



## RELATO DE CASO

# Bilateral oropharyngeal hairy polyps: a rare cause of dyspnea in newborns<sup>☆</sup>



## Pólipos pilosos bilaterais de orofaringe: uma causa rara de dispneia em neonatos

Rasim Yilmazer<sup>\*</sup>, Burak Kersin, Erkan Soylu, Gokhan Altin, Asli Cakir e Fahrettin Yilmaz

*Istanbul Medipol University, Department of Otorhinolaryngology, Istanbul, Turquia*

Recebido em 16 de abril de 2015; aceito em 4 de junho de 2015

Disponível na Internet em 30 de dezembro de 2016

### Introdução

O pólipo piloso (PP) é uma das causas congênitas de dispneia. Trata-se de rara malformação do desenvolvimento de origem bigeminal, que compreende elementos tanto ectodérmicos como mesodérmicos estranhos ao local onde o defeito se localiza. Caracteristicamente, o PP se apresenta na forma de tumor pedunculado na orofaringe e na nasofaringe. Os principais sintomas à apresentação estão relacionados à obstrução respiratória e a problemas de alimentação. Na literatura, geralmente, os pólipos pilosos congênitos de faringe são descritos como estruturas unilaterais.<sup>1,2</sup>

### Relato de caso

Neonato, etnia branca, gênero feminino, 3.440 g ao nascer por parto vaginal espontâneo na 39<sup>a</sup> semana de gestação de mulher G2P1A1 com 20 anos, em seguida a uma gestação

normal. Imediatamente por ocasião do nascimento, o bebê apresentou insuficiência respiratória e cianose, que, na ocasião, tornaram necessárias intubação orofaríngea e ventilação mecânica. Ao exame orofaríngeo, observou-se apenas um tumor mole, revestido de pele, com origem no pilar posterior da tonsila direita e que se alongava até o nível da orofaringe; mas, à nasofaringoscopia, foi possível visualizar outro tumor similar com origem no pilar posterior da tonsila esquerda, com prolongamento através da nasofaringe (fig. 1A e 1B). Além desses achados, foi observada uma anomalia de baixa implantação da orelha bilateral. Imagens de ressonância magnética (IRM) do pescoço demonstraram tumores polipoides hiperintensos e bem definidos aderidos ao pilar posterior das tonsilas (fig. 1C). À IRM, as características das lesões tumorais foram definidas como de aspecto hiperintenso heterogêneo nas séries T1 e T2. Nas sequências com técnica de supressão de gordura, ocorreu supressão das lesões e, em séries pós-contrastadas, não ocorreu intensificação significativa pelo contraste.

Com o bebê sob anestesia geral, os PPs foram completamente removidos através da via transoral, sob visualização endoscópica por dissecação a frio e eletrocauterização bipolar (fig. 1D). O exame anatomopatológico revelou dois PPs que mediam, respectivamente, 27 × 18 × 14 mm e 23 × 13 × 13 mm (fig. 1E). A criança recebeu alta após dois dias. Infelizmente, após a primeira consulta de seguimento, a criança não mais compareceu e, com isso, não foi possível descobrir se o caso se tratava de uma síndrome.

DOI se refere ao artigo:

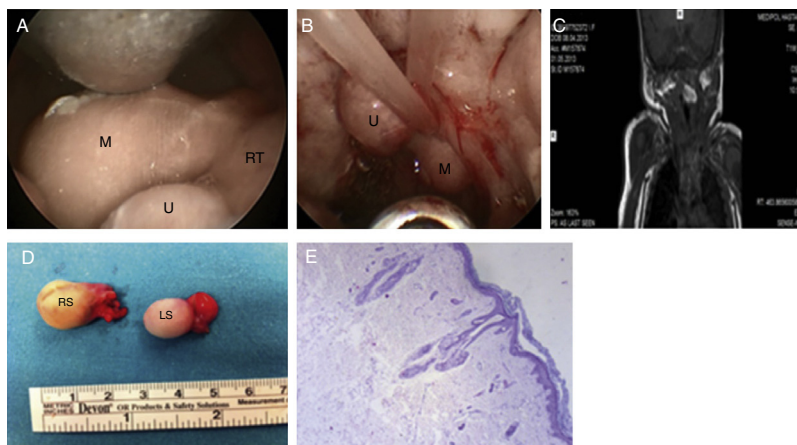
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.06.001>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Yilmazer R, Kersin B, Soylu E, Altin G, Cakir A, Yilmaz F. Bilateral oropharyngeal hairy polyps: a rare cause of dyspnea in newborns. Braz J Otorhinolaryngol. 2017;83:117–8.

<sup>\*</sup> Autor para correspondência.

E-mail: [ryno78@gmail.com](mailto:ryno78@gmail.com) (R. Yilmazer).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.



**Figura 1** A, Pólipo piloso com origem no pilar posterior da tonsila direita (M: tumor; U: úvula; RT: tonsila direita). B, Pólipo piloso com origem no pilar posterior da tonsila esquerda, com prolongamento pela nasofaringe (M: tumor; U: úvula). C, IRM do pólipo piloso com origem no pilar posterior da tonsila direita. D, os espécimes excisados (RS: espécime direito; LS: espécime esquerdo). E, Epitélio pavimentoso queratinizado na superfície e componentes de tecido mesenquimatoso, como folículos pilosos enfileirados em torno do núcleo fibroadiposo (HE  $\times$  40).

## Discussão

A localização mais comum para PPs é a nasofaringe, com origem no aspecto superior do palato mole ou parede lateral da faringe. Bebês do gênero feminino são seis vezes mais comumente afetados vs. gênero masculino.<sup>3</sup>

O sintoma mais comumente observado em casos de PP é a insuficiência respiratória. Pode ocorrer obstrução de via aérea se ocorrer impação do pólipo na laringe; já foram relatados óbitos.<sup>1</sup> Em neonatos, o diagnóstico diferencial para obstrução da faringe inclui atresia das coanas, glioma intranasal e encefalocele.<sup>3</sup> Tendo em vista que PP é de ocorrência rara e que pode se apresentar com insuficiência respiratória em neonatos, esse problema deve ser levado em consideração no diagnóstico diferencial e torna-se imprescindível uma cuidadosa avaliação endoscópica feita por um otorrinolaringologista.

São poucos os teratomas múltiplos bigeminais (PPs) e trigeminais já descritos na cabeça e pescoço e no interior da via aérea.<sup>2</sup> Morgan<sup>4</sup> descreveu o caso de um neonato do gênero masculino com dois pólipos pilosos que tinham origem no lado esquerdo da orofaringe e na nasofaringe. Considerando que não foi registrada a lateralidade da tumor nasofaríngea, não ficou claro se o caso era o de um evento bilateral. Franco et al.<sup>5</sup> descreveram uma mulher de 58 anos com pólipos pilosos bilaterais de orofaringe. Essa paciente tinha sido encaminhada àquele grupo devido a dificuldades com a alimentação e por leve dispneia, mas sem história clínica progressiva relevante. Assim, é provável que tais lesões não fossem congênitas. Até onde vai nosso conhecimento, este caso é a primeira ocorrência, na literatura, de pólipos pilosos bilaterais de faringe em neonato. Torna-se obrigatório um exame completo da oronasofaringe em neonatos com tumor orofaríngeo, para que um possível segundo tumor não passe despercebido.

Com a abordagem endoscópica, é possível evitar lesão do orifício da trompa de Eustáquio, além de poder ser obtida

uma excisão mais completa dos tumores. No entanto, pode-se observar disfunção velofaríngea como complicação da abordagem cirúrgica.<sup>6</sup>

## Comentários finais

Tendo em vista que os pólipos pilosos podem ter apresentação bilateral, o diagnóstico exige um exame otorrinolaringológico completo. Deve-se fazer uma ressecção endoscópica transoral, para que sejam evitadas complicações indesejáveis.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

1. Agrawal N, Kanabar D, Morrison GA. Combined transoral and nasendoscopic resection of an eustachian tube hairy polyp causing neonatal respiratory distress. *Am J Otolaryngol*. 2009;30:343–6.
2. Yilmaz M, Ibrahimov M, Ozturk O, Karaman E, Aslan M. Congenital hairy polyp of the soft palate. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012;76:5–8.
3. Kelly A, Bough ID Jr, Luft JD, Conard K, Reilly JS, Tuttle D. Hairy polyp of the oropharynx: case report and literature review. *J Pediatr Surg*. 1996;31:704–6.
4. Morgan. A case of dermoid polyp of pharynx and nasopharynx. *J Laryngol Otol*. 1964;78:965–8.
5. Franco V, Florena AM, Lombardo F, Restivo S. Bilateral hairy polyp of the oropharynx. *J Laryngol Otol*. 1996;110:288–90.
6. Varshney R, Pituro J, Alghonaim Y, Lacroix Y. Hemorrhagic hairy polyp causing velopharyngeal dysfunction in a newborn. *Cleft Palate Craniofac J*. 2014 [Epub ahead of print].