

Papiloma Schneideriano Exofítico - A propósito de um caso clínico

Exophytic Schneiderian Papilloma - Case report

Sérgio Caselhos • Roberto Estevão • Vânia Henriques • Ana Sousa • Rafaela Veloso Teles • Alexandre Mexedo • Francisco Moreira da Silva • Fausto Fernandes

RESUMO

A mucosa respiratória, ciliada, de origem ectodérmica, que reveste a cavidade nasal e os seios perinasais, também designada de membrana schneideriana pode originar três papilomas morfológicamente distintos. Individualmente designados de papiloma schneideriano exofítico, invertido e oncocítico ou, colectivamente, papilomas schneiderianos.

Apresenta-se um caso de papiloma schneideriano exofítico com origem no septo nasal e envolvendo o seio esfenoidal e as células etmoidais posteriores. Adoptou-se uma abordagem endoscópica para remoção completa do tumor.

Apresenta-se, ainda, uma análise retrospectiva de 19 pacientes observados na nossa instituição nos últimos 10 anos com diagnóstico de papiloma schneideriano.

Palavras-chave: Papiloma schneideriano, papiloma nasosinusal, papiloma exofítico, papiloma invertido, papiloma oncocítico

ABSTRACT

The ectodermally derived, ciliated, respiratory mucosa that lines the nasal cavity and paranasal sinuses, so called Schneiderian membrane, gives rise to three morphologically distinct papillomas. These are referred to individually as the exophytic, inverted, and oncocytic Schneiderian papillomas or, collectively, as Schneiderian papillomas.

We reported a case of exophytic schneiderian papilloma arising from the nasal septum and extending to sphenoid sinuses and ethmoid cells. We adopted endoscopic approach and removed the tumor thoroughly.

Also, a retrospective analysis of 19 patients with schneiderian papilloma as seen at our institution during the past 10 years is presented.

Keywords: Schneiderian Papilloma, Sinonasal Papilloma, Exophytic Papilloma, Inverted Papilloma, Oncocytic Papilloma

INTRODUÇÃO

Os papilomas schneiderianos (PS), ou nasosinusais, foram descritos pela primeira vez por Ward em 1854¹. Foram designados como tal, em homenagem ao Victor Schneider, quem, identificou primeiro a origem ectodérmica da mucosa nasal¹.

Contrariamente a restante mucosa das vias aéreas superiores, a mucosa que recobre as fossas nasais e os seios perinasais, também designada de membrana schneideriana, tem uma origem ectodérmica, continua-se com a mucosa da nasofaringe, de origem endodérmica, mas histologicamente idêntica. Os PS podem ter uma localização extra-nasosinusal, como no ouvido médio, no saco lacrimal ou na faringe, se existir uma migração ectópica da membrana schneideriana durante a embriogénese².

Existem três subtipos histológicos de PS^{3,4,5}. O invertido, com crescimento endofítico, corresponde a 47 – 79% dos PS, localiza-se quase exclusivamente na parede lateral das fossas nasais. O PS exofítico ou fungiforme corresponde a 18 – 50% dos papilomas, geralmente origina-se no septo nasal e raramente envolve os seios perinasais. O PS oncocítico ou cilíndrico, corresponde a 3 – 8% dos PS, sendo considerado por muitos autores uma forma variante de papiloma invertido.

Os PS são raros, constituindo 0.4-4.7% de todos os tumores das fossas nasais^{3,4}. São mais frequentes em caucasianos e no sexo masculino.

Sérgio Caselhos

Interno do Internato de ORL, Instituição, Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães

Roberto Estevão

Interno do Internato de ORL, Instituição, Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães

Vânia Henriques

Interno do Internato de ORL, Instituição, Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães

Ana Sousa

Interno do Internato de ORL, Instituição, Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães

Rafaela Veloso Teles

Interno do Internato de ORL, Instituição, Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães

Alexandre Mexedo

Assistente Hospitalar Graduado, Instituição, Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães

Francisco Moreira da Silva

Assistente Hospitalar Graduado, Instituição, Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães

Fausto Fernandes

Director de Serviço, Instituição, Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães

Correspondência:

Sérgio de Sousa Caselhos
Centro Hospitalar do Alto Ave
Creixomil
caselhos@msn.com

Desconhece-se a origem dos PS. Suspeita-se, no entanto, que os vírus, nomeadamente o vírus do papiloma humano (HPV) esteja envolvido^{6,7}. Este é um vírus com tropismo epitelial envolvido em lesões pré-malignas e malignas. Foram identificados nos PS subtipos de baixo risco (HPV 6 e HPV 11) e de alto risco (HPV 16 e HPV 18). O carcinoma de células escamosas é a neoplasia maligna que mais frequentemente se associa aos PS^{3,4}. Dos diferentes subtipos de PS, o exofítico excepcionalmente apresenta potencial carcinogénico; o invertido associa-se ao carcinoma em 5 a 10% dos casos e o oncocítico em 14 a 19%. Clinicamente, a maioria dos doentes refere obstrução nasal unilateral⁸. Epistaxis, rinorreia, epífora e algias faciais são outros sintomas frequentemente referidos. Os PS são geralmente unilaterais, tendem a recorrer, apresentam capacidade destrutiva das estruturas adjacentes e associam-se a neoplasias malignas; o seu diagnóstico é histológico. A tomografia computadorizada (TC) constitui o exame "golden standard" na abordagem diagnóstica das lesões das fossas nasais e tem um importante papel para determinar a extensão da doença e o envolvimento das estruturas adjacentes, condicionando a abordagem cirúrgica da lesão⁵. O tratamento dos PS é cirúrgico^{9,10}. As abordagens mais conservadoras frequentemente resultam em taxas de recorrência de 40-80% sendo os locais de maior recorrência o meato médio e o recesso nasofrontal; pelo que muitos autores preconizam a maxilectomia medial e etmoidectomia por rinotomia lateral como tratamento dos PS. No entanto trabalhos recentes mostram taxas de recorrência equiparáveis entre a abordagem endoscópica e a maxilectomia medial por abordagem externa, cerca de 17%¹⁰. Muitos autores^{10,11,12} defendem associar um procedimento de Caldwell-Luc à abordagem endoscópica quando a parede anterior ou póstero-lateral do seio maxilar está envolvida. A extensão da doença para o seio maxilar já não é considerado uma contra-indicação para a abordagem endoscópica^{10,11,12}. A presença de carcinoma

ou a presença da doença no seio frontal contraindicam o uso exclusivo da abordagem endoscópica. A maioria das recorrências observa-se entre 5 a 10 anos após a cirurgia³.

DESCRIÇÃO DO CASO

Doente, do sexo masculino, de 44 anos de idade, referenciado à consulta de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães, em Dezembro 2011, com queixas de obstrução nasal bilateral de longa data e hiposmia em doente submetido a cirurgia endoscópica nasosinusal com esfenoidectomia bilateral em 2006 e revisão cirúrgica em 2007. Negava rinorreia ou cefaleias. Ao exame objectivo, na rinoscopia, complementada com videoendoscopia, apresentava uma neoformação papilomatosa ocupando os dois terços posteriores das fossas nasais (figura 1). O restante exame objectivo não revelou alterações. Realizou, previamente, uma Tomografia Computorizada (TC) em Agosto 2011 demonstrando a extensão da lesão (figura 2).

FIGURA 1

Videendoscopia da fossa nasal direita - Neoformação papilomatosa

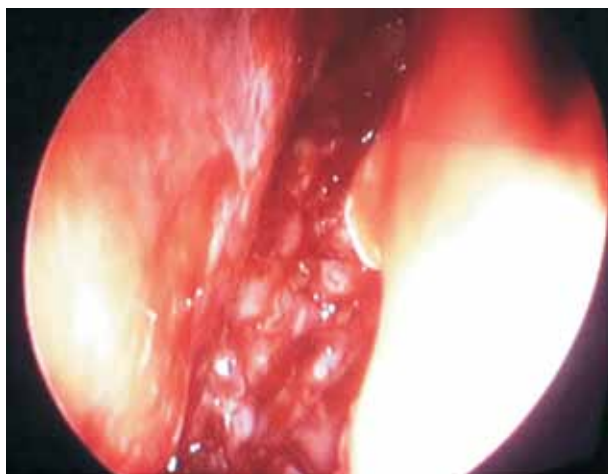


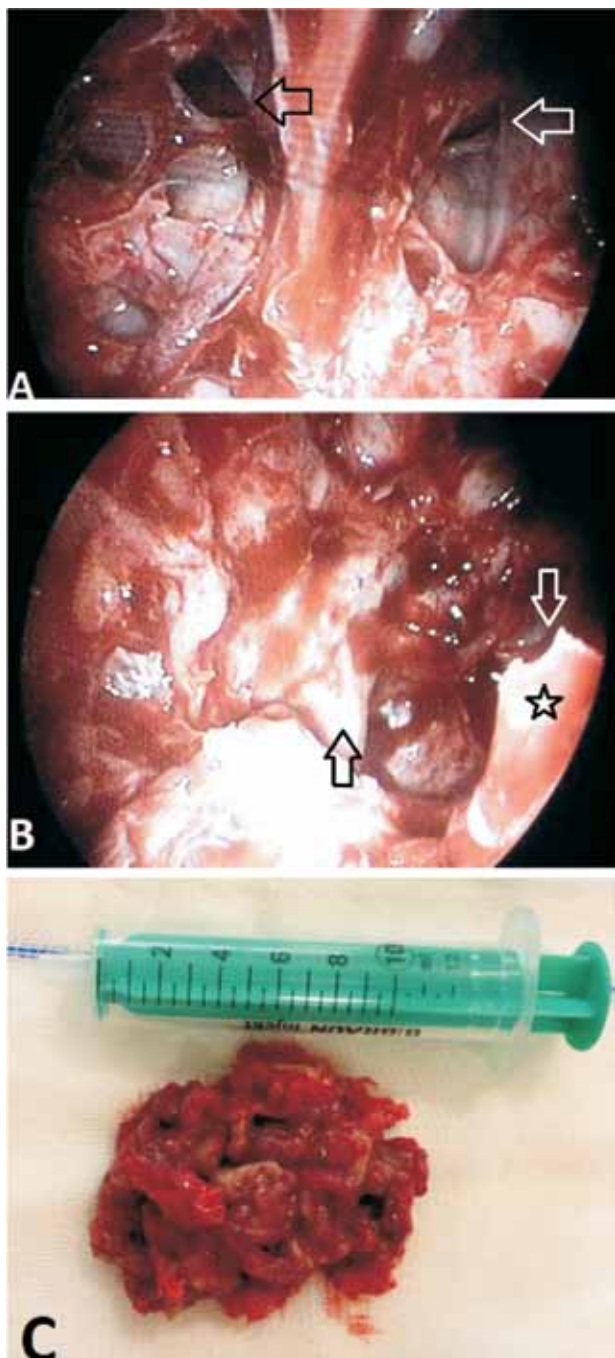
FIGURA 2

Tomografia Computorizada demonstrando focos com densidade de tecidos moles no seio maxilar esquerdo, no seio esfenoidal, células etmoidais, principalmente as posteriores e ocupando os recessos eseno-etmoidais, os meatos médios bilateralmente e a unidade infundibular esquerda



FIGURA 3

Cirurgia Endoscópica com ressecção septo nasal nos seus 2/3 posteriores (A- Sinusotomia frontal bilateral – Draf II e etmoidectomia anterior, as setas apontam os recessos frontais; B- Esfenoetmoidectomia, as setas apontam os nervos ópticos, o asterisco aponta para o septo nasal remanescente; C- Aspecto macroscópico da peça anatómica removida.)



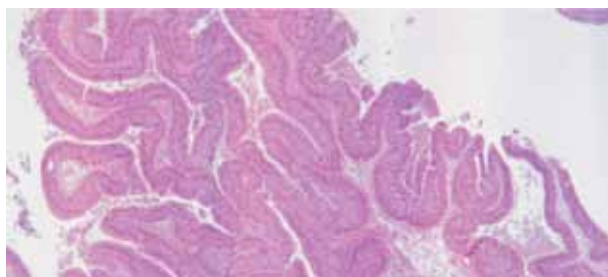
Foi proposto para revisão de cirurgia endoscópica tendo sido realizada nasalização segunda a técnica descrita por Jankowsky tornando o labirinto etmoidal numa cavidade única aberta na fossa nasal através de uma dissecação da lâmina papirácea, corneto médio e fovea etmoidalis e realizando uma esfenoetmoidectomia transetmoidal bialteral.

Procedeu-se ainda a sinusotomia frontal e maxilar assim como a ressecção dos dois terços posteriores do septo nasal (figura 3).

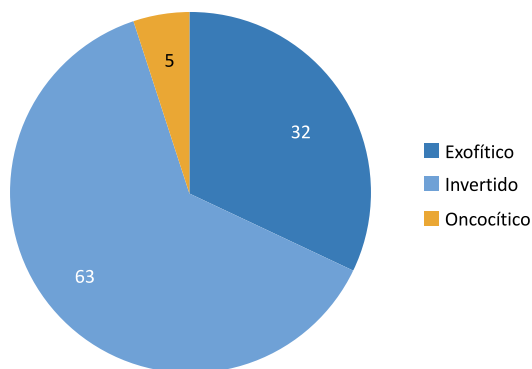
O exame histológico demonstrou tratar-se de um papiloma schneideriano de tipo exófito (figura 4). Não foram registadas complicações no pós-operatório. Três meses após a cirurgia não se evidencia recorrência de neoplasia.

FIGURA 4

Exame microscópico de peça anatómica – epitélio em parte respiratório e em parte metaplásico, sem atipia citológica, disposto em redor de eixos conjuntivos de dimensão e espessura variáveis, com edema e infiltrado inflamatório linfoplasmocitário discreto – coloração de hematoxilina eosina, 40 X

**FIGURA 5**

Distribuição dos diferentes subtipos histológicos de PS

**MATERIAL E MÉTODOS**

O presente estudo consiste num estudo retrospectivo em que foram analisados os processos clínicos de todos os doentes com diagnóstico histológico de papiloma schneideriano no período compreendido entre Janeiro de 2002 e Janeiro de 2012 no Centro Hospitalar do Alto Ave.

Foram analisadas diferentes variáveis. Todos os casos apresentavam um estudo imagiológico prévio ao tratamento instituído. As imagens das TC foram analisadas por um dos autores do estudo e os achados imagiológicos descritos no relato foram ainda considerados. Os resultados foram comparados com os da literatura.

RESULTADOS

Identificaram-se 19 casos de papilomas schneiderianos (gráfico 1). 53 % (n=10) dos doentes são do sexo masculino e 47% (n=9) do sexo feminino. A idade média dos doentes, na altura do diagnóstico, é de 59 anos sendo o doente mais novo o caso clínico com 38 anos e tendo o mais idoso 84 anos.

Relativamente ao motivo de consulta, 58% (n=11) recorreu à consulta por obstrução nasal sendo esta a queixa mais frequente, acometendo 84% (n= 16) dos doentes. 21% (n=4) dos doentes recorreram à consulta por epistaxis e 5% (n=1) por algias faciais. Em 16% (n=3) constituiu um achado no exame objectivo ou num exame imagiológico realizado em doentes assintomáticos.

Quando comparadas as tomografias computadorizadas realizadas previamente a qualquer abordagem cirúrgica, constata-se que nenhum doente com diagnóstico histológico de papiloma exofítico revela fenómenos de erosão ou adelgaçamento ósseo, o que também sucede com 25% (n=3) dos doentes com papiloma invertido. 75% (n=9) dos doentes com diagnóstico de papiloma invertido apresenta algum fenómeno de erosão ou adelgaçamento ósseo, o mesmo sucedendo com o doente com papiloma oncocítico.

Relativamente ao tratamento proposto, todos os doentes foram submetidos à ressecção endoscópica da neoplasia como primeira abordagem. Em revisões cirúrgicas, associou-se ocasionalmente uma abordagem de Caldwell-Luc ou paralateronasal.

Dos papilomas exofíticos, constata-se que somente um caso, correspondendo a 17% dos casos desse tipo histológico, recorreu após a primeira cirurgia. 50% (n=6) dos papilomas invertidos recorreram após a primeira cirurgia. Relativamente ao caso do papiloma oncocítico, este não evidencia recorrência.

Não se constatou nenhum caso de carcinoma associado ao diagnóstico histológico de papiloma exofítico. Uma recidiva de papiloma invertido, correspondendo a 8% dos casos desse diagnóstico histológico, viria a revelar, numa revisão cirúrgica, associar-se a “*carcinoma in situ*”. O tempo de seguimento médio após diagnóstico histológico foi de 5 anos, tendo os casos com maior seguimento 10 anos e o menor 1 ano.

DISCUSSÃO

O Papiloma exofítico, contrariamente ao caso clínico apresentado, raramente é bilateral, raramente envolve os seios perinasais e raramente ultrapassa os 2 centímetros de maior diâmetro^{4,5}.

Constatamos que o papiloma invertido, à semelhança do descrito na literatura, foi o subtipo histológico mais frequentemente encontrado. A obstrução nasal foi, à semelhança dos dados encontrados na literatura, o sintoma mais prevalente nos doentes considerados no estudo. Como descrito por alguns autores, a maioria dos doentes com PS do nosso estudo evidenciaram algum grau de destruição óssea no exame imagiológico.

A taxa de recorrência, após submetido o doente a uma primeira cirurgia, foi de 46% nos papilomas invertidos, resultado similar ao encontrado na literatura em abordagens conservadoras. No entanto, muitos doentes tiveram um seguimento, após diagnóstico histológico, inferior à 5 anos pelo que a taxa de recorrência poderá vir a revelar-se maior.

CONCLUSÕES

Alguns autores, na literatura mundial, consideravam os papilomas exofíticos, os invertidos e os oncocíticos uma única e mesma identidade sendo-lhes atribuído o termo genérico de papiloma, papilomatose ou papiloma schneideriano. Os autores deste estudo consideram, à semelhança de muitos outros, existirem diferenças clínicas e histopatológicas significativas devendo fazer a diferenciação entre essas entidades.

A exérese cirúrgica completa dos papilomas é essencial para o tratamento da doença. Uma cuidada avaliação pré-operatória com TC e/ ou ressonância magnética, assim como a experiência do cirurgião, são elementos que devem de ser considerados na selecção e personalização da abordagem cirúrgica.

Referências bibliográficas:

- 1 - Ward N. A mirror of the practice of medicine and surgery in the hospitals of London. London Hosp Lancet. 1854;2:480-2.
- 2 - Shen J, Baik F, Mafee MF. Inverting papilloma of the temporal bone: case report and meta-analysis of risk factors. Otol Neurotol. 2011 Sep;32(7):1124-33.
- 3 - Hyams VJ. Papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. A clinicopathologic study of 315 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol 1971; 80:192–206.
- 4 - Michaels L, Young M. Histogenesis of papillomas of the nose and paranasal sinuses. Arch Pathol Lab Med 1995; 119:821–826.
- 5 - Chiu AG, Jackman AH, Antunes MB Radiographic and histologic analysis of the bone underlying inverted papillomas. Laryngoscope. 2006 Sep;116(9):1617-20.
- 6 - Weiner JS, Sherris D, Kasperbauer J. Relationship of human papillomavirus to Schneiderian papilloma. Laryngoscope 1999; 109:21–26.
- 7 - Lawson W, Schlecht NF, Brandwein-Gensler M. The role of the human papillomavirus in the pathogenesis of Schneiderian inverted papillomas: an analytic overview of the evidence. Head Neck Pathol. 2008 Jun;2(2):49-59.
- 8 - Phillips PP, Gustafson RO, Facer GW. The clinical behavior of inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses: report of 112 cases and review of the literature. Laryngoscope 1990; 100:463–469.
- 9 - Myers EN, Schramm VL Jr, Barnes EL Jr. Management of inverted papillomas of the nose and paranasal sinuses. Laryngoscope 1981; 91:2071–2084.
- 10 - Busquets JM, Hwang PH. Endoscopic resection of sinonasal inverted papilloma: a meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006 Mar;134(3):476-82. Review.
- 11- Kraft M, Simmen D, Kaufmann T Long-term results of endonasal sinus surgery in sinonasal papillomas. Laryngoscope. 2003 Sep;113(9):1541-7.
- 12 - Wormald PJ, Ooi E, van Hasselt CA Endoscopic removal of sinonasal inverted papilloma including endoscopic medial maxillectomy. Laryngoscope. 2003 May;113(5):867-73.