

Atitude Perante o Doente com uma massa na Nasofaringe – Diferenças na abordagem dos Médicos ORL em Portugal

Artigo Original

Autores

Mafalda Correia de Oliveira

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Portugal

Mariana Caetano

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Portugal

Pedro Correia-Rodrigues

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Portugal

Mariana Calha

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Portugal

Leonel Luís

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Portugal

Resumo

Objetivos: A nasofaringe é uma região anatómica onde têm origem várias massas. Estas são mais frequentemente benignas, e as lesões malignas com maior incidência são o carcinoma, seguido pelo linfoma. A endoscopia com realização de biópsia é o *gold-standard* para o diagnóstico destas lesões. Este estudo teve como objetivo avaliar as diferentes abordagens dos médicos ORL inquiridos perante dois casos clínicos de doentes com uma massa na nasofaringe.

Material e Métodos: Divulgação de um questionário online com 2 casos clínicos com diferentes massas na nasofaringe acompanhados de fotografia da respetiva endoscopia nasal e realização de 3 perguntas para cada caso acerca do modo de atuação.

Resultados e Conclusão: Apesar de reconhecermos o papel da realização da biópsia nas massas suspeitas na nasofaringe, não há consenso entre os inquiridos neste estudo na abordagem destes doentes, nomeadamente no que define uma massa como suspeita e no *timing* do pedido de exames de imagem.

Palavras-chave: nasofaringe, endoscopia, biópsia, carcinoma da nasofaringe

Introdução

A nasofaringe é a região mais superior da faringe, localizada na sua parede póstero-superior, atrás e superiormente ao palato mole. É uma região revestida por mucosa e rica em tecido linfóide, pelo que várias massas, tanto benignas como malignas, podem ter origem nesta zona anatómica. A mais comum é benigna e corresponde à hipertrofia adenoideia, que habitualmente regride na adolescência, podendo, no entanto, manter-se e ser a principal causa de obstrução nasal nalguns adultos.^[1] A neoplasia maligna mais comum é o carcinoma da nasofaringe, seguido pelo linfoma.^[2]

Os doentes com estas lesões geralmente

Correspondência:

Mafalda Correia de Oliveira
mafaldaoliveira@campus.ul.pt

Artigo recebido a 11 de Julho 2022.
Aceite para publicação a 5 de Outubro de 2022.

apresentam-se com queixas inespecíficas, como obstrução nasal, epistáxis, sensação de plenitude auricular, ou, em até 50% dos casos, podem ser assintomáticos até atingirem estadios avançados.^[1,3] O último estudo epidemiológico realizado em Portugal acerca do carcinoma da nasofaringe mostra que as queixas mais comuns são a tumefacção cervical (51.6%), seguido de sintomas nasais (24.2%) e otológicos (23.3%).^[4]

Apesar dos avanços tecnológicos e da elevada sensibilidade dos exames de imagem para malignidade, a endoscopia nasal continua a ser o principal exame na investigação inicial destas massas, sendo o diagnóstico definitivo sempre dependente da biópsia.^[3] Esta pode, na maioria dos casos, ser realizada na consulta sob anestesia local, sendo bem tolerada e com poucos riscos. Assim, é consensual na literatura de que em todas as lesões suspeitas deve ser realizada biópsia. É relativamente fácil considerar uma lesão em estadio avançado (que seja por exemplo de grandes dimensões, assimétrica, irregular, hemorrágica) como suspeita.^[3] O papel do médico otorrinolaringologista (ORL) será então o de detetar precocemente estas lesões malignas, de modo a melhorar o prognóstico e sobrevida destes doentes.^[3]

Este estudo teve como objetivo avaliar as diferenças na abordagem de cada médico ORL perante massas na nasofaringe, avaliando tanto a diferença entre médicos como para cada médico entre diferentes casos clínicos. Para tal, apresentámos dois casos clínicos, um que na nossa opinião era muito suspeito, por ser uma massa irregular, friável e que causa epistáxis, e outro que na nossa opinião era pouco suspeito, por ser uma massa regular, simétrica e assintomática. Posteriormente questionámos os inquiridos acerca da sua atuação em termos realização de biópsia, requisição de exames de imagem, atitude terapêutica e ainda que fatores os fariam mudar a sua atuação, com o intuito de percebermos as diferenças entre si e entre o que consideram, ou não, suspeito numa lesão da nasofaringe.

Material e Métodos

Os autores divulgaram a nível nacional um questionário online com dois casos clínicos de dois doentes com uma massa na nasofaringe. O caso clínico 1 relatava um doente do sexo masculino, de 40 anos, com um quadro de epistáxis intermitente e com uma massa na nasofaringe de superfície irregular e friável, cuja endoscopia nasal se encontra ilustrada na figura 1.

Figura 1
Endoscopia nasal do caso clínico 1

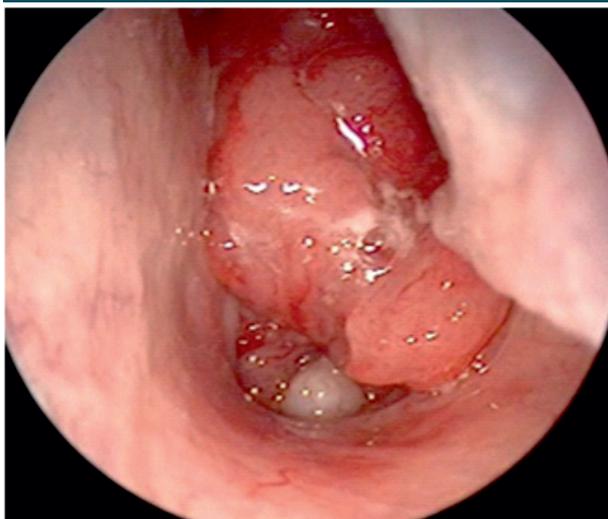


Figura 2
Endoscopia nasal do caso clínico 2



O caso clínico 2 relatava uma doente do sexo feminino, de 35 anos, assintomática, com uma massa regular e simétrica correspondente a um achado acidental numa tomografia

computorizada (TC) sem outras alterações relevantes, cuja endoscopia nasal se encontra ilustrada na figura 2. Não foram disponibilizados relatório nem imagens desta TC, apenas esta descrição. O questionário divulgado continha 3 perguntas para cada caso clínico (Tabela 1).

A análise estatística foi realizada através do programa SPSS (V28.0), tendo-se utilizado o teste do qui-quadrado para examinar as diferenças de frequência entre respostas. Assumiu-se significado estatístico para $p < 0.05$.

Resultados

Participaram no estudo 143 médicos ORL portugueses. A distribuição de graduação, género, tipo de instituição e região do país onde trabalham os participantes encontra-se resumida na tabela 2.

No caso clínico 1, 54,5% dos participantes realizariam imediatamente biópsia. Destes,

97.6% dos participantes pediria exames de imagem simultaneamente à realização da biópsia, e apenas 2.4% aguardaria pelo resultado histológico para pedir. Os restantes 45.5% não realizariam imediatamente biópsia. Destes, 97,1% requisitaria primeiro exame de imagem antes de ponderar a sua realização, e os restantes 2.9% não pediam exames complementares e reavaliavam apenas com nova endoscopia após 1 mês.

No caso clínico 2, 39.2% dos participantes realizariam imediatamente biópsia. Nos 60.8% que não realizariam imediatamente biópsia, a atitude terapêutica mais comum (60.9%) foi a instituição de corticoterapia tópica e reavaliação após 1 mês, com realização de biópsia caso a massa se mantivesse igual (figura 3). A presença de tumefação cervical síncrona (92.1%), massa assimétrica (69.7%) e plenitude aural/otite média com derrame (60.5%) foram os principais fatores que fariam

Tabela 1
Conteúdo do questionário divulgado *online*

Caso clínico 1	Caso clínico 2
1.1. Realizaria imediatamente biópsia? - Sim - Não	2.1. Realizaria imediatamente biópsia? - Sim - Não
1.2 Caso tenha respondido SIM à questão 1.1., qual a sua atitude relativamente ao pedido de tomografiacomputorizada e/ou ressonância magnética neste doente: - Pedia simultaneamente à realização da biópsia - Pedia apenas após o resultado da biópsia - Não pedia	2.2. Caso tenha respondido NÃO à questão 2.1, qual a sua atitude perante esta doente? - Medicava com corticoterapia nasal tópica, reavaliava passado 1 mês, e caso se mantivesse igual, biopsava - Medicava com corticoterapia nasal tópica, reavaliava passado 1 mês e caso se mantivesse igual, NÃO biopsava - Não medicava, reavaliava passado 1 mês, e caso se mantivesse igual, biopsava - Não medicava, reavaliava passado 1 mês e caso se mantivesse igual, NÃO biopsava - Não reavaliava
1.3. Caso tenha respondido NÃO à questão 1.1. qual a sua atitude perante este doente? - Pedia tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética e reavaliava após resultado - Reavaliava com nova endoscopia passado 1 mês - Não reavaliava	2.3 Caso tenha respondido NÃO à questão 2.1, a presença de algum destes fatores na doente o faria mudar de atitude e realizar imediatamente biópsia? (Pode escolher nenhuma ou várias opções) - Obstrução nasal de novo - Plenitude auricular/Otite média com efusão - Epistáxis - Massa assimétrica - Tumefação cervical síncrona - Radioterapia prévia da cabeça e pescoço - Fumadora - Idade >50 anos

Tabela 2
Dados dos participantes

Participantes	n (%)
Graduação	
Especialista	94 (65.7%)
Interno da formação específica	49 (34.3%)
Género	
Masculino	76 (53.1%)
Feminino	67 (46.9%)
Tipo de instituição onde exerce	
Hospital Central	72 (50.3%)
Hospital Distrital	40 (28%)
Privado	23 (16%)
Instituto de Oncologia	7 (4.9%)
Outro	2 (0.8%)
Região do País onde exerce	
Lisboa e Vale do Tejo	79 (55.2%)
Norte	41 (28.7%)
Centro	10 (7%)
Região Autónoma dos Açores	5 (3.5%)
Região Autónoma da Madeira	4 (2.8%)
Algarve	3 (2.1%)
Alentejo	1 (0.7%)

os participantes alterar a sua decisão neste caso clínico, motivando a realização imediata de biópsia (figura 4), e 16% não alterariam a sua decisão independentemente da presença de qualquer um dos fatores.

Dos participantes que não realizariam imediatamente biópsia no caso clínico 1, 46% responderam que a fariam no caso clínico 2. Não houve diferenças significativas (tabela 3) nas respostas acerca de realização de biópsia em ambos os casos entre internos e especialistas, tipo de hospital ou região do país onde exercem, exceto os participantes que trabalham em institutos de oncologia, em que todos realizariam imediatamente biópsia no caso clínico 1.

Figura 3
Diagrama da frequência de respostas à questão 2.2.

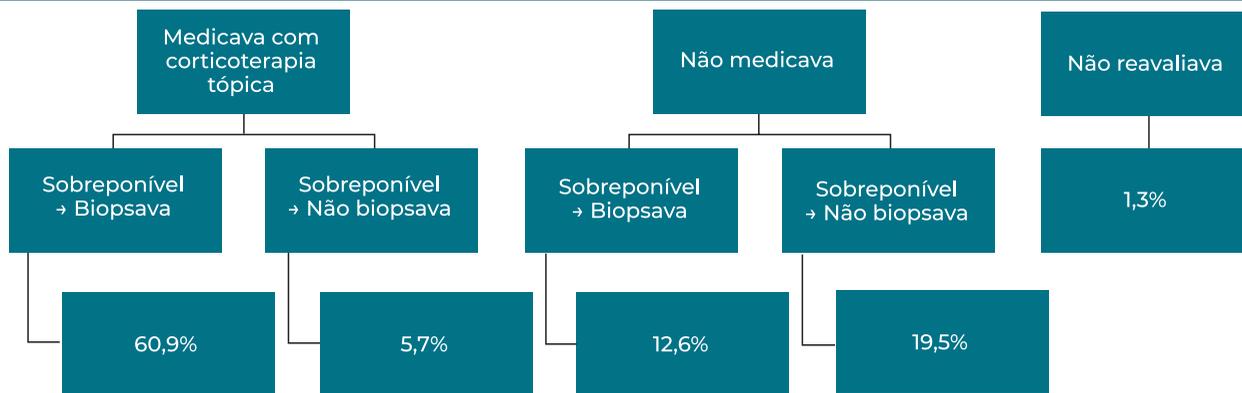


Figura 4
Gráfico da distribuição da frequência de respostas à questão 2.3

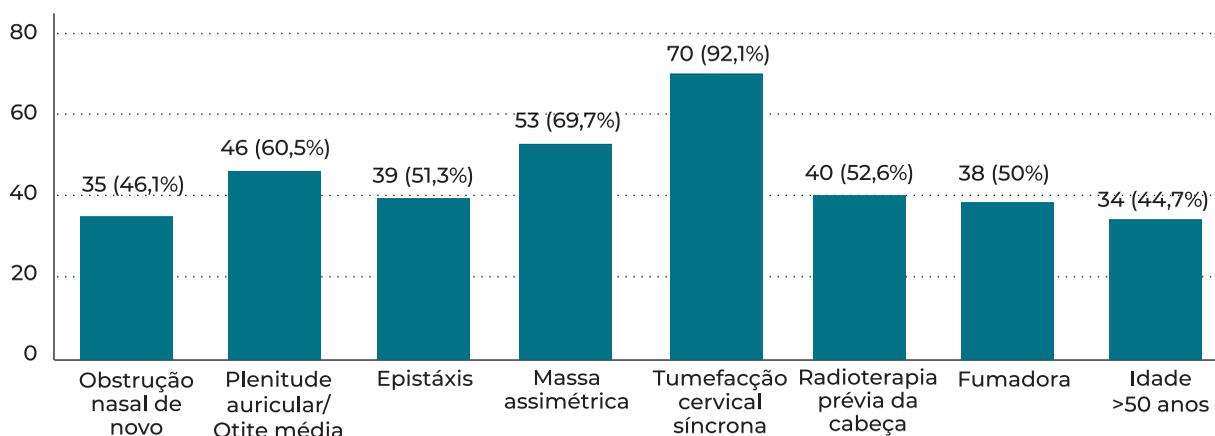


Tabela 3

Diferenças na distribuição de frequência das respostas às questões 1.1 e 2.1.

Variáveis dos participantes	Questão 1.1 - Resposta Sim ou Não (p-value)	Questão 2.2 – Resposta Sim ou Não (p-value)
Graduação	0.130541	0.429454
Tipo de instituição onde exercem	0.94808	0.497565
Região do País onde exercem	0.461525	0.914541

Discussão

Apesar da inexistência de *guidelines* na abordagem de massas na nasofaringe, há consenso na comunidade científica de que em todas as lesões suspeitas deve ser realizada biópsia.^[3] No entanto, a definição de suspeição e a abordagem varia entre os médicos inquiridos neste estudo. Alguns colegas valorizam mais os sintomas e antecedentes do doente, outros o aspeto macroscópico da lesão na endoscopia, enquanto outros consideram todas as massas como suspeitas até prova em contrário. Neste estudo os médicos ORL com prática direcionada à Oncologia tiveram maior tendência a realizar sempre biópsia, eventualmente dada a sua maior experiência na realização rotineira deste procedimento e o seu maior contato com resultados histológicos malignos, o que os fará porventura ter esta atitude mais interventiva.

Muitos colegas preferem obter um exame de imagem radiológico antes de realizar biópsia, mesmo em lesões sugestivas de malignidade, tal como no caso clínico 1, em que 44% dos participantes tomou esta opção. O motivo para tal não foi questionado, no entanto, consideramos que tal se possa dever a uma maior segurança e/ou mais suporte na decisão de realizar a biópsia, ou até para a poder direcionar. Poderá também, em alguns casos, ter como objetivo a exclusão de lesões em cuja biópsia não deva ser realizada sem outro tipo de precauções ou está até contraindicada, como por exemplo lesões altamente vascularizadas (e.g. angiofibroma juvenil) ou com origem intracraniana.^[5] Curiosamente, constatámos que 46% dos médicos que não realizavam biópsia no caso clínico 1 já o faziam no caso clínico 2, em que a doente já tinha realizado exame de imagem.

Tal não está relacionado com um maior índice de suspeição no último caso, mas pode eventualmente dever-se a esta hipótese de maior segurança no procedimento após estes exames complementares, suportando-a. O pedido de exames complementares de imagem, preferencialmente a ressonância magnética (RM), é indispensável após confirmação de um diagnóstico maligno. No entanto, alguns autores defendem a necessidade destes exames antes da biópsia em caso de suspeição clínica, afirmando que estes podem inclusive excluir a possibilidade de malignidade em alguns casos, poupando o doente a uma intervenção desnecessária.^[3] Para além disso, está descrita uma sensibilidade para malignidade da RM de 88.2%-100% contra 85.5% de sensibilidade de endoscopia com realização de biópsia.^[3,6] Em até 50% dos casos malignos a primeira biópsia pode inclusive ser negativa, por ser realizada no local errado ou pouco profundo.^[7] No entanto, estes estudos não tiveram em linha de conta as especificidades do Sistema de Saúde português, nomeadamente o tempo de espera associados ao pedido de uma RM no nosso país *versus* a possibilidade da realização imediata da biópsia logo numa primeira consulta, pelo que não consideramos que, em Portugal, o pedido de RM deva protelar a realização de biópsia, pois tal poderá atrasar o diagnóstico de lesões potencialmente fatais. A localização destas massas faz com que se manifestem com sintomas inespecíficos, ou mesmo que sejam assintomáticas até estádios avançados. Não está reportada diferença estatisticamente significativa na presença de plenitude aural/presença de otite média com efusão entre lesões benignas e malignas^[8] Nos doentes com neoplasias malignas, os

sintomas mais comuns são a tumefacção cervical síncrona, obstrução nasal e epistáxis^[8] É da nossa opinião que deve ser realizada biópsia em todas as massas da nasofaringe que causem qualquer sintomatologia ou sinais de novo. Esta opinião não é partilhada pelos inquiridos, em que apenas 46.1% realizariam biópsia se obstrução nasal de novo e 51.3% se epistáxis. Isto pode dever-se ao fato de, apesar de serem dos sintomas mais comuns, apresentam uma baixa especificidade para malignidade.^[4] No entanto, já 92.1% o fariam na presença de tumefacção cervical de novo. A atitude da maior parte dos inquiridos que não realizaria biópsia no caso clínico 2 seria a de medicar com corticoterapia tópica durante um 1 mês (66.6%). O motivo para tal não foi questionado, mas, pela nossa prática clínica, é razoável deduzirmos que este período de medicação com posterior reavaliação tenha o intuito de confirmar que a massa se trata de uma hipertrofia adenoideia, já que a corticoterapia tópica pode reduzir significativamente a dimensão dos adenóides, mas não do carcinoma.^[9] Assim, podemos depreender que para estes inquiridos uma prova clínica “positiva” com redução da massa poderá ser interpretada como tranquilizadora, confirmando a benignidade da lesão, enquanto que uma prova “negativa” em que esta se mantenha inalterada pode motivar então a realização da biópsia na reavaliação. A endoscopia com biópsia mantém-se o *gold-standard* no diagnóstico das lesões suspeitas de malignidade da nasofaringe.^[1] Este procedimento pode na grande maioria das vezes ser realizado sob anestesia local no gabinete de consulta, salvo raras exceções, como a presença de lesões hipervascularizadas, doentes anticoagulados e/ou antiagregados ou que não tolerem o procedimento. Apresenta um elevado benefício versus risco, e mantém-se o único exame que permite o diagnóstico definitivo.^[3] Caso a biópsia de uma massa clinicamente suspeita seja negativa, esta deve ser repetida.^[1]

Conclusão

Apesar do consenso na comunidade científica de que todas as lesões suspeitas na nasofaringe devem ser submetidas a biópsia, a definição de suspeição varia na amostra de médicos ORL em Portugal que participaram neste estudo. Não existe também consenso quanto ao momento em relação à realização da biópsia em que devem ser pedidos os exames complementares de imagem na suspeita de malignidade. Existem alguns sintomas considerados suspeitos de malignidade entre os inquiridos, no entanto, alguns dos reportados como mais comuns na literatura, como a presença de epistáxis e obstrução nasal de novo, não motivariam a maioria dos participantes a realizar biópsia, eventualmente pela sua baixa especificidade para malignidade.

O presente estudo demonstra o interesse na uniformização dos critérios de suspeição nestas lesões através da elaboração de linhas de orientação clínica. Cremos que este estudo poderá ser o ponto de partida para a criação de um grupo de trabalho com esse objetivo.

Agradecimentos

Os autores agradecem a todos os colegas que despenderam do seu tempo para participar neste estudo e que o tornaram possível.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Referências Bibliográficas

- 1 - Baran H, Aydin S, Elibol E. A retrospective analysis of nasopharyngeal biopsy results in adult patients. *Cureus*. 2021 Feb 20;13(2):e13455. doi: 10.7759/cureus.13455.
- 2 - Berkiten G, Kumral TL, Yildirim G, Uyar Y, Atar Y, Salturk Z. Eight years of clinical findings and biopsy results of nasopharyngeal pathologies in 1647 adult patients: a

retrospective study. B-ENT. 2014;10(4):279-84.

3 - Bercin S, Yalciner G, Muderris T, Gul F, Deger HM, Kiris M. Pathologic evaluation of routine nasopharynx punch biopsy in the adult population: is it really necessary? Clin Exp Otorhinolaryngol. 2017 Sep;10(3):283-287. doi: 10.21053/ceo.2015.01256.

4 - Breda E. Carcinoma da nasofaringe - aspectos epidemiológicos clínicos e moleculares. [tese de doutoramento]. [Aveiro]: Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde; 2011. 188 p.

5 - Nicolai P, Schreiber A, Villaret AB. Juvenile angiofibroma: evolution of management. Int J Pediatr. 2012;2012:412545. doi: 10.1155/2012/412545.

6 - King AD, Vlantis AC, Bhatia KS, Zee BC, Woo JK, Tse GM. et al. Primary nasopharyngeal carcinoma: diagnostic accuracy of MR imaging versus that of endoscopy and endoscopic biopsy. Radiology. 2011 Feb;258(2):531-7. doi: 10.1148/radiol.10101241.

7 - Arslana N, Tuzunera A, Koycub A, Dursuna S, Hucumenoglu S. The role of nasopharyngeal examination and biopsy in the diagnosis of malignant diseases. Braz J Otorhinolaryngol. Jul-Aug 2019;85(4):481-485. doi: 10.1016/j.bjorl.2018.04.006.

8 - Bilici S, Yildiz M, Gokduman AR, Yigit O. Clinical appearances in patients with nasopharyngeal malignancy: retrospective analysis. KBB-Forum [Online] 2017;16(3): 76-82. Available from: http://www.kbb-forum.net/journal/uploads/pdf/pdf_KBB_378.pdf.

9 - Rezende RM, Silveira F, Barbosa AP, Menezes UP, Ferriani VPL, Rezende PHC. et al. Objective reduction in adenoid tissue after mometasone furoate treatment. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012 Jun;76(6):829-31. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.02.052.