



Brazilian Journal of
OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org.br



RELATO DE CASO

Nasal obstruction due to septochoanal polyp[☆]

Obstrução nasal por pólipo septocoanal

Hyun Sang Cho, Kyung Soo Kim*

Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Chung-Ang University College of Medicine, Seoul, Coreia do Sul

Recebido em 4 de dezembro de 2012; aceito em 12 de janeiro de 2013

Introdução

Os pólipos coanais tratam-se de uma forma de pólipos nasais que crescem em direção à coana com um pedículo único.¹ O pólipo septocoanal é uma entidade rara, que se origina da mucosa do septo nasal, com extensão para a região da coana,² tendo sido, até o momento, publicados três casos da doença.²⁻⁴ Neste artigo, é relatado um novo caso de pólipo septocoanal, juntamente com uma revisão da literatura sobre seu quadro clínico, patogênese e opções de tratamento, a fim de ampliar nossos conhecimentos sobre essa lesão coanal incomum.

Apresentação de caso

Paciente de 59 anos de idade, do sexo feminino, procurou nosso departamento com queixa de obstrução nasal à esquerda, com dois meses de duração. O sintoma apresentava piora progressiva e, na consulta otorrinolaringológica foi detectado um tumor na coana esquerda. O exame endoscópico revelou um tumor unilateral com base na face superior da parte posterior do septo nasal, na cavidade nasal esquerda.

O pólipo encontrava-se pendente e solto na coana, ligado à sua base através de um fino pedículo (figs. 1A e B). A tomografia computadorizada mostrou um tumor lobulado e pediculado com 1,7 x 0,9 x 1,2 cm de tamanho, originando-se no septo nasal esquerdo e fazendo protrusão na nasofaringe, sem envolvimento dos seios paranasais (figs. 1D e E).

A lesão tumoral foi completamente removida sob anestesia local utilizando-se instrumentação endoscópica, e a base da lesão, incluindo a mucosa saudável do septo posterior esquerdo, foi removida e cauterizada com um cáterio-aspirador para prevenção de recorrência (fig. 1C). O exame histológico revelou pólipo inflamatório crônico. Não houve sinais de recorrência durante um período de controle de 12 meses.

Discussão

Com base nos locais de origem, os pólipos coanais são classificados como antrocoanais, esfenocoanais e etmoidocoanais.² Embora o sítio de ocorrência, seja variável, sabe-se que a sua origem a partir do septo nasal é muito rara.²⁻⁴ A primeira descrição de um pólipo coanal com origem no septo nasal foi publicada por Bailey em 1979³ e, em 2009, H. Birkent usou o termo “pólipo septocoanal” para essa lesão rara.

Os pólipos septocoanais são benignos, unilaterais e invadem a cavidade nasal posterior através da nasofaringe. O local mais comum para sua origem foi, principalmente, a face superior da parte posterior do septo nasal.²⁻⁴

Em relação à sua fisiopatogenia, Mills et al. acreditam que os pólipos coanais possam se originar do processo de

DOI se refere ao artigo:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.05.024>

[☆]Como citar este artigo: Cho HS, Kim KS. Nasal obstruction due to septochoanal polyp. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80:362-3.

* Autor para correspondência.

E-mail: 99-21045@hanmail.net (K.S. Kim).

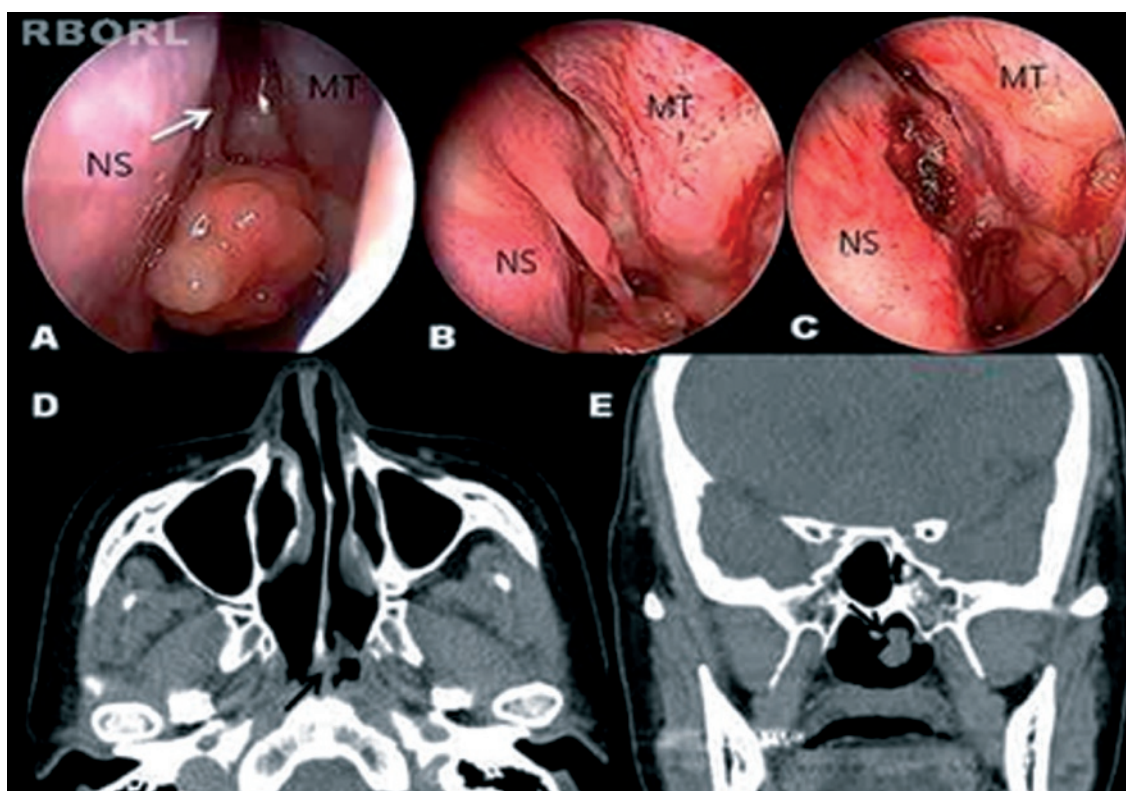


Figura 1 Visualização endoscópica e achados de TC dos SPN. A, Incidência em close up do pólio nasal com base no septo posterior esquerdo (Seta branca, pedículo; NS, septo nasal; MT, concha média). B, Observa-se um pedículo entre o pólio nasal e o septo nasal. C, Aspecto endoscópico pós-operatório mostra coana esquerda limpa, com a inserção do pedículo cauterizada no septo posteroinferior. D e E, Tomografia computadorizada (D, axial; E, coronal) mostra o pólio coanal à esquerda originando-se do septo e fazendo protrusão para a nasofaringe (seta negra, local de origem).

recuperação de uma sinusite, quando há expansão do cisto mucinoso decorrente da obstrução e rompimento da glândula mucosa.⁵ O quadro clínico dos pólipos septoconais incluem obstrução nasal e roncos.²⁻⁴

A detecção pré-operatória da origem do pólio por endoscopia nasal pode ser importante para o diagnóstico diferencial e o planejamento cirúrgico. Caracteristicamente, nos achados endoscópicos há um pedículo unindo o septo nasal com o tumor polipoide coanal principal.³ Embora a TC não seja essencial para seu diagnóstico, ela permite confirmação acurada do envolvimento sinusal e do local de origem.

No diagnóstico diferencial de tumores nasofaríngeos, é preciso descartar tumores benignos, como o angiofibroma juvenil, o teratoma, a meningoencefalocele, o cordoma, o paraganglioma, o papiloma invertido, a hipertrofia da adenóide e o angiofibroma.⁶

Se os pólipos coanais apresentam um pedículo a partir do septo nasal, comprovado endoscopicamente, sem envolvimento sinusal, o tratamento de escolha é a cirurgia endoscópica sob anestesia local. Como a taxa de recorrência de pólipos coanais após tratamento cirúrgico é estimada em 26,6%, para que a remoção dos pólipos septoconais por cirurgia endoscópica seja completa, a ressecção de pequena quantidade de mucosa saudável em torno do ponto de origem do pedículo a fim de prevenir essa recorrência pode ser necessária.¹

Comentários finais

Embora se saiba que os pólipos coanais originados no septo nasal são muito raros, deve-se ter em mente que o pólio septoconal precisa ser incluído no diagnóstico diferencial de lesões tumorais de coana.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Slirola R. Choanal polyps. *Acta Otolaryngol.* 1966;61:42-8.
2. Birkent H, Karahatay S, Durmaz A, Kurt B, Tosun F. Choanal polyp originating from the nasal septum: septochoanal polyp. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* 2009;19:163-6.
3. Bailey Q. Choanal polyp arising from the posterior end of the nasal septum. *J Laryngol Otol.* 1979;93:735-6.
4. Ozgirgin ON, Kutluay L, Akkuzu G, Gungen Y. Choanal polyp originating from the nasal septum: a case report. *Am J Otolaryngol.* 2003;24:261-4.
5. Mills CP. Secretory cysts of the maxillary antrum and their relation to the development of antrochoanal polyp. *J Laryngol Otol.* 1959;73:324-34.
6. Weber AL. Tumors of the paranasal sinuses. *Otolaryngol Clin North Am.* 1988;21:439-54.