

TUMORES PARA ORBITÁRIOS

Dr. José de Souza Pacheco — São Paulo

Ao sermos indicados pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia para fazermos parte da mesa redonda sobre os Tumores para Orbitários, ficamos indecisos em aceitar, pois a nosso ver a experiência do oftalmologista é pequena para o lado desses tumores uma vez que no nosso entender ao oftalmologista cabe apenas estudar e procurar tratar dos tumores da órbita, globo ocular e demais anexos.

No entretanto, fazendo parte do Staf do Hospital A. C. Camargo — Instituto Central do Câncer, em São Paulo, não poderia deixar de estar intimamente ligado ao Serviço de Cabeça e Pescoço, cuja chefia está a cargo do Dr. Jorge Fairbanks Barbosa, que me animou a fazer este relatório e aqui estou para lhes dar as nossas atividades neste setor.

Antes de iniciarmos o nosso relatório propriamente dito devo dizer que considereei apenas tumores para orbitários, os tumores dos seios para nasais, fossa nasal, seios frontais. Deixei de lado os tumores da pele das regiões vizinhas da órbita, uma vez que, geralmente, os casos quando aparecem não nos permitem diagnosticar se a lesão inicial era da região para orbitária como da pirâmide nasal ou da órbita.

Os tumores destas regiões constituem em nosso Hospital perto de 3% dos casos que passaram pelo Serviço de Cabeça e Pescoço, e 1% dos pacientes que procuram o Hospital.

Os tumores mais comuns foram os tumores dos seios masculares, raríssimos os dos seios frontais, onde só tivemos um caso. Quanto seio esfenoidal não tivemos oportunidade de observar.

Quanto à idade os tumores incidiram geralmente na idade madura, sendo que a média maior foi entre 49 e 70 anos.

Sobre o sexo, o que se verificou foi a predominância de predileção para o sexo masculino (cerca de 2/3 do material).

Histologicamente os carcinomas apareceram em maior número, sendo que destes quase 90% foram espino-celulares.

O estudo detalhado destes tumores é importante, devido à sua proximidade a elementos como a fossa zigomática, na sua porção posterior, região peri orbitária e base do crâneo, daí o seu diagnóstico precoce ser necessário para o bom resultado no tratamento. Os tumores das cavidades para nasais são sintomatologia discreta no início o que faz com que seu diagnóstico precoce seja raro. Somente após o preenchimento total de uma das dessas cavidades pelo tumor é que surgem os primeiros sinais e sintomas causados pela invasão da regiões vizinhas.

Disso concluímos que grande parte desses tumores quando nos chegam às mãos já são inoperáveis.

TUMORES DA FOSSA NASAL

São na maioria carcinomas espino-celulares da mucosa nasal.

Incidem preferencialmente no septo em assoalho da fossa.

Alguns sarcomas do tipo muscular e alguns linfomas constituem quase que o restante dos casos.

Existe um tumor tipo especial originário das células olfativas que se situam no teto da fossa nasal (É o esteseuoneurocitoma).

A maioria dos tumores malignos desta região são secundários, vindo das regiões ermoide maxilar.

SINTOMATOLOGIA: Obstrução nasal persistente, progressiva e unilateral, rinorreio pio-sanguinolento, epistaxe e finalmente crescimento da metade correspondente da pirâmide nasal com abaulamento externo evidente. Ao exame pelo otorrino este nota quase sempre lesão tipo ulcerada vegetando para a luz do órgão. No caso dos sarcomas a lesão tem aspecto vegetante carnosos.

Se tocarmos na lesão notamos facilidade de sangramento. Quase sempre temos infecção secundária, devido aos meios sépticos em que se instala e sinusite satélite por obstrução mecânica dos ostios, explicando a abundante secreção purulenta.

Os tumores da fossa nasal propagam-se ao rinofaringe e região etmoidal. Podem propagar-se à órbita produzindo então o esclerótico. A visão e a musculatura extraocular só tardiamente são afetadas. Quando a cavidade orbitária foi invadida o etmoide já o está há muito tempo.

Pode invadir a porção óssea e cartilaginosa da pirâmide nasal e as partes moles que o recobrem, infiltrando a pele dessa região.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Pólipos, leishmaniose. Nos primeiros (pólipos) não há sangramento, e são, despresíveis. Nos segundos, a reação de Montenegro é positiva. O RX completará o estudo da lesão dando-nos sua dimensão e mostrando-nos se há invasão orbitária, etmoidal e esqueleto nasal.

Diagnóstico definitivo é a biopsia.

Tratamento: Sempre que possível.

Cirurgia: às vezes fazem cirurgia ampla, com exenteração da órbita. Às vezes combinam Cirurgia + RXT, e outras RXT e Cirurgia.

TUMORES ETMOIDO-MAXILARES

Os tumores destas duas regiões, principalmente, nas suas variedades supra e meso-estrutura, são, no nosso Hospital, estudados em conjunto, pois propagam-se de uma para outra dessas regiões. Além disso, a terapêutica desses tumores são em muitos pontos idênticas.

CLASSIFICAÇÃO E SEMIÓTICA: Nós vamos classificá-los sob o ponto de vista anatômico e sintomatológico. É uma classificação bastante teórica que servirá para explicar a predominância de sintomas de um grupo sobre os outros.

Na prática, devido às amplas comunicações destas regiões, dificilmente encontramos um tumor restrito a uma determinada região; via de regra o tumor está sempre invadindo mais de uma região.

Teoricamente dividiremos o conjunto etmoide-maxilar em 3 (três) porções: Andar superior ou supra-estrutura, que compreende o etmoide, região orbitária, teto da cavidade antral e parte das cavidades nasais situadas acima da borda inferior do corneto médio. A meso-estrutura que compreende porções das cavidades antrais e tons nasais situados abaixo dessa região, com exceção do recesso inferior dos antros, soalhos dessas cavidades e soalhos das fossas nasais, que pertencem à infra-estrutura.

Tumores da Supra-Estrutura: Início com sintomas dolorosos localizados e obstrução nasal unilateral persistente. Progredir, geralmente, para região orbitária, invadindo-a e determinando exoftalmo e afetando a musculatura extrínseca (Exoftalmo ântero-externo). Invade também o ântro maxilar através do seu ângulo súpero-interno, comportando-se assim, como tumores antrais.

O otorrino nota, quando o tumor já se exteriorizou na fossa nasal, a presença de vegetações sangrantes.

Os tumores da **Meso-Estrutura** são de sintomatologia mais tardia por haver uma grande cavidade aérea para preencher. Notamos sintomas só quando o tumor exterioriza-se pela fossa nasal ou abaulam o arcabouço ósseo do maxilar superior.

Um dos sintomas mais precoces é a dor que geralmente é localizada e unilateral. É frequente surgirem sintomas paraestésicos no território do nervo infra-orbitário. Progredindo para o etmoide e, por conseguinte, para a fossa nasal, notamos sintomas típicos dessa região: Obstrução nasal com rinorreio pio-sanguinolento. Quando os tumores se propagam para cima atingem e destroem o soalho da órbita.

À palpação do rebordo orbitário notamos um espessamento dessa região e pode-se, mesmo, palpar a infiltração tumoral. Quando a invasão é mais extensa temos a variedade orbito-malar.

A invasão para trás, ultrapassando a parede posterior do antro, atinge a fossa zigomática ao nível da fenda ptérigo-maxilar e comprometendo os músculos pterigóideos, inferiormente e se comporta como os tumores da **Infra-Estrutura**. Nestes casos a sintomatologia é dor ao nível dos dentes correspondentes, com espessamento do rebordo alveolar, o abaulamento do palato, o desaparecimento do fundo do saco gengival-jugal é frequente e a massa tumoral que o invade pode, digitalmente, ser tocada.

Os dentes são amolecidos e expulsos, brotando vegetações tumorais pelos alvéolos em direção à boca.

A propagação ântero-externa traduz-se por invasão dos tegumentos da face, do masséter, ocasionando trismo e acabando por ulceração da pele.

Diagnóstico: Além desses sintomas e sinais, já descritos, suscintamente, o diagnóstico é auxiliado grandemente pelo RX. As chapas nas posições naso-mento, naso-fronto, mostram uma opacidade irregular e unilateral que não vemos nas sinusites. A RX na posição de Hirtz nos fornece dados precisos da invasão da fossa zigomática, e região ptérigo-maxilar. Nessa posição vemos, ainda, se há invasão da fossa temporal e órbita.

O exame tomográfico em cortes frontais nos permite determinar com segurança a propagação posterior do tumor e uma possível invasão da base do crâneo.

Diagnóstico preciso será feito através da biopsia: seja simples quando de fácil acesso ou punção biopsia rotatória quando o acesso é difícil.

Tratamento — Ideia Cirúrgica — Recção ampla maxilar.

Excenteração de órbita quanto muito extensos. Atualmente, devido à parte psíquica estamos tentando fazer a cirurgia conservando a órbita. Faz-se a ressecção da massa tumoral e coloca-se semente de Radium na cavidade.

A) Cirurgia; B) Cirurgia + RXT; C) RXT + Cirurgia.

CARCINOMA DOS SEIOS FRONTAIS

Anatomia: São 2 (duas) cavidades situadas imediatamente acima da raiz do nariz, entre as 2 (duas) tábuas do osso frontal.

Estudo de 4 casos do J. H. H.

Incidência: São raros.

Sintomas: Relativamente vagos, de maneira que considerável período de tempo decorre antes que se possa chegar a diagnóstico de certeza (em média 1 ano e meio).

Os sintomas mais comuns, por ordem de frequência, são:

- 1) Cefaleia frontal unilateral;
- 2) Tumefação e proptose de um olho;
- 3) Obstrução nasal;
- 4) Diplopia, alargamento da base do nariz e tumefação do canto interno do olho oposto.

Achados físicos: Inicialmente não há dado físico algum para o diagnóstico. Com a evolução podemos encontrar: pus em uma narina, polipose e, nos últimos estágios, pode-se palpar a massa tumoral na região do seio frontal.

Achados radiológicos: velamento do seio frontal, que se confunde com seus próprios bordos.

Histologia: 3 — carcinoma de células escamosas
1 — carcinoma.

Tratamento: aplicação direta de rádio + Raio X.

CARCINOMA DOS SEIOS ESFENODAIS

Os carcinomas primários são raros, porém os processos metastáticos são comuns.

Nos arquivos do J.H.H. só foi encontrado um caso de carcinoma primário.

Tratamento: Biopsia para o diagnóstico de certeza e, posteriormente, RX.

Quando vemos o caso fora de possibilidade cirúrgica e RXT, temos feito Qt.

Em alguns casos fazemos Qt como coadjuvante.

Distribuição dos casos atendidos no Instituto Central da Associação Paulista de Combate ao Câncer

		%
Total de casos nos diversos setores	68.303	
Total do Serviço de Cabeça e Pescoço	14.635	21,4
Total de Tumores (Seios da face: 360 Para-orbitários (Fossa Nazal: 94	454	3,1
Total de Tumores Orbitários	360	2,4

Distribuição nos seios da face, segundo a localização

Total	Maxilar	Etmóide	Esfenóide	Frontal
360	345	14	0	1

SEIOS DA FACE

Total	Sexo		Côr			Idade (em anos)	HISTOPATOLOGIA
	M	F	B	P	A		
360 Casos	227	133	308	39	13	0 a 9 7	Carcinoma Espinocelular 217
						10 a 19 13	Carcinoma Indiferenciado 30
						20 a 29 16	Carcinoma Anaplásico 16
						30 a 39 38	Carcinoma de Células de Transição 14
						40 a 49 75	Sem Histopatologia 12
						50 a 59 102	Adenocarcinoma 11
						60 a 69 72	Retículo Sarcoma 9
						70 a 79 28	Linfoma 8
						80 a 89 9	Sarcoma osteogênico 7
							Cilindroma 7
							Carcinoma Basocelular 5
							Papiloma com Transf. Maligna 3
							Carcinoma Adenoide Cístico 2
							Fibro Hemangioma 2
							Infiltração Carcinomatosa 2
							Neoplasia Mal, Indeterminado 2
							Tu Giganto Celular 2
							Carcinoma Sólido 1
							Carcinoma Papilífero 1
							Condrossarcoma 1
							Fibrossarcomas 1
							Granuloma Eosinófilo 1
							Granuloma Maligno 1
							Hemangiopericitoma 1
							Mesenquimoma Maligno 1
							Metástase Carcinomatosa 1
							Mixossarcoma 1
							Rabdomiossarcoma 1

TUMORES MALÍGNOS DAS FOSSAS NASAIS

Tratamento Cirúrgico: O tipo de ressecção variará, de acôrdo, com a situação e dimensões da lesão. Os tumores do têrço anterior da fossa, os do rebôrdo narinário e os tumores pequenos, podem ser operados por via natural. Sempre que possível, e desde que o campo seja suficientemente amplo para não comprometer a radicalidade da ressecção, devemos optar pela intervenção por essa via. Ela poderá ser feita nos casos de tumores pediculados, por alça fria e em seguida eletrocardiograma, amplamente, a sua base. Nos casos de tumores sésseis, devemos optar pela ressecção a bisturi elétrico.

Para os tumores cujo diâmetro seja acima de 1 cm. ou para os da metade posterior da fossa, aconselhamos fazer via de acesso ampla para uma melhor exérese. Adotamos a rinotomia lateral que expõe, amplamente, a fossa nasal em tôdas as suas paredes. Após incisão da pele, plano muscular e plano mucoso, a parede externa é rebatida para cima e mediantemente, ficando tôda a fossa à nossa disposição. Em caso de tumores extensos, deslocamos essa parede de ôsso próprio correspondente, pelo plano do periôsteo e em seguida retiramos êsse ôsso com saca bocados, o que nos dá, também melhor acesso aos tumores altos.

As lesões da mucosa do septo devem, obrigatòriamente, ser ressecadas com a porção da cartilagem septal adjacente. Esta deve ser cuidadosamente, dissecada da mucosa da fossa oposta pelo plano subcondral ou subperiostal, quando não houver infiltração do esqueleto. Quando êste fôr invadido, a ressecção deve incluir tôda a espessura do septo. Nos casos de tumores extensos, com invasão franca das paredes e pele, a ressecção parcial ou total da pirâmide nasal se impõe. Ela deve ser feita com ampla margem, em tôda a sua espessura, e a reconstrução se fará à custa de transplantes pediculados, preferencialmente, da vizinhança.

TUMORES MALÍGNOS ETMOIDOMAXILARES

Tratamento Cirúrgico: Os tumores localizados na infra-estrutura são passíveis de ressecção do maxilar que interesse a infra e meso-estrutura, conservando a região orbitária e o teto da cavidade antral. É a ressecção clássica encontrada em todos os tratadistas, com preservação do globo ocular.

Para os tumores etmoidomaxilares extensos e para os que invadem o teto do antro maxilar, cremos que a preservação da cavidade orbitária é ponto de recidivas freqüentes. Temos tido oportunidade de reoperar, muitas vêzes, pacientes em que se fêz a tentativa de conservação do aparelho visual e que apresentaram recidivas nessa região.

Atualmente, usamos em nosso Serviço, para os tumores extensos, a ressecção ampliada de maxilar superior padronizada entre nós, por Barbosa. Ela tem a vantagem de retirar, em grande parte dos casos, o tumor fechado em seu estôjo ósseo, esvasiar a fossa zigomática com seu conteúdo gangliar

e muscular, evitar o trismo pós-operatório, pela ressecção do ramo ascendente da mandíbula que fazemos rotineiramente; e diminuir bastante o sangramento do ato cirúrgico, pela ligadura precoce da artéria maxilar interna.

Tática Cirúrgica: Incisão paralátero-nasal, continuando-se pela fenda palpebras até a 1 cms do trágus. Levantamento amplo dos retalhos, auxiliado pela incisão do fundo do saco gengivofacial até a exposição da arcada zigomática e borda posterior do ramo ascendente da mandíbula, da porção inferior da fossa temporal do rebordo orbitário superior e da fossa nasal. É importante o levantamento amplo dos retalhos ao nível do canto interno do olho, para expor toda a zona correspondente ao etmóide anterior. A seguir seccionamos a masséter e a porção inferior do músculo temporal. Exposição e ligadura do maxilar interno, junto à borda posterior da mandíbula, ao nível do côndilo. Secção da arcada zigomática, e da porção alta do ramo ascendente da mandíbula e sua desarticulação. Tracionando-se essa porção da peça para diante e para dentro, expõe-se o pterigóide externo, que é seccionado, descobrindo-se, assim, o apófise pterigóide. Esse músculo é juntado à peça, sendo separado do pterigóide interno. Em casos de invasão da fossa pterigo-maxilar o pterigóide interno poderá ser ressecado em parte, para maior margem de segurança. Em seguida, fazemos a incisão do periósteo infra-orbitário e seu deslocamento amplo, com todo o conteúdo, expondo as paredes lateral e interna da cavidade orbitária. Incisão a bisturi elétrico do soalho da fossa nasal e do palato duro na linha média, para em seguida incisar-se as partes moles na união dos palatos duro e mole, contornando a grande tuberosidade do maxilar superior, chegando à extremidade da incisão do fundo de saco. Estamos assim preparados para seccionar o esqueleto e retirar a peça. Seccionamos, com cisalia, o etmóide anterior colocando um de seus ramos na porção mais alta e interna da fossa nasal e o outro junto ao teto desse osso. Em seguida, fazemos a mesma manobra na porção mais alta da parede lateral da órbita, secção do palato duro e, finalmente, fazemos a disjunção pterigo-maxilar. Assim luxamos a peça para ligadura do pedículo orbitário e sua retirada.

A zona cruenta é enxertada com transplante livre da pele e os tegumentos fechados por planos. A perda de substância do palato será reparada mais tarde por prótese externa, assim como o globo ocular.

Após a cicatrização da ferida operatória, fazemos, nos casos extensos, RXT complementar.

BIBLIOGRAFIA

Tumors of the Head & Neck: Ward and Hendrick, 1950.

Cancerologia Prática. Roxo Nobre E.A.C. Campos Junqueira: "Tumores Malignos das Fossas Nasais e Cavidades Paranasais", Josias de Andrade Sobrinho.

Boletim de Oncologia. Associação Paulista de Combate ao Câncer — São Paulo. Vol. 48, n.º 2 — Agosto, 1964.

Boletim de Oncologia. Associação Paulista de Combate ao Câncer — São Paulo. n.º 4. Abril, 1960.