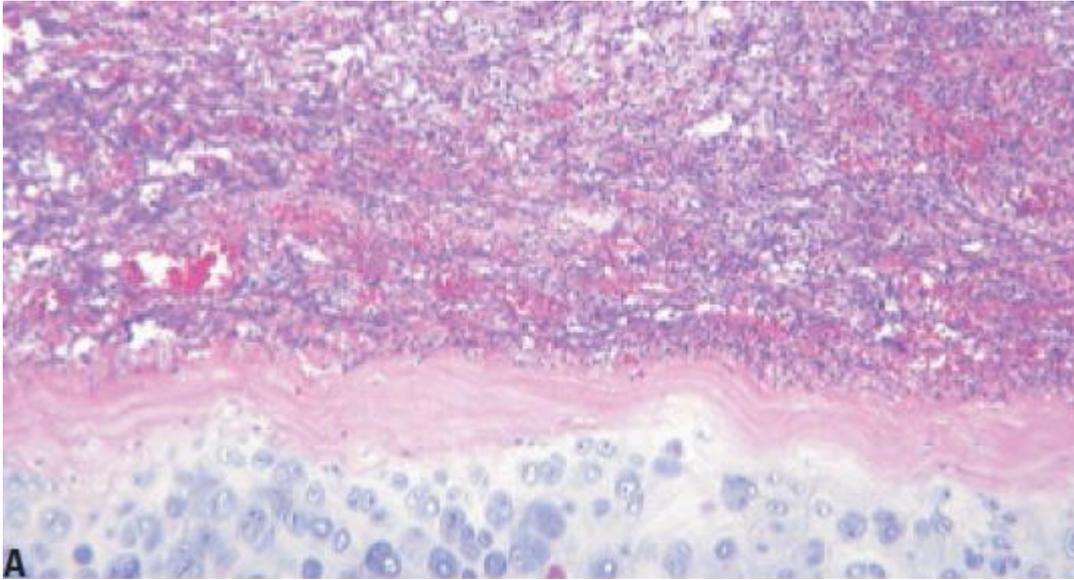
Crescimento angiocêntrico e angiodestrutivo.

# Rabdomiosarcoma

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



Macroscopia: semelhança com pólipos Sinonasal.

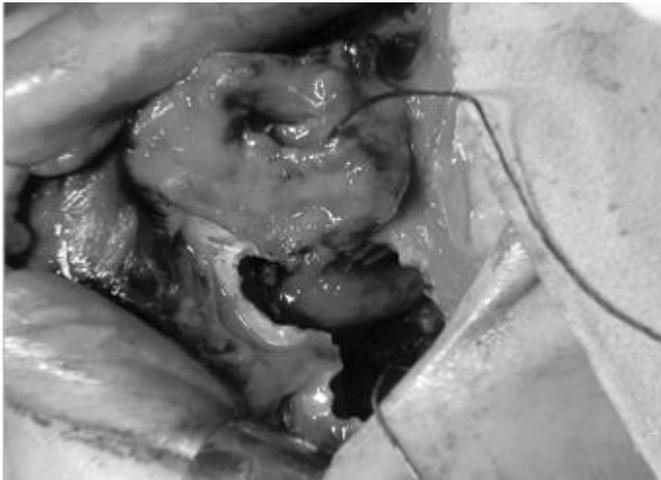


Tumor ricamente vascularizado  
Sobre a cartilagem, sem infiltração.

# Angiosarcoma

- ▶ Sinônimos: Hemangiosarcoma, hemangioendotelioma maligno.
- ▶ Menos de 1% das malignidades sinonasais.
- ▶ Homens, 5<sup>o</sup> 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.

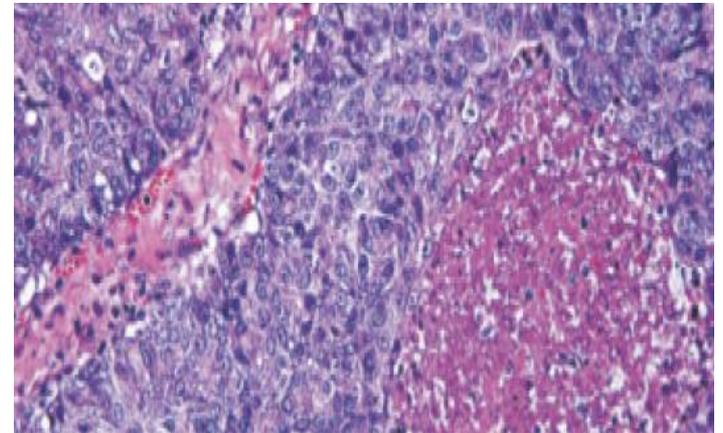
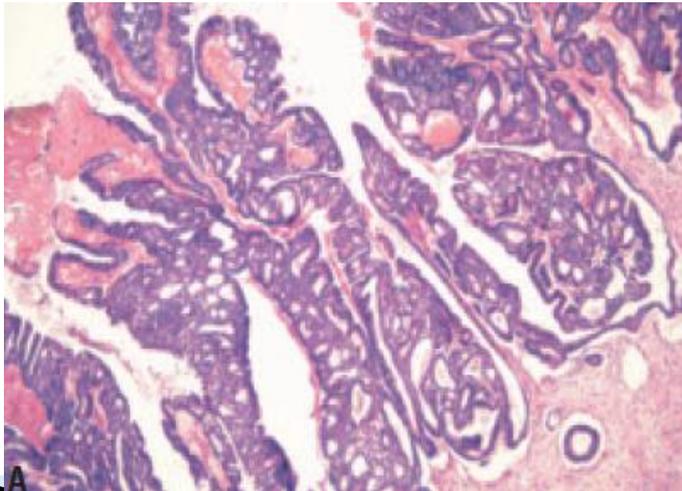
## Estesioneuroblastoma Em fossa nasal direita



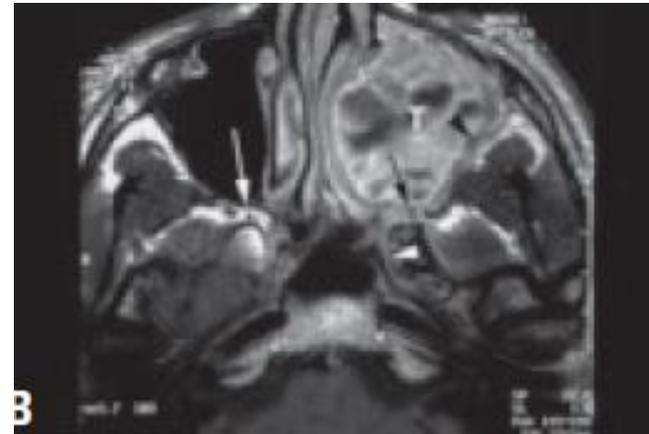
Ressecção crânio- facial

# 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 periférica) neural
- 

# 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](http://www.scielo.br)

**OBRIGADO!!!!**