

hea

fbpn

fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica

Sessão Clínica- 20/03/2023

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Prof. Alcino Hauaji

Relatora: (R2) Dr^a Mariana Pinheiro Gomes

Debatedor: (R1) Dr.Otávio Defanti Ramos

Identificação: homem, 50 anos, negro, casado, comerciante, natural e residente de Campos dos Goytacazes.

Queixa principal: “Nariz entupido”

HDA: paciente refere que iniciou há cerca de 03 meses quadro progressivo de congestão nasal a direita, sem exteriorização de secreção, não relacionado a fatores ambientais ou outros fatores. Sem melhora em uso de descongestionante nasal. Refere também nesse mesmo período emagrecimento importante (cerca de 9kg). Há cerca de 1 mês e meio evoluiu com anosmia.

HPP: nega comorbidades. Nega alergias. Nega cirurgias prévias.

Medicamentos em uso prévio: “Rinosoro” há 3 meses.

História familiar: desconhecida.

Ao exame: lúcido, orientado no tempo e espaço, emagrecido, eupneico, apresentando respiração oral, normocorado, acianótico, anictérico, afebril. Sem linfonodomegalias palpáveis.

Rinoscopia anterior: colabamento parcial de cavidade nasal direita durante fase de inspiração.

Oroscopia: sem alterações.

ACV: ritmo cardíaco regular 2T bulhas normofonéticas, sem sopros.

PA=120x70 mmHg / FC=72bpm

AR: murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios. Saturação O₂=99%

ABD: flácido, depressível, indolor a palpação.

MMII: panturrilhas livres, sem edema, pulsos presentes.

SANGUE		Valores de referência
HEMOGLOBINA	13,6 g/dL	12 - 16 g/dL
HEMATÓCRITO	38,9%	35 - 46%
LEUCÓCITOS	4.470/mm ³	3600 - 11000/mm ³
PLAQUETAS	289.000/mm ³	150000 - 450000/mm ³
URÉIA	24 mg/dL	17 - 43 mg/dL
CREATININA	0,9 mg/dL	0,6 - 1,09 mg/dL
TGO	19	5 – 40 UI/L
TGP	33	7 – 56 UI/L
GLICOSE	95	99 mg/dl

DISCUTIR CONDOTA E HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

CASO CLÍNICO

- ✓ IDENTIFICAÇÃO: **Homem, 50 anos**, negro, casado, comerciante, natural e residente de Campos dos Goytacazes.
- ✓ QUEIXA PRINCIPAL: "nariz entupido"
- ✓ HDA: Paciente refere que iniciou há cerca de **3 meses** quadro progressivo de **congestão nasal a direita sem exteriorização de secreção, não relacionado a fatores ambientais** ou outros fatores. **Sem melhora ao uso de descongestionante nasal**. Refere também nesse período **emagrecimento importante** (cerca de 9kg). Há cerca de 1 mês e meio evoluiu com **anosmia**.
- ✓ HPP: Nega comorbidades. Nega alergias. Nega cirurgias prévias
- ✓ Medicamento em uso prévio: Rinosoro há 3 meses
- ✓ HF: Desconhecida.
- ✓ HS: Nega tabagismo e etilismo.

EXAME FÍSICO

- ✓ Ao exame: lúcido e orientado no tempo e espaço, **emagrecido**, eupneico, apresentando **respiração oral**, normocorado, acianótico, anictérico, afebril. **Sem linfonodomegalias palpáveis**. Rinoscopia anterior: **colapso parcial de cavidade nasal direita durante fase de inspiração**.
- ✓ Oroscoopia: sem alterações.
- ✓ AR: MV universalmente audível, sem ruídos adventícios. Sat: 99%
- ✓ ACV: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. PA: 120x70mmhg FC: 72 bpm
- ✓ ABD: Flácido, depressível, indolor a palpação.
- ✓ MMII: sem edemas, panturrilhas livres, pulsos presentes.

- ✓ **Homem, 50 anos**
- ✓ **Início dos sintomas: 3 meses**
- ✓ **Obstrução progressiva**
- ✓ **Não relacionados a fatores ambientais.**
- ✓ **Sem melhora ao uso de medicação.**
- ✓ **Unilateral**
- ✓ **Associada a anosmia**

- ✓ **+ Emagrecimento 9kg em 3 meses.**

EXAMES COMPLEMENTARES

SANGUE		Valores de referência
HEMOGLOBINA	13,6 g/dL	12 - 16 g/dL
HEMATÓCRITO	38,9%	35 - 46%
LEUCÓCITOS	4.470/mm ³	3600 - 11000/mm ³
PLAQUETAS	289.000/mm ³	150000 - 450000/mm ³
URÉIA	24 mg/dL	17 - 43 mg/dL
CREATININA	0,9 mg/dL	0,6 - 1,09 mg/dL
TGO	19	5 – 40 UI/L
TGP	33	7 – 56 UI/L
GLICOSE	95	99 mg/dl

OBSTRUÇÃO NASAL

INTERMITENTE

PROGRESSIVA

UNILATERAL

BILATERAL

- DESVIO SEPTAL
- CORPO ESTRANHO
- TUMORES

- RINITE CRONICA
- POLIPOSE
- TUMORES
- HIPERPLASIA DE ADENOIDE

RINOSCOPIA ANTERIOR

- ✓ OBSERVAR O TAMANHO DAS CONCHAS INFERIORES, COLORAÇÃO E ASPECTO DA MUCOSA, POSIÇÃO DO SEPTO E PRESENÇA DE MASSAS

OTOSCOPIA

- ✓ A PRESENÇA DE HIPERTROFIA DE ADENOIDES, MASSAS E TUMORES NASAIS PODE CURSAR COM ALTERAÇÕES AUDITIVAS, COMO POR EXEMPLO, OTITE MÉDIA SEROSA.



DESVIO SEPTAL

- ✓ OBSTRUÇÃO COM INICIO APÓS TRAUMA (PRINCIPAL CAUSA) OU NO FINAL DA SEGUNDA DECADA DE VIDA.
- ✓ AUSENCIA DE SINAIS ALERGICOS
- ✓ AS CONCHAS NÃO SÃO HIPERPROFIADAS
- ✓ NÃO MELHORA SIGNIFICATIVAMENTE AO USO DE VASOCONSTRITORES.

PONTOS A FAVOR

- UNILATERAL
- SEM RELAÇÃO COM FATORES AMBIENTAIS.
- PERSISTENTE
- AUSENCIA DE MELHORA AO USO DE MEDICAÇÃO

RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE.

- ✓ **PRESENÇA POR 12 SEMANAS DE DOIS OU MAIS SINTOMAS:**
- ✓ **OBSTRUÇÃO NASAL (PRINCIPAL SINTOMA). UNI OU BILATERAL.**
- ✓ **SECREÇÃO NASAL**
- ✓ **DOR/PRESSÃO FACIAL**
- ✓ **REDUÇÃO OU PERDA DO OLFATO. (80%)**
- ✓ **+ COMUM EM HOMENS**
- ✓ **CONDIÇÕES ASSOCIADAS: ASMA, INTOLERÂNCIA A AAS, ALERGIA/ATOPIA, FATORES AMBIENTAIS.**

RINOSSINUSITE CRÔNICA COM POLIPOSE

PONTOS A FAVOR

- UNILATERAL OU BILATERAL
- ANOSMIA
- PERSISTENTE
- AUSENCIA DE MELHORA AO USO DE MEDICAÇÃO.

PONTOS CONTRA

- AUSENCIA DE FATORES AMBIENTAIS ALERGICOS.
- NÃO EXPLICA O EMAGRECIMENTO
- AUSENCIA DE RINORREIA

GRANULOMATOSES NASAIS

- ✓ **DOENÇAS INFLAMATORIAS CRÔNICAS ESPECÍFICAS EM QUE HISTOLOGICAMENTE HÁ FORMAÇÃO DE GRANULOMAS.**
- ✓ **ORIGEM BACTERIANA: ACTINOMICOSE, HANSENÍASE, RINOSCLEROMA, SÍFILIS E TUBERCULOSE.**
- ✓ **ORIGEM FÚNGICA: HISTOPLASMOSE, PARACOCCIDIOIDOMICOSE E RINOSPORIDIOSE.**
- ✓ **ORIGEM PARASITÁRIA: LEISHMANIOSE.**
- ✓ **ORIGEM DESCONHECIDA: SARCOIDOSE.**
- ✓ **ORIGEM AUTOIMUNE: GRANULOMATOSE DE WEGENER.**

GRANULOMATOSSES NASAIS

- ✓ TUBERCULOSE NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO É INFREQUENTE E O ENVOLVIMENTO DE NARIZ E CAVIDADES PARANASAIS É RARO.
- ✓ OCORRE COMO UM EVENTO SECUNDÁRIO AO ACOMETIMENTO PULMONAR.
- ✓ O ENVOLVIMENTO DE AMBAS AS CAVIDADES NASAIS PODE SER MAIS RARO.
- ✓ PRINCIPAL SINTOMA: OBSTRUÇÃO NASAL ACOMPANHADA DE EPISÓDIOS DE EPISTAXE E RINORREIA MUCOPURULENTA.
- ✓ MULHERES > HOMENS
- ✓ PESSOAS DE MEIA-IDADE E IDOSOS

GRANULOMATOSSES NASAIS

PONTOS A FAVOR

- UNILATERAL
- PERSISTENTE
- NÃO RESPONDE AO TRATAMENTO CLINICO.
- EXPLICA O EMAGRECIMENTO QUANDO JUNTO A UM QUADRO SISTEMICO.
- PESSOAS DE MEIA IDADE

PONTOS CONTRA

- AUSENCIA DE EPISTAXE E RINORREIA
- MAIS EM MULHERES

PAPILOMA INVERTIDO

- ✓ NEOPLASIA BENIGNA QUE SE FORMA NA MUCOSA DA CAVIDADE NASAL E DOS SEIOS PARANASAIS. MAS AGRESSIVO LOCALMENTE, PODENDO CURSAR COM DESTRUÇÃO ÓSSEA POR EROSÃO.
- ✓ SINTOMAS: OBSTRUÇÃO NASAL, RINORREIA E EPISTAXE, PRINCIPALMENTE UNILATERAL, DEPENDENDO DA EXTENSÃO DO TUMOR, PODE OCORRER HIPOSMIA OU ANOSMIA.
- ✓ MASCULINO > SEXO FEMININO E NA FAIXA ETÁRIA MAIS AVANÇADA, EM MÉDIA DE APROXIMADAMENTE 50 ANOS
- ✓ NÃO RELACIONADO AO TABACO E ALCOOLISMO
- ✓ ETIOLOGIA VIRAL (HPV)



PONTOS A FAVOR

- FAIXA ETÁRIA 50-60 ANOS
- HOMENS > MULHERES
- UNILATERAL > BILATERAL
- AUSENCIA DE TABAGISMO E ETILISMO EM SUA GÊNESE
- PRESENÇA ANOSMIA

NEOPLASIAS MALIGNAS NASOSSINUSAIS

- ✓ **+ HOMENS**
- ✓ **IDADE SUPERIOR A 50 ANOS.**
- ✓ **TIPO HISTOLÓGICO MAIS ENCONTRADO: 70/80% CARCINOMA ESPINOCELULAR, SEGUIDOS POR TUMORES EPITELIAIS INDIFERENCIADOS E DE ORIGEM NAS GLÂNDULAS SALIVARES – ADENOCARCINOMA E CARCINOMA ADENOIDE CISTICO**
- ✓ **SINTOMAS: OLIGOSSINTOMÁTICO EM FASES INICIAIS, EPISTAXE OU OBSTRUÇÃO NASAL UNILATERAL.**
- ✓ **O CARCINOMA INDIFERENCIADO É MUITO AGRESSIVO, GERALMENTE INCIDINDO A PARTIR DA SEXTA DÉCADA DE VIDA. ATÉ UM TERÇO DOS CASOS PODE APRESENTAR METÁSTASES LINFONODAIS E HEMATOGENICAS.**

NEOPLASIAS MALIGNAS NASOSSINUSAIS

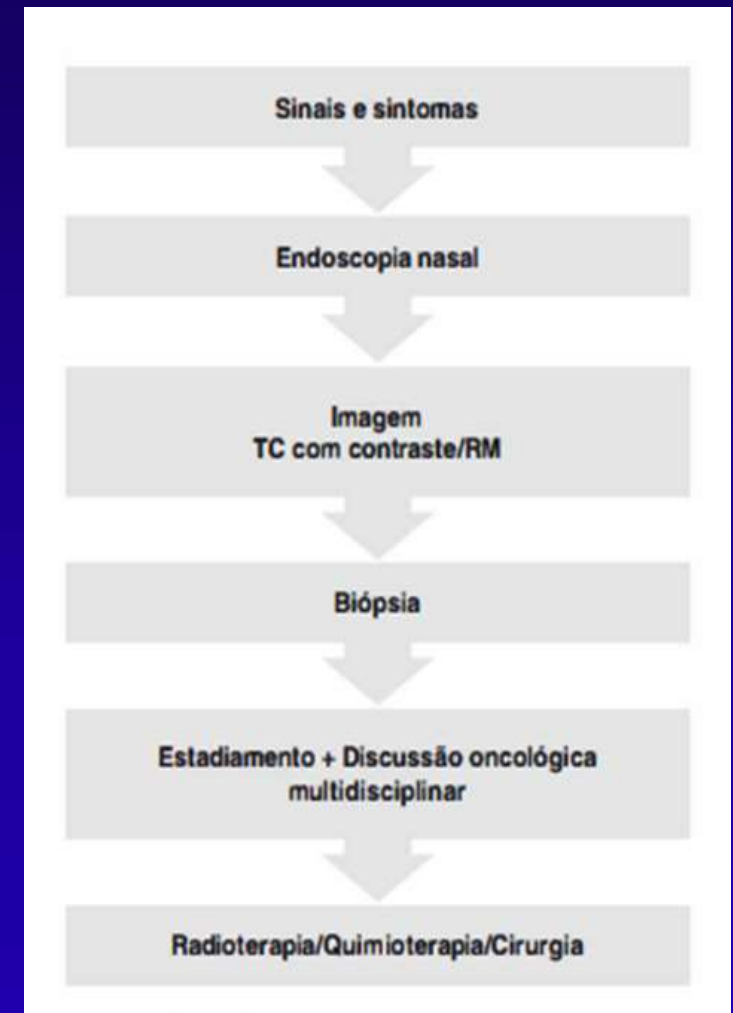
- ✓ SOBREVIDA DE 5 ANOS VARIA DE ACORDO COM A LOCALIZAÇÃO DO SÍTIO PRIMÁRIO
- ✓ TUMORES DOS SEIOS FRONTAL E ESFENOIDAL SÃO OS DE PROGNÓSTICO MAIS SOMBRIO

PONTOS A FAVOR

- OBSTRUÇÃO NASAL: UNILATERAL E PROGRESSIVA
- HOMENS ACIMA DE 50 ANOS
- AUSENCIA DE MELHORA AO USO DE MEDICAÇÕES
- AUSENCIA DE RINORREIA
- EMAGRECIMENTO

INVESTIGAÇÃO

- ✓ **RADIOGRAFIA DE FACE: BAIXA SENSIBILIDADE, APESAR DE PODER INFORMAR A RESPEITO DE ESPESSAMENTO MUCOSO, NÍVEL LÍQUIDO E FRATURAS.**
- ✓ **ENDOSCOPIA NASAL: TODO PACIENTE COM OBSTRUÇÃO A PARTIR DA 2º SEMANA**
- ✓ **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE E SEIOS PARANASAIS: ALTA SENSIBILIDADE**
- ✓ **BIÓPSIA**



REFERÊNCIAS

- ✓ PIGNATARI, Shirley Shizue Nagata (Org.); ANSELMO-LIMA, Wilma Terezinha (Org.). **Tratado de otorrinolaringologia**. 3a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- ✓ PILTCHER, Otávio B. (Org.) et. al. **Rotinas em Otorrinolaringologia**. Porto Alegre, Artmed, 2015.

TC DE SEIOS PARANASAIS (12/7/22): Extenso componente com atenuação de partes moles e aspecto lobulado expansivo ocupando maior parte da fossa nasal direita com destruição de maior parte da porção óssea do septo nasal, do corneto médio direito e de células etmoidais a direita. Porções remanescentes parcialmente vistas do corneto inferior direita e alguns remanescentes de células etmoidais a direita. Área de lise óssea e células etmoidais a direita, no teto etmoidal direita e placa cribiforme direita. Observamos componente de média densidade ocupando o hemisseio frontal direito podendo corresponder a secreção retida ou mais remotamente aspecto de material de partes moles contíguo a fossa nasal. O componente de partes moles lobulado de fossa nasal esquerda ultrapassa discretamente a linha média em direção a fossa nasal direita. Seio esfenóide a direita com obliteração por componente de partes moles contíguo a região de fossa nasal direita. Discreta assimetria de partes moles na região do epicanto e transição nasolacrimal direita com discreta erosão óssea na margem direita de pirâmide nasal com discreta extensão a partes moles subcutâneas. Suspeita de extensão da lesão através da placa cribiforme e teto etmoidal a direita.

RM DE SEIOS DA FACE (12/7/22): Extensa formação expansiva heterogênea, com captação de contraste, de contorno lobulado, ocupando a maior parte da fossa nasal direita com destruição de maior parte da porção óssea do septo nasal do corneto médio direito e das células etmoidais a D e invade os seios frontal e esfenoidal direito. Porções remanescentes parcialmente vistas de corneto inferior direito e alguns remanescentes de células etmoidais a direita. Áreas de lise óssea em células etmoidais a direita, no teto etmoidal direita e placa cribiforme a direita. O componente de partes moles lobulado da fossa nasal direita ultrapassa discretamente a linha média em direção a fossa nasal esquerda. Discreta assimetria nas partes moles na região de transição naso-lacrimal a direita com discreta erosão óssea na margem direita da pirâmide nasal com discreta extensão para partes moles. Impressão diagnóstica: tumor de fossa nasal direita com extensão para células etmoidais, seio frontal e esfenoidal direita.

VIDEOENDOSCOPIA NASAL (14/7/22): Lesão vegetante ocupando ambas as fossas nasais + drenagem de secreção mucopurulenta de REE E, compatível com sinusite associada. Rinofaringe livre.

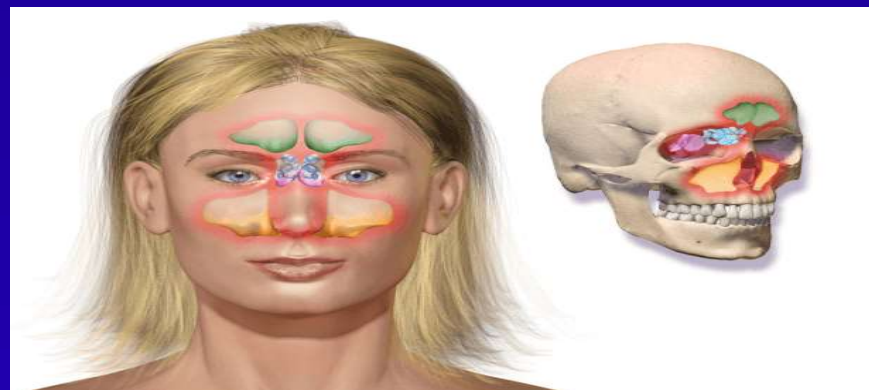
BIOPSIA DA LESÃO COM LHP (26/7/22): Neoplasia maligna pouco diferenciada. Quadro histológico sugestivo de carcinoma.

IMUNOHISTOQUÍMICA (26/7/22): AE1/AE3+ CK5/6+ P16 NEG JC2 NEG P63 NEG EBV NEG CD56 NEG Conclusão: consistente com carcinoma. **Carcinoma sinonasal indiferenciado.** Sem evidências de diferenciação glandular, escamosa ou neuroendocrina.

PETTC (28/2/23): Evidenciado aumento focal do metabolismo glicolítico na região pre-sacral em topografia de alça ileal (SUV 3,6) sem alteração morfológica detectável, inespecífico, podendo corresponder a alteração reacional /inflamatória. Achados: velamento completo dos seios esfenoidais e de grande parte das células etmoidais, assim como discreto espessamento da mucosa no seio frontal e maxilar E, além de secreção espessa no seio maxilar D, sem metabolismo. Irregularidade de septo nasal. Velamento das células das mastoides bilaterais. Irregularidades pleuroparenquimatosas em ápices pulmonares de aspecto residual. Nódulos calcícos residuais em pulmão D. Raras e diminutas opacidades nodulares em LIE, alguns com aspecto atelectásico. Espessamento de paredes brônquicas. Espessamento parietal difuso da bexiga, podendo corresponder a bexiga de esforço. Imp diag: ausência de achados metabólicos macroscópicos, sugestivo de tecido neoplásico em atividade.

Tumores Malignos Nasais e Nasossinusais

- Representam aproximadamente 3% a 5% de todas as malignidades do trato respiratório superior e 0.8% de todos os cânceres humanos
- Origem: Seios maxilares (55%), Cavidade Nasal (35%), Seios Etmoidais (9%), Seios Frontais (<1%), Seios Esfenoidais (<1%)
- Tumores de crescimento lento ou de comportamento agressivo
- Homem, branco, >60 anos de idade
- Fatores de risco: exposição a fumaça industrial, HPV, tabaco e exposição à radiação



➤ Aspectos anatomopatológicos:

Diagnóstico histopatológico

Carcinoma epidermóide

Melanoma

Carcinoma adenóide cístico

Sarcoma

Adenocarcinoma

Carcinoma neuroendócrino

Carcinoma indiferenciado

Linfoma não-Hodgkin

Estesioneuroblastoma

➤ Aspectos clínicos:

- Obstrução nasal unilateral
- Perda ponderal
- Presença de secreção (sanguinolenta ou purulenta)
- Alterações visuais (olho saltado, visão dupla, perda visual)
- Lacrimejamento
- Assimetria facial
- "Dormência" da região malar (maçã do rosto)
- Má oclusão dentária
- Abaulamento do palato, de gengiva superior ou externamente a ela
- Dificuldade de abertura da boca (trismo)
- Perda do olfato (anosmia)
- Cefaléia
- Dor facial

➤ Diagnóstico:

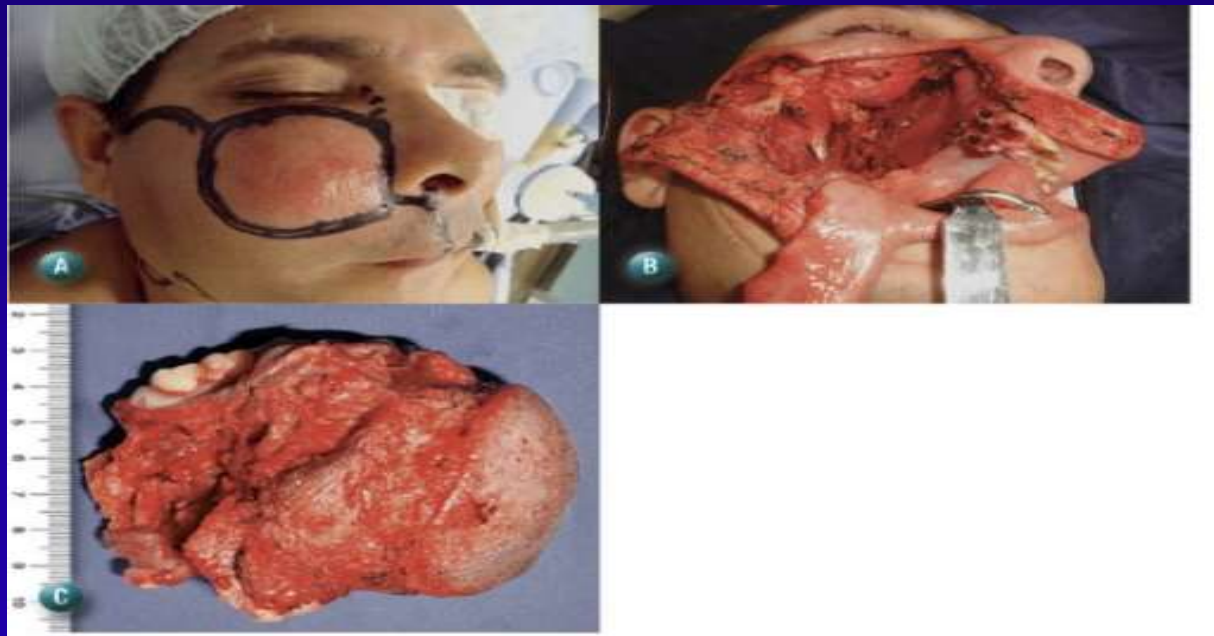
- Radiografia
- Endoscopia Nasal
- Tomografia computadorizada
- Ressonância Magnética
- Biopsia



Suspeita de Malignidade: destruição ossea, invasão de soalho orbitário, invasão intracraniana e invasão da fosse pterigopalatina.

➤ Tratamento:

- Cirurgia
- Radioterapia
- Quimioterapia



REFERÊNCIAS

- ✓ PIGNATARI, Shirley Shizue Nagata (Org.); ANSELMO-LIMA, Wilma Terezinha (Org.). **Tratado de otorrinolaringologia**. 3a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.