



Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org



RELATO DE CASO

Bilateral oropharyngeal hairy polyps: a rare cause of dyspnea in newborns[☆]



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

Rasim Yilmazer^{*}, 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.^{1,2}

Relato de caso

Neonato, etnia branca, gênero feminino, 3.440 g ao nascer por parto vaginal espontâneo na 39ª 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>

[☆] 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.

^{*} Autor para correspondência.

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

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

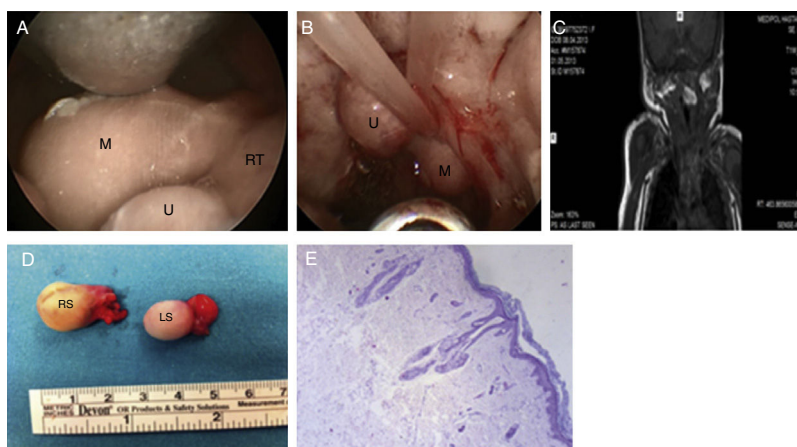


Figura 1 A, Pólipo piloso com origem no pilar posterior da tonsila direita (M: tumor; U: úvula; RT: tonsila direita). B, Pólipo piloso com origem no pilar posterior da tonsila esquerda, com prolongamento pela nasofaringe (M: tumor; U: úvula). C, IRM do pólipo piloso com origem no pilar posterior da tonsila 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.³

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.¹ Em neonatos, o diagnóstico diferencial para obstrução da faringe inclui atresia das coanas, glioma intranasal e encefalocele.³ 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.² Morgan⁴ 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.⁵ 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 pregressa 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.⁶

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, Pitaro J, Alghonaim Y, Lacroix Y. Hemorrhagic hairy polyp causing velopharyngeal dysfunction in a newborn. *Cleft Palate Craniofac J*. 2014 [Epub ahead of print].