

ARTIGO ORIGINAL

A TÉCNICA DE LOTHROP MODIFICADA NA RESSECÇÃO DE VOLUMOSO OSTEOMA FRONTAL INTRA-SINUSAL

THE MODIFIED LOTHROP PROCEDURE IN THE RESECTION OF A LARGE FRONTAL SINUS OSTEOMA

João Subtil*, Carla Branco*, Paulo Borges Dinis*

RESUMO:

A ressecção cirúrgica de osteomas frontais sintomáticos, inacessíveis à via de abordagem micro-endoscópica endonasal, leva regra geral a que se tomem decisões cirúrgicas que envolvam vias de abordagem externas.

No presente artigo os autores descrevem um caso clínico em que, na ressecção de um volumoso osteoma frontal, se procede a uma abordagem externa (sinusotomia frontal), através de uma incisão de Lynch, complementada por uma variante da via de Lothrop original, com o fim de se conciliar a total ressecção tumoral com aspectos críticos de restabelecimento da função sinusal.

PALAVRAS-CHAVE:

ABSTRACT:

Surgical techniques addressing symptomatic osteomas of the frontal sinus, which are inaccessible to an endonasal - endoscopic approach, very frequently employ an external route and end up with a non functioning sinus. In the present report, we describe a surgical case in which intra-sinus tumor removal was accomplished through a minimal external frontal sinusotomy, using a Lynch incision, and was further supplemented by modified Lothrop procedure in order to simultaneously retain intact sinus function.

KEY WORDS:

João Subtil

Serviço ORL, Hospital Pulido Valente
Alameda Linhas Torres 117

Email: subtil@netcabo.pt

INTRODUÇÃO

A primeira proposta cirúrgica funcional para resolução de patologia inflamatória ou tumoral envolvendo o seio frontal data de 1914, quando Lothrop¹ descreve a ressecção do pavimento de ambos os seios frontais, septo intersinusal e porção superior do septo nasal adjacente, através de uma via de abordagem por etmoidectomia externa.

Nunca muito popular por estar associada a significativas complicações estéticas e funcionais, veio a ser preterida em favor da clássica abordagem osteoplástica até aos anos oitenta, altura em que a introdução da cirurgia funcional endoscópica endonasal veio centrar a atenção dos cirurgiões na cirurgia do recesso e ostium frontais como modo de se obter remissão da patologia inflamatória do seio.

* Hospital Pulido Valente, Serviço de Otorrinolaringologia, Lisboa.

O desenvolvimento da técnica endoscópica possibilitou também incluir entre as indicações endonasais patologia diversa, como o mucocele frontal e pequenos osteomas localizados ao recesso.

Em 1995 Weber e col.² resumiu em quatro tipos as técnicas endonasais possíveis para resolução de patologia inflamatória do seio frontal, e que inclui o designado tipo III, no qual basicamente se adapta a técnica original descrita por Lothrop à era da cirurgia micro-endoscópica por via endonasal.

A ressecção de osteomas frontais intrasinusais leva, porém, e ainda hoje, a tomarem-se frequentemente decisões cirúrgicas que envolvem vias de abordagem externas e amputação funcional do seio.

No presente artigo os autores descrevem um caso cirúrgico em que na ressecção de um osteoma intrafrontal obliterando o ostium, se procede a uma abordagem externa (sinusotomia frontal) para possibilitar em última análise a execução de uma variante da técnica original de Lothrop, (através de uma incisão de Lynch em alternativa à incisão da etmoidectomia externa), com o fim de se conciliar total ressecção tumoral com aspectos críticos de restabelecimento da função sinusal.

CASO CLÍNICO

Mulher de 61 anos com um quadro de três anos de evolução de cefaleias frontais persistentes, predominantemente à direita, sobretudo aquando de infecções respiratórias agudas.

Tomografia computadorizada dos seios perinasais, em cortes coronais, revela volumosa opacidade de densidade óssea, de cerca de 1,5cm no seu maior diâmetro, no interior do seio frontal direito ocupando a região do infundíbulo do seio e obliterando parcialmente o ostium, compatível com o diagnóstico de osteoma, sem evidência de patologia inflamatória nasosinusal (Figura 1).

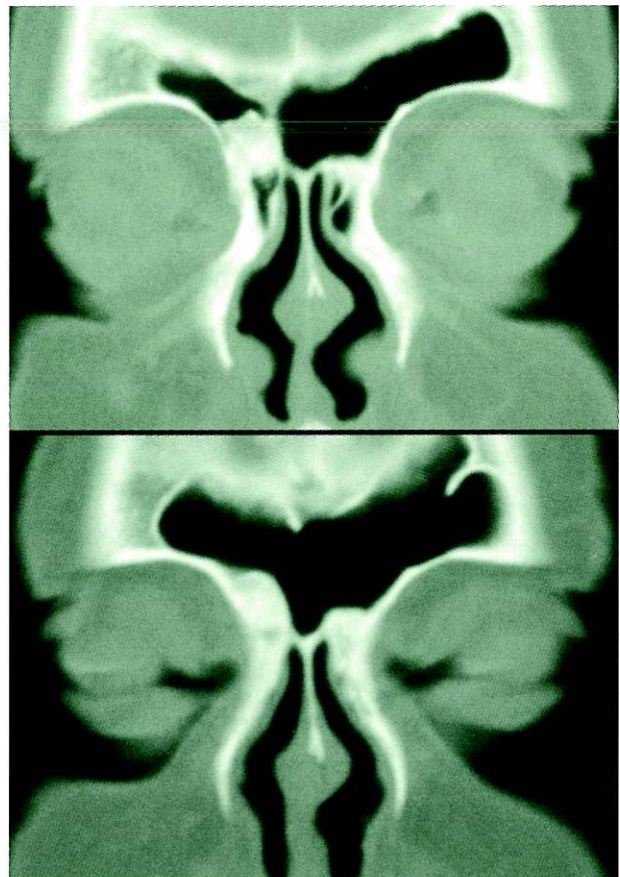


FIGURA 1: TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA NASO-SINUSAL EM INCIDÊNCIA CORONAL, MOSTRANDO A LOCALIZAÇÃO INTRA-SINUSAL DO OSTEOMA FRONTAL.

O septo intrasinusal é incipiente, o seio frontal está amplamente pneumatizado, sobretudo à esquerda, e a área infundibular frontal conjunta é larga. Foi proposta à paciente a exérese cirúrgica tumoral, que veio a aceitar.

A cirurgia inicia-se com uma tentativa endoscópica endonasal, após etmoidectomia anterior e abertura e alargamento do recesso frontal, de remoção do osteoma, de baixo para cima, através do pavimento sinusal (Figura 2).

Como cedo tal se revelasse impossível dadas as dimensões e imobilidade da massa óssea, veio a reverter-se a abordagem numa via externa através de uma incisão de Lynch (Figura 3), com sinusotomia frontal direita de pequena dimensão (Figura 4) e acesso directo ao tumor pela sua porção superior.

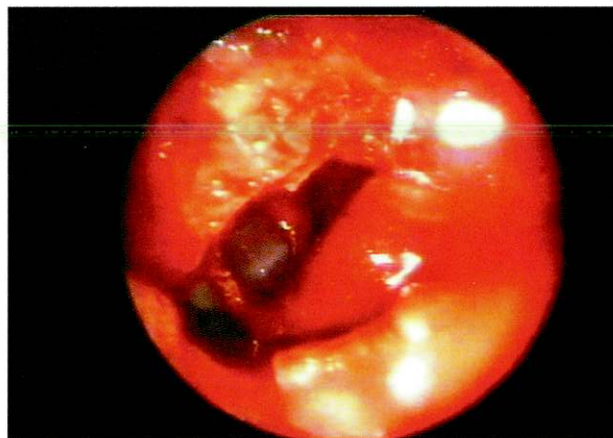


FIGURA 2: OSTEOMA JÁ PARCIALMENTE RESSECADO OBSERVADO POR VIA ENDOSCÓPICA ENDONASAL.

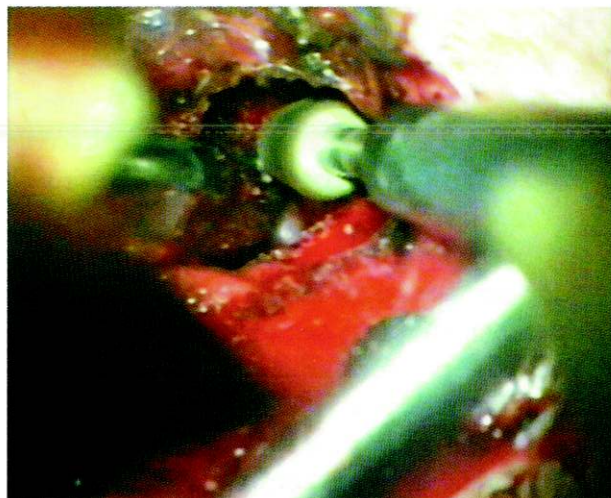


FIGURA 5: LOTHROP MODIFICADO COM RESSECÇÃO DO PAVIMENTO DO SEIO FRONTAL.



FIGURA 3: INCISÃO DE LYNCH.



FIGURA 6: PRESERVAÇÃO DA QUASE TOTALIDADE DA MUCOSA SINUSAL.

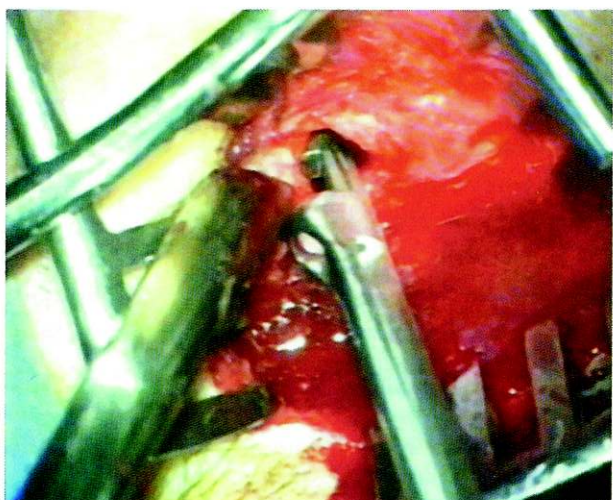


FIGURA 4: SINUSOTOMIA FRONTAL DE DIMENSÕES MÍNIMAS.

Procedeu-se seguidamente à brocagem do osteoma (Figura 5), para total remoção do mesmo, com o cuidado de se poupar toda a mucosa sinusal suprajacente e circundante (Figura 6).

Não existindo septo intersinusal, procedeu-se, por recessão de ambos os pavimentos, à fusão de ambas as vias de drenagem dos dois seios frontais numa só abertura, o mais larga possível, comunicante com a cavidade nasal.

Parte superior do septo nasal adjacente foi também excisada.

Concluiu-se com o tamponamento/"stenting" da larga abertura de ambos os seios frontais para a fossa nasal, com dedo de luva cirúrgica preenchido com gaze gorda (Figura 7), e sutura final por planos da incisão de Lynch.

O destamponamento efectuou-se ao fim de 15 dias, mantendo a paciente controlo imagiológico pós-operatório (Figura 8) e controlo endoscópico periódico da cavidade nasosinusal em cicatrização (Figura 9).

A incisão externa veio a tornar-se quase imperceptível, ocultada por rugas cutâneas.

Enquanto as queixas de cefaleias desapareceram em definitivo alguns dias após a cirurgia.

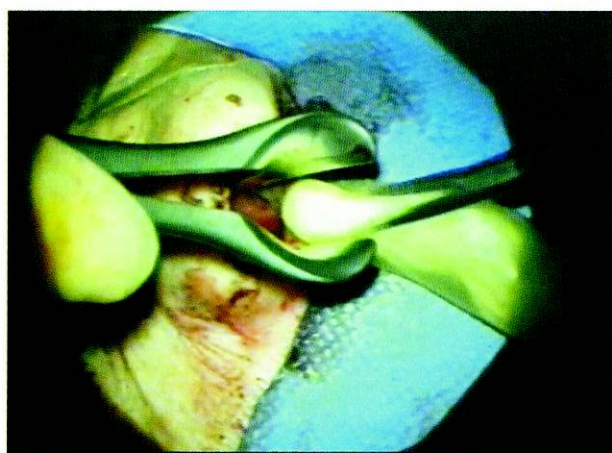


FIGURA 7: TAMPONAMENTO FINA NASOSINUSAL COM GAZE GORDA DENTRO DE DEDO DE LUVAS CIRÚRGICAS, ACONDICIONADO ATRAVÉS DA SINUSOTOMIA CRIADA.



FIGURA 8: ASPECTO IMAGIOLÓGICO PÓS-OPERATÓRIO.



FIGURA 9: CONTROLO ENDOSCÓPICO PÓS-OPERATÓRIO, VISUALIZANDO-SE EM 1 O INTERIOR DO SEIO FRONTAL COM MUCOSA ÍNTEGRA, EM 2 O REBORDO DO NEO-OSTIUM SINUSAL CRIADO, E EM 3 O BORDO LIVRE SEPTAL.

Discussão

O osteoma naso-sinusal é o tumor benigno mais comum dos seios peri-nasais.

Trata-se de um tumor mesenquimatoso osteoblástico de evolução local lenta e de etiologia desconhecida, embora se identifiquem antecedentes de traumatismo craniano em cerca de 20% dos casos.

Localiza-se mais frequentemente na junção etmoido-frontal, sendo habitualmente silencioso, de evolução lenta e de diagnóstico fortuito,

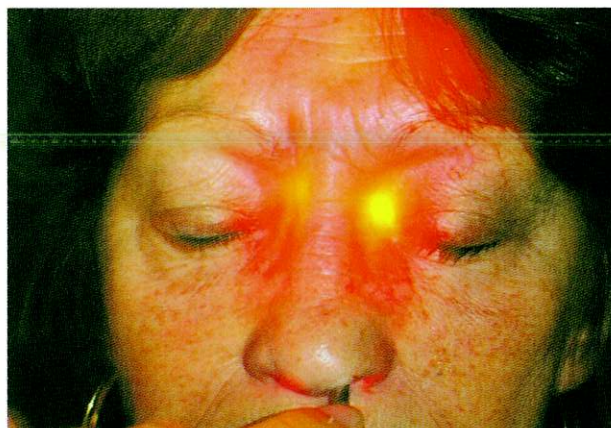


FIGURA 10: TRANSILUMINAÇÃO MOSTRANDO A AMPLA CAVIDADE NASO-SINUSAL CRIADA.

detectado em cerca de 1% de radiografias e 3% das tomografias computadorizadas que incluem os seios perinasais^{3,12}.

Torna-se sintomático, logo com indicação cirúrgica, quando o seu crescimento compromete a função ostio-meatal, o que depende em larga medida da localização inicial e do padrão de crescimento.

Pode também, menos frequentemente, manifestar-se por complicações-deformação estética, sinusite crónica, mucocelo, exoftalmia, fístula de liquor ou ainda por pneumatocelelo.

A abordagem cirúrgica do osteoma localizado ao seio frontal mantém-se ainda hoje tema de acesa discussão, com vários autores defendendo a sinusotomia externa, com ou sem obliteração, em casos, como este, em que

a excisão micro-endoscópica endonasal se vem a revelar tecnicamente impossível^{4,5}.

Todavia sinusotomias externas largas, amplas ressecções da mucosa sinusal e uma manipulação agressiva do ostium e recesso frontais acarretam inevitavelmente uma percentagem elevada de temíveis complicações pós-operatórias, que mesmo a obliteração e exclusão funcional do seio não conseguem evitar.

Porém, com a técnica descrita, incluindo sinusotomia externa de pequenas dimensões, preservação da mucosa intra-sinusal e máxima abertura comum de ambos os seios frontais para a cavidade nasal, mostra-se que é possível a preservação da função, incluindo manutenção de um bom "clearance" muco-ciliar, em abordagens cirúrgicas de uma patologia tumoral benigna.

Tão mais importante quando, numa era pós introdução da cirurgia endoscópica funcional naso-sinusal, que em definitivo trouxe para o centro das preocupações dos cirurgiões rinológicos a recuperação da função sinusal, novas gerações de clínicos ORL se vêm cada vez menos familiarizados com técnicas cirúrgicas externas clássicas da Especialidade, nem todas necessariamente tornadas obsoletas, algumas mesmo passíveis de serem adaptadas a novas realidades de tratamento cirúrgico naso-sinusal.

Esta opinião é igualmente partilhada por outros autores que referem bons resultados cirúrgicos com abordagens combinadas do seio frontal, sem obliteração^{6,8}.

REFERÊNCIAS

- 1 Fahrat F, et al: Endoscopic Modified Lothrop Procedure. Operative techniques in Otolaryngology: Endoscopic Sinus Surgery. 2004; 15: 4-15.
- 2 Weber R, Draf W, Kratzsch B, Hosemann W, Schaefer SD. Modern concepts of frontal sinus surgery. Laryngoscope 2001; 111: 137-46.
- 3 Huang HM, Liu CM, Lin KN, Chen HT. Giant ethmoid osteoma with orbital extension, a nasoendoscopic approach using an intranasal drill. Laryngoscope 2001; 111: 430-2.
- 4 Weber R, Draf W, Keerl R, Kahle G, Schinzel S, Thomann S, Lawson W. Osteoplastic frontal sinus surgery with fat obliteration: technique and long-term results using magnetic resonance imaging in 82 operations. Laryngoscope 2000; 110: 1037-44.
- 5 Weber R, Draf W, Kahle G, Kind M. Obliteration of the frontal sinus-state of the art and reflections on new materials. Rhinology 1999; 37: 1-15.
- 6 Stennert E. Rhino-frontal sinuseptotomy (RFS): a combined intra-extra nasal approach for the surgical treatment of severely diseased frontal sinuses: Laryngoscope 2001; 111: 1237-45.
- 7 Schick B, Steigerwald C, el Rahman el Tahan A, Draf W. The role of endonasal surgery in the management of frontoethmoidal osteomas. Rhinology 2001; 39: 66-70.
- 8 Molony NC, Ah-See K, Rachmanidou A, Draf W. A survey of contemporary management of frontal sinus disease in the United Kingdom. Eur Arch Otorhinolaryngol 2000; 257: 247-50.