

Polipectomia endoscópica com meatotomia média como tratamento de pólipos antrocoanal

Guilherme Luis da Silva Franche ¹, Eduardo
Homrich Granzotto ², Andresa Thier de Borba ³,
Fernando Hermes ⁴, Cátia de Souza Saleh ⁵, Person
Antunes de Souza ⁶

Endoscopic Polypectomy with Middle Meatal Antrostomy for Antrochoanal Polyp Treatment

Palavras-chave: cirurgia endoscópica, polipose nasal, pólipo antrocoanal.

Keywords: endoscopic surgery, nasal polyposis, antrochoanal polyp.

Resumo / Summary

Pólipo antrocoanal (PAC) ou pólipo de Killian é uma lesão benigna, não atópica, do seio maxilar. O sintoma predominante é a obstrução nasal. Diversas opções cirúrgicas para o tratamento dos PACs têm sido sugeridas para minimizar a recorrência pós-operatória. A endoscopia vem sendo utilizada como opção terapêutica na ressecção intra-sinusal maxilar da implantação do pólipo através do próprio óstio maxilar ou de uma antrostomia meatal média, com uma menor morbidade que as outras condutas cirúrgicas. **Objetivo:** Avaliar o índice de recidiva da polipectomia endoscópica com meatotomia média no tratamento do PAC. **Material e Métodos:** Foram avaliados, em estudo retrospectivo, 29 pacientes com o diagnóstico de PAC baseado na história, exame físico, tomografia computadorizada e exame anatomopatológico, tratados entre 1997 e 2004. O procedimento cirúrgico adotado foi polipectomia endoscópica com meatotomia média. **Resultados:** 29 pacientes com pólipo antrocoanal, 17 (58,6%) do sexo feminino e 12 (41,4%) do masculino, com idades entre 7 e 75 (média 27,55 anos), foram incluídos nesse estudo. Os principais sintomas apresentados foram obstrução nasal, 24 (82%), respiração oral, 11 (37,9%), roncos, 9 (31%), rinorréia, 5 (17%), epistaxe, 2 (6,9%), cefaléia, 2 (6,9%) e gotejamento, 1 (3,4%). A associação com atopia foi de 9 (31%). A média de seguimento foi de 17 meses (3-63 meses). Apenas 2 pacientes (6,9%) apresentaram recidiva. **Conclusão:** O índice de recidiva obtido por nosso trabalho não difere dos dados da literatura, mesmo quando comparado com procedimentos longamente estabelecidos.

Antrochoanal polyp (ACP) or Killian polyp is a benign nonatopic lesion of the maxillary sinus. Patients usually present nasal obstruction. Many surgical options for the treatment of ACPs have been suggested to minimize postoperative recurrence. The endoscopic nasal approach is a surgical option for maxillary intrasinus resection of the polyp implantation through the maxillary ostium or middle meatal antrostomy, with lower morbidity when compared to other surgical approaches. **Aim:** To evaluate the rate of endoscopic antrochoanal polypectomy with middle meatotomy in the treatment of ACP. **Materials and Methods:** Were evaluated by means of a retrospective study, 29 patients, who were diagnosed based on history, physical examination, computed tomography, and histological findings, treated between 1997 and 2004. The surgical approach was endoscopic polypectomy with middle meatotomy. **Results:** Twenty-nine patients with ACP, 17 (58.6%) were females and 12 (41.4%) males, age range, 7-75 years (average of 27.55 years) were included in this study. The main symptom were nasal obstruction 24 (82%), oral breathing 11 (37.9%), snoring nine (31%), rhinorrhea 5 (17%), epistaxis 2 (6.9%), headache 2 (6.9%), and drip one (3.4%). The association with atopy was found in nine (31%). The mean follow-up period was 17 months (3-63 months). Only two patients (6.9%) presented recurrence. **Conclusion:** The rate of recurrence obtained in our study is no different from literature data, even when compared with former and gold standard procedures.

¹ Mestre em medicina, Coordenador Ambulatório de Rinologia da Santa Casa de Porto Alegre.

² Residente em Otorrinolaringologia do complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, Residente do 3º ano em Otorrinolaringologia.

³ Residente em Otorrinolaringologia do complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, Residente do 2º ano em Otorrinolaringologia.

⁴ Residente em Otorrinolaringologia do complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, Residente do 1º ano em Otorrinolaringologia.

⁵ Acadêmica de Medicina da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Acadêmica de medicina.

⁶ Médico Formado pela Universidade Federal de Pelotas.

Serviço de Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre.

Endereço para correspondência: Guilherme Luis da Silva Franche -Rua Mostardeiro 333/508 Bairro Moinhos de Vento Porto Alegre RS 90430-001.

Tel/Fax: (0xx51) 3343-1415 - E-mail: gfranche@redemeta.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 8 de novembro de 2006. cod. 3445.

Artigo aceito em 24 de março de 2007.

INTRODUÇÃO

Pólipo antrocoanal (PAC), também chamado de pólipo de Killian, é uma lesão benigna, não atópica¹, que se origina no seio maxilar, atravessa seu óstio (podendo ser o verdadeiro ou acessório), e estende-se até as coanas.² É mais freqüente em homens do que em mulheres, sendo mais prevalente em crianças e adultos jovens³, porém pode se apresentar em qualquer idade. A origem antral distal é mais comum, embora etmoidoanal, esfenocoanal e coanal são ocasionalmente observados⁴.

A apresentação ao exame físico é de massa tumoral polipóide nasal e/ou rinofaríngea, geralmente unilateral. Os exames radiológicos dos seios paranasais revelam velamento unilateral do seio maxilar, muitas vezes com opacificação das células etmoidais e, dependendo das dimensões da tumoração polipóide, uma massa ocupando a cavidade nasal até a rinofaringe⁵. Manifesta-se clinicamente por obstrução nasal unilateral, podendo haver queixas de epistaxe, distúrbios do sono, gotejamento, cefaléia, rinorréia, respiração oral e hiposmia^{3,5}.

Desde que Killian, em 1906, descreveu o seio maxilar como sendo o local de origem do pólipo, várias técnicas cirúrgicas têm sido propostas⁵. Para minimizar as recorrências pós-operatórias, é essencial a completa remoção da porção antral do pólipo, junto a sua base de origem². As principais técnicas desenvolvidas para atingir esse objetivo são a Caldwell-Luc, polipectomia endoscópica com meatotomia média, polipectomia endoscópica com antrostomia via meato inferior e polipectomia endoscópica com meatotomia média e uso de microdebridador com ou sem acesso transcanino.

O objetivo desse estudo é avaliar o índice de recidiva da polipectomia endoscópica com meatotomia média no tratamento do PAC. Como objetivos secundários, avaliamos a sintomatologia, idade, gênero, tempo de seguimento, associação com asma ou rinite e complicação pós-operatória dos pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram avaliados retrospectivamente, após aprovação pelo comitê de ética (protocolo no. 1513/07), 29 pacientes com diagnóstico de pólipo de Killian submetidos à cirurgia em nosso serviço, no período de 1997 a 2004.

Para os pacientes serem incluídos no estudo deveriam obrigatoriamente ter o diagnóstico de Pólipo Antrocoanal por exame clínico, radiológico e anatomopatológico. Todos os casos foram utilizados a técnica de polipectomia endoscópica com meatotomia média pela mesma equipe cirúrgica.

Revisamos a distribuição da idade, gênero, lateralidade, sintomatologia, tempo de seguimento, comorbidades atópicas, complicações pós-operatórias e a recidiva da população estudada.

RESULTADOS

Foram incluídos nesse estudo vinte e nove pacientes com pólipo antrocoanal, 17 (58,6%) do sexo feminino e 12 (41,4%) do masculino, com idades entre 7 e 75 (média de idade = 27,55 anos). Todos os pacientes apresentavam pólipo de Killian unilateral, 17 (58,6%) à esquerda e 12 (41,4%) à direita.

O seguimento variou de 3 a 63 meses, sendo a média de 17 meses. Os principais sintomas relatados pelos pacientes estão sumarizados na Tabela 1. Na avaliação das comorbidades observou-se apenas 2 casos (6,9%) de associação com asma, 9 (31%), rinite e 2 (6,9%), desvio septal.

Tabela 1. Sintomatologia pré-operatória.

Sintomas	Franche G et al.	Balwant SG et al.	Hong SK et al.
Obstrução Nasal	24 (83%)	17 (94%)	28 (100%)
Epistaxe	2 (7%)	6 (33%)	0
Roncos	9 (31%)	4 (22%)	-
Respiração Bucal	11 (38%)	6 (33%)	-
Gota pós-nasal	1 (4%)	5 (28%)	-
Cefaléia	2 (7%)	2 (11%)	-
Rinorréia	5 (17%)	8 (44%)	19 (67%)

Somente 1 paciente evoluiu com secreção purulenta e febre no pós-operatório, com boa resposta ao tratamento clínico. Nenhum paciente apresentou complicação transoperatória.

A taxa de recidiva de nosso estudo foi de 6,9% (2 casos). Ambos os pacientes tinham 8 anos de idade e o diagnóstico foi feito com 24 e 30 meses de seguimento.

DISCUSSÃO

Palfyn foi o primeiro autor a descrever o PAC entre os pólipos nasofaríngeais em 1753, mas foi Killian que, em 1906, documentou o exato local de origem na mucosa da parede do seio maxilar.¹

O pólipo antrocoanal é formado de acordo com a limitação anatômica da parede lateral nasal, particularmente o meato médio e antro, parecendo tipicamente um "haltere". Origina-se geralmente da parede póstero-lateral do seio maxilar e passa, sem destruição óssea, por meio do óstio maxilar, ou ocasionalmente via óstio acessório (anterior ou posterior às fontanelas nasais), para dentro do meato médio. Tipicamente, o pólipo ocupa o espaço entre as conchas da parede lateral e cresce posteriormente para alcançar a coana.¹

PACs são normalmente unilaterais e ocorrem geralmente na infância. Em torno de 4% a 6% dos pólipos nasais são PACs, sendo mais comuns em homens do que em mulheres. Na nossa casuística tivemos uma faixa etária ampla 7-75 anos (média de 27,55 anos), e apesar da média alta de idade, está de acordo com outros autores como Hong SK e Gendeh BS.^{2,3} Todos os casos foram unilaterais com uma discreta predileção pelo lado esquerdo. Observamos uma sutil predominância feminina (masculino/feminino 1:1.42) o que não concorda com a maioria dos autores, porém Gendeh BS et al. encontrou uma relação semelhante a nossa com 1:1.5.

Asma brônquica foi observada em 2 (6,9%) dos nossos pacientes e rinite alérgica em 9 (31%). Ambos os casos de asma apresentavam rinite alérgica, portanto o total de pacientes com estado alérgico em nosso estudo foi de 9 (31%). Apesar de Cook et al. terem encontrado correlação significativa com estado alérgico e asma brônquica entre os 33 casos estudados pelo grupo⁶, a maioria dos outros trabalhos não apresenta associação com etiologia alérgica.^{7,8}

Os pacientes geralmente apresentam obstrução nasal uni ou bilateral. Na população pediátrica, distúrbios do sono e respiração bucal são comuns. Em adultos, roncos noturnos e cefaléia podem ser sintomas presentes³. Na Tabela 1, podemos observar a comparação dos nossos resultados da sintomatologia com os de outros autores. Sabemos que muitos dos sintomas podem variar de acordo com a gravidade dos pacientes selecionados, bem como o clima da região estudada, entretanto a variação entre os estudos foi pequena.

A simples avulsão do pólipo nasal acarreta recorrência da tumoração polipóide em cerca de 25% dos casos. A origem de cada um desses pólipos deve ser identificada porque o componente sinusal deve ser bem ressecado para evitar recidivas⁵.

Muitas opções cirúrgicas para o tratamento dos PACs têm sido sugeridas para minimizar a recorrência pós-operatória. A porção antral do PAC deve ser removida completamente. A cirurgia de remoção do PAC pela clássica abordagem de Caldwell-Luc está sendo revisada desde o início do uso da cirurgia endoscópica nasossinusal⁹.

A abordagem de Caldwell-Luc é defendida por ser bem sucedida para a remoção completa do tecido polipóide, já que oferece uma boa exposição para retirada da porção antral do pólipo. Entretanto, tal técnica está associada com um maior risco para lesão do nervo infra-orbital, edema maxilar pós-operatório, e aumento do tempo de internação hospitalar. Tal procedimento, não é recomendado no tratamento de crianças devido à interrupção da dentição e do crescimento facial.³

A endoscopia vem sendo utilizada como opção terapêutica na ressecção intra-sinusal maxilar da implantação do pólipo através do próprio óstio maxilar, de antrostomia

meatal média, de antrostomia meatal inferior ou com auxílio de microdebridador e acesso pela fossa transcanina com uma menor morbidade que a abordagem clássica.

Cada técnica tem sua desvantagem descrita na literatura. A polipectomia endoscópica com antrostomia meatal inferior, apresenta maior risco de sinéquias inferiores e sua eficácia ainda é controversa na literatura.³ A polipectomia endoscópica com meatotomia média tem resultados satisfatórios, porém o acesso dificulta a remoção da inserção nas paredes anteriores e inferiores e o tempo cirúrgico é maior que em outras técnicas.² A polipectomia endoscópica com auxílio de microdebridador e punção transcanina se mostra com resultados promissores na literatura, facilitando o acesso às zonas de inserção e diminuindo o tempo cirúrgico. Entretanto, a punção transcanina pode dar complicações operatórias como as da Caldwell-Luc. A abordagem adotada pelo nosso serviço é a de polipectomia endoscópica por meatotomia média.

A única complicação cirúrgica encontrada pela nossa equipe foi uma sinusite com quinze dias de pós-operatório. Foi tratada com Amoxicilina e clavulanato e evoluiu com desaparecimento dos sintomas em 10 dias.

Pinilla et al. também analisaram pela técnica endoscópica, revisando 12 casos de ACP, avaliando resultados e complicações. Tal autor concluiu que essa abordagem é eficiente e com mínima morbidade⁹.

Rugina et al. analisaram 19 casos, em um estudo retrospectivo de tratamento de pólipo antrocoanal com meatotomia média endoscópica, apresentando apenas um caso de recidiva (5,3%), e concluiu que tal técnica é segura e não-invasiva. Tal autor recomenda a remoção do pedículo do ACP com a coagulação da área de implantação na mucosa¹⁰.

Loury et al. avaliaram, em 5 casos de pólipo de Killian, a cirurgia endoscópica como uma alternativa a abordagem transantral. Em tal estudo ocorreu apenas uma recorrência (20%). Dessa forma, os autores acreditam que a polipectomia antrocoanal endoscópica transnasal é uma excelente opção cirúrgica, com morbidade pós-operatória significativamente menor que com a abordagem transnasal, com índices de cura similares¹¹.

Schramm e Efron previamente avaliaram 32 crianças, com idades entre 7 e 16 anos, que foram submetidas ao procedimento Caldwell-Luc primário ou secundário para remoção de pólipo antrocoanal. Somente uma dessas crianças necessitou reintervenção cirúrgica por recorrência do pólipo. O índice de tal complicação cirúrgica de 3% para todos os procedimentos cirúrgicos realizados é igual ao registrado na literatura adulta para o procedimento de Caldwell-Luc¹².

A taxa de recidiva do APC no nosso trabalho foi de 6,9% (2 casos), sendo que o diagnóstico da recidiva foi fechado aos 24 e 30 meses depois da primeira cirurgia. Sabemos que a média de seguimento do nosso trabalho

(17 meses) ficou bem aquém das datas de recidiva dos pacientes, porém o tempo citado das recidivas foi quando o diagnóstico anatomopatológico foi estabelecido em cada caso. Desde o início da suspeita de recidiva até a cirurgia definitiva com material enviado para anatomopatológico, alguns meses se passaram, portanto acreditamos que nosso tempo de follow-up foi satisfatório.

CONCLUSÃO

Em nosso serviço, alcançamos um índice de recidiva (6,9%) compatível com os dados da literatura para o tratamento dos PACs. A técnica utilizada foi a polipectomia endoscópica por meatotomia média, procedimento que ainda não está totalmente estabelecida por faltarem estudos bem delineados comparando com a técnica padrão. Nosso estudo reforça a eficácia e baixa morbidade do procedimento estudado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. X. Pruna, J.M. Ibanez, X. Serres, Garriga V., Barber I., Vera J. Antrochoanal polyps in children: CT findings and differential diagnosis. *Eur Radiol* 2000;10:849-51.
2. Hong SK, Min YG, Kim CN, Byun SW. Endoscopic removal of the antral portion of antrochoanal polyp by powered instrumentation. *Laryngoscope* 2001;111(10):1774-8.
3. Gendeh BS, Long YT, Misiran K. Antrochoanal Polyps: Clinical Presentation and the Role of Powered Endoscopic Polypectomy. *Asian J Surgery* 2004 Jan;27(1):22-5.
4. X. Pruna, J.M. Ibañez, G. Santamaría, X. Serres, L. Inaraja, F. Vilar. Antrochoanal autopolypectomy: CT findings. [Case report] *Eur Radiol* 1997;7:571-2.
5. Gomes CC, Sakano E, Lucchezi MC, Endo LH. Pólipo antrocoanal - causa de obstrução nasal na infância: uma série de 12 casos. *J Pediatr* 1994;70(5):291-8.
6. Cook PR, Davis WE, McDonald R, McKinsey JP. Antrhochoanal polyposis: a review of 33 cases. *Ear Nose Throat J* 1993;72:401-2,404-10.
7. Drake-Lee AB. Nasal Polyps. In: Derr AG, Mackay IS, Bull TR, eds. *Scott-Brown's Otolaryngology: Rhinology*, 6nd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1997. p.1-15.
8. Soh KB, Tan KK. Sphenocoanal polyps in Singapore: diagnosis and current management. *Singapore Med J* 2000;41:184-7.
9. Pinilla M, Gonzalez F, Garcia-Berrocal JR, Vergara J. Endoscopic approach of antrochoanal polyps. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1994;45(5):345-7. [Article in Spanish]
10. Rugina MD, Dam-Hieu Z, Bedbeder P, Blondeau JR, Peynegre R, Coste A. Treatment of antro-choanal polyp by enlarged endoscopic meatotomy. Apropos of 19 cases. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1996;113(6):348-51. [Article in French]
11. Loury MC, Hinkley DK, Wong W. Endoscopic transnasal antrochoanal polypectomy: an alternative to the transantral approach. *South Med J* 1993;86(1):18-22.
12. Myers EN, Cunningham MD. Modified Caldwell-Luc approach for the treatment of antral choanal polyps. *Laryngoscope* 1986; 96(8): 911-3.