

ARTIGO ORIGINAL

**CIRURGIA TRANSFENOIDAL  
DA PATOLOGIA SELAR - ANÁLISE RETROSPECTIVA  
DE 180 DOENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA.  
TRANSPHENOIDAL SURGERY  
OF SELLAR PATHOLOGY - RETROSPECTIVE ANALYSIS  
OF 180 PATIENTS SUBMITTED TO SURGERY.**

Rui Cerejeira\*, Sofia Paiva\*, Paulo Gonçalves\*\*, Manuel Rito\*\*\*, Francisco Belo\*\*\*, Lima Gouveia\*\*\*\*, António Paiva\*\*\*\*\*

**RESUMO:**

O acesso cirúrgico à região intraselar pode fazer-se através de abordagens transcranianas (ou altas) e extracranianas (ou baixas). As vias baixas mais utilizadas são a sublabial-transfenoidal e a endonasal-transfenoidal (ou trans-septo-esfenoidal). As vias transantral transfenoidal (através de uma operação de Caldwell-Luc) e transetmoidal (através de uma etmoidectomia externa) são usadas menos frequentemente. Nos doentes operados dos Serviços de Neurocirurgia e de ORL dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) a via endonasal-transfenoidal é a mais utilizada. Os autores pretendem analisar a experiência da equipa Rino-Neuro-Cirúrgica dos HUC no período de tempo entre Janeiro de 2000 a Dezembro de 2005, no que se refere à abordagem transfenoidal da patologia selar.

**PALAVRAS CHAVE:** Transfenoidal; patologia selar

**ABSTRACT:**

Surgical access to sellar region can be obtained with transcranial (high) and extracranial (low) approaches. Sublabial-transphenoidal and endonasal-transphenoidal (or trans-septo-sphenoidal) are the most common used approaches. Other approaches like transantral transphenoidal (using a Caldwell-Luc operation) and transethmoidal (via an external ethmoidectomy) are less frequently used. Endonasal-transphenoidal approach was the procedure of choice in patients submitted to surgery at Coimbra University Hospital (HUC) by Neurosurgery and ENT teams. The authors analyse the Rhino-Neuro-Surgery team's experience of HUC between January, 2000 and December, 2005 in what concerns to transphenoidal approach to sellar pathology.

**KEY WORDS:** Transphenoidal; sellar pathology.

**Rui Cerejeira**

R. S. Teotónio Lote 19, 1º P - 3000-377 Coimbra  
r.cerejeira@netcabo.pt  
telm:965487059

**INTRODUÇÃO**

A patologia selar, identificada cada vez mais precocemente devido aos avanços dos meios imagiológicos (nomeadamente da TC e RM),

inclui os tumores hipofisários (a maioria dos quais são benignos e de crescimento lento), os craniofaringeomas, os quistos da Bolsa de Rathke, os cordomas selares, as metástases pituitárias, os meningeomas, entre outros.

\* Interno(a) do Serviço de ORL dos HUC  
\*\* Assistente Eventual de ORL dos HUC  
\*\*\* Médico especialista de Neurocirurgia dos HUC  
\*\*\*\* Chefe de Serviço de ORL dos HUC  
\*\*\*\*\* Director de Serviço de ORL dos HUC

A abordagem terapêutica a estas lesões requer um diagnóstico correcto, bem como a selecção adequada do melhor método de tratamento.

No que respeita ao tratamento cirúrgico destas lesões, o acesso à região intraselar pode fazer-se através de abordagens transcranianas (ou altas) e extracranianas (ou baixas).

As vias baixas mais utilizadas são a sublabial-transfenoidal e a endonasal-transfenoidal (ou transepto-esfenoidal).

As vias transantral transfenoidal (através de uma operação de Caldwell-Luc) e transetmoidal (através de uma etmoidectomia externa) são usadas menos frequentemente.

Nos doentes operados dos Serviços de Neurocirurgia e de ORL dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) a via endonasal-transfenoidal é a mais utilizada e consiste em:

### 1. Exploração do septo (abordagem "maxila-prémaxila" de Cottle)<sup>2</sup>

A incisão é feita na fossa nasal direita 3 mm atrás da saliência do bordo caudal do septo cartilaginoso, após traccionar ligeiramente a columela lateralmente para o vestíbulo nasal esquerdo.

Utiliza-se um bisturi lâmina nº 15, realizando-se pequenos movimentos de "raspagem" no sentido da lâmina e no sentido transversal, até atingir o pericôndrio que se secciona cuidadosamente até à exposição da cartilagem septal.

Descoberto o plano subpericondril, faz-se o descolamento bilateral progressivo do pericôndrio e periósteo em direcção posterior (lâmina perpendicular do etmóide/vómer) e inferior (pavimento nasal).

### 2. Mobilização da Cartilagem e Remoção do Septo Ósseo Posterior

A cartilagem septal é desarticulada do vómer e deslocada lateralmente (em geral para o lado esquerdo) permitindo a visualização do septo ósseo posterior que é removido até à sua união à parede anterior do seio esfenoidal.

Em seguida, é necessária a elevação da mucosa localizada nas paredes anterior e inferior de ambos os seios esfenoidais.

### 3. Abertura do Esfenóide

É realizada sob microscópio cirúrgico e pode ser feita com um estilete botonado, se a parede anterior é fina, ou com uma broca ou com um fórceps de Hajek ou de Kerrison no caso da parede ser espessa.

Depois, é removido o septo intersinusal. A utilização de um intensificador de imagem (raios X) antes do início da cirurgia, já com o doente posicionado, permite precisar a forma e extensão do seio esfenoidal e da *sella turcica*, bem como a espessura da parede anterior do seio esfenoidal.

É feito também o controlo radiográfico no final da abordagem.

Estando o campo cirúrgico preparado pelo Otorrinolaringologista, o Neurocirurgião realiza a cirurgia, cabendo-lhe nomeadamente a manipulação do conteúdo intra e/ou supraselar.

Este artigo pretende analisar a experiência da equipa Rino-Neuro-Cirúrgica dos HUC no período de tempo entre Janeiro de 2000 a Dezembro de 2005, no que se refere à abordagem transfenoidal da patologia selar.

### MATERIAL E MÉTODOS:

Foram estudados todos os doentes referenciados nos HUC para cirurgia transfenoidal entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2005.

Os doentes operados neste período de tempo por recidiva ou outras complicações de cirurgia prévia (i.e. antes de 1 de Janeiro de 2000) não foram incluídos nesta análise.

## RESULTADOS:

A população estudada apresenta as seguintes características epidemiológicas:

180 doentes, 67 do sexo Masculino e 113 do sexo Feminino, com uma média de idades de 49,34 anos e uma mediana de 48 anos; a idade mínima foi de 14 anos e a idade máxima de 82 anos (Figura 1).

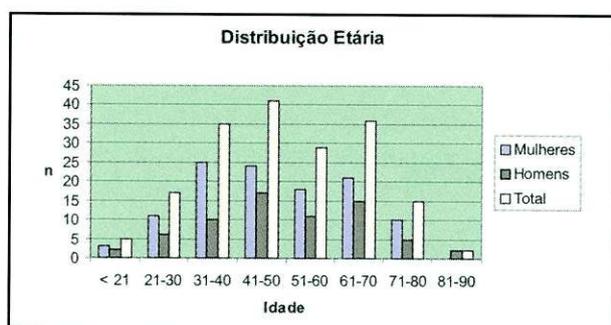


FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO ESTUDADA.

O diagnóstico final foi obtido através da conjugação dos dados clínicos e histopatológicos (Tabela 1; Figura 2).

Verificou-se que, dos 151 doentes (83,8%) com o diagnóstico de adenoma hipofisário, a grande maioria (74 casos) correspondia a adenoma não secretor/"null cell"; outros tipos identificados foram os adenomas secretores de ACTH (21 doentes), de GH (20), de Prolactina (15), de FSH (6), de GH e Prolactina (5), de somatotrofina (5), de TSH (4) e de LH (1).

Seis doentes foram operados por quisto da Bolsa de Rathke, dois doentes por craniofaringeoma e um doente por cordoma intraselar.

Foi ainda diagnosticada metastização pituitária de carcinoma da mama em uma doente.

Em 10 doentes o estudo histopatológico da peça operatória revelou tecido hipofisário normal.

Não foi possível estabelecer um diagnóstico em 5% dos casos (9 doentes).

Em 17 dos doentes operados houve necessidade de uma ou mais reintervenções por via transfenoidal (Figura 3).

	n	%
<b>Adenoma Hipofisário</b>	<b>151</b>	<b>83,8</b>
Adenoma não secretor/"null cell"	74	41,1
Adenoma secretor de ACTH	21	11,6
Adenoma não secretor/"null cell"	74	41,1
Adenoma secretor de GH	20	11,1
Prolactinoma	15	8,3
Adenoma secretor de FSH	6	3,3
Adenoma secretor de GH e PRL	5	2,8
Somatotrofinoma	5	2,8
Adenoma secretor de TSH	4	2,2
Adenoma secretor de LH	1	0,6
<b>Quisto Bolsa Rathke</b>	<b>6</b>	<b>3,3</b>
<b>Craniofaringeoma</b>	<b>2</b>	<b>1,1</b>
<b>Carcinoma da Mama (metástase)</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>
<b>Cordoma</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>
<b>Adenohipófise normal</b>	<b>10</b>	<b>5,6</b>
<b>Sem diagnóstico</b>	<b>9</b>	<b>5</b>
Total	180	100

TABELA 1 - DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS E/OU HISTOPATOLÓGICOS.

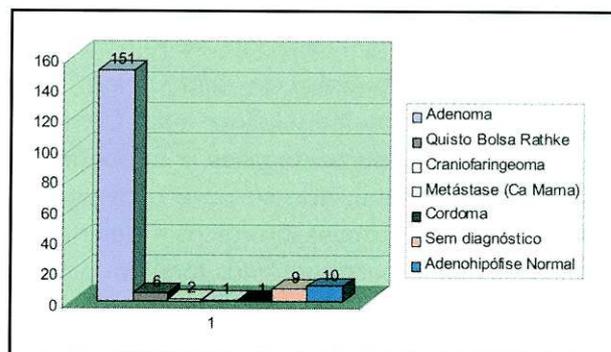


FIGURA 2 - DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS E/OU HISTOPATOLÓGICOS.

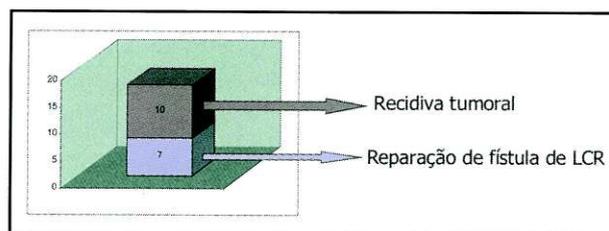


FIGURA 3 - DOENTES RE-OPERADOS.

Destes, 7 foram re-operados para reparação de fístulas de Líquido Cérebro Raquidiano (LCR), enquanto que 10 necessitaram de nova cirurgia por recidiva tumoral. As queixas de dor ou desconforto nasal no pós-operatório foram mínimas com o destamponamento a ser realizado entre o 5º e o 7º dia de pós-operatório.

## DISCUSSÃO

Nos HUC, a via de acesso baixa aos tumores da região selar utilizada é a endonasal-transfenoidal.

Para isso concorrem vários factores: permite uma exposição excelente da *sella turcica*, bem como uma boa exposição supra-selar<sup>1</sup>; é uma técnica de execução rápida; não necessita de uma incisão oral (como a abordagem sublabial transfenoidal); e a recuperação é rápida e sem cicatriz visível.

Os nossos resultados indicam uma percentagem de complicação por fístula de LCR (3,8%) sobreponível às de outros centros de referência (0,5 a 15,0%)<sup>3</sup> e confirmam o elevado sucesso, da via de abordagem utilizada, na remoção eficaz da patologia tumoral da *sella turcica*.

A cooperação multidisciplinar entre Otorrinolaringologistas, Neurocirurgiões e Endocrinologistas é fundamental, não só para a avaliação criteriosa das indicações cirúrgicas e determinação da via de abordagem, mas também para o acompanhamento pós-operatório destes doentes, muitas vezes necessário durante toda a vida.

Esta análise apresenta, no entanto, algumas limitações devido à falta de registo de alguns

dados. Não foi determinada a duração do internamento nem foram identificadas as complicações pós-operatórias médicas.

Outros dados como co-morbilidades também não foram analisados.

Por outro lado, não é possível fazer uma análise de prognóstico de forma prospectiva uma vez que o período analisado é curto.

Serão necessários mais estudos para avaliar factores de risco de complicações médico-cirúrgicas que afectam a duração do internamento e o prognóstico.

## CONCLUSÕES

A via de acesso transfenoidal à *sella turcica* continua a ser um método privilegiado para o tratamento cirúrgico de inúmeras causas de patologia selar. Nos HUC utiliza-se a via endonasal (trans-septal), sendo uma abordagem eficaz, com baixa incidência de complicações cirúrgicas, nomeadamente fístulas de LCR.

Mais estudos serão necessários para avaliar a influência dos factores individuais (por exemplo, co-morbilidades) na taxa de sucesso do tratamento cirúrgico e risco de complicações médico-cirúrgicas pós-operatórias, bem como para uma análise de prognóstico de forma prospectiva.

A actuação multidisciplinar de médicos otorrinolaringologistas, neurocirurgiões e endocrinologistas é fundamental para a decisão e preparação pré-operatória, bem como para um adequado acompanhamento pós-operatório dos doentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Das K, Spencer W, Nwagwu CI, Schaeffer S, Wenk E, Weiss MH, Couldwell WT. Approaches to the sellar and parasellar region: anatomic comparison of endonasal-transsphenoidal, sublabial transsphenoidal, and transethmoidal approaches. *Neurol Res.* 2001 Jan; 23(1): 51-4.
- 2 Portmann M. *Traité de technique chirurgicale O.R.L. et cervico-faciale.* Tome 2 nez et face. Masson 1983, p297-8.
- 3 Shiley SG, Limonadi F, Delashaw JB, Barnwell SL, Andersen PE, Hwang PH, Wax MK. Incidence, etiology and management of cerebrospinal fluid leaks following trans-sphenoidal surgery. *Laryngoscope* 2003 Aug; 113(8):1283-8.