

Aspectos Clínicos de Pacientes com Polipose Nasal

Clinical Aspects of Patients with Nasal Polyposis

Juliano Irita Haro*, **Fernanda Gavioli****, **Valdevino Melo Junior*****, **Cassio Caldini Crespo******.

* Médico Residente do Serviço de Otorrinolaringologia da PUC-SP. Médico Residente R3 ORL PUC-SP.

** Médica Residente do Serviço de Otorrinolaringologia da PUC-SP. R3 ORL PUC-SP.

*** Médico Residente do Serviço de Otorrinolaringologia da PUC-SP. R2 ORL PUC-SP.

**** Professor Titular do Setor de Otorrinolaringologia da PUC-SP. Professor Mestrando do Setor de ORL da PUC-SP.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Hospital Regional de Sorocaba.
Sorocaba /SP – Brasil.

Endereço para correspondência: Dr. Juliano Irita Haro – Rua Dinamarca, 245 Apto. 23 – Jardim Europa – Sorocaba / SP – Brasil – CEP: 18045-400 – Telefone: (+55 15) 3232-2009 – E-mail: crespo@otoclinica.com.br

Artigo recebido em 08 de Junho de 2009. Artigo aceito em 04 de Julho de 2009.

RESUMO

Introdução: A polipose nasal é um processo inflamatório crônico, não neoplásico da mucosa nasal. Apresenta grande impacto na qualidade de vida dos pacientes.

Objetivo: Levantar características de pacientes com polipose nasal de uma amostra da população brasileira.

Método: Foram revisados 50 prontuários de pacientes acompanhados em hospital terciário e submetidos a tratamento cirúrgico para polipose nasal. As seguintes variáveis foram analisadas: idade, sexo, tabagismo, presença de asma, presença de intolerância ao AAS e também as manifestações clínicas: rinorreia anterior e posterior, obstrução nasal, hiposmia, espirros e prurido. O sistema de avaliação tomográfico adotado foi o de Lund-McKay. Para análise estatística foi aplicado teste qui-quadrado com $p < 0,05$.

Resultados: Dos 50 pacientes avaliados 28 eram homens e 22 mulheres. A faixa etária média foi 40,8 anos. A principal manifestação clínica foi obstrução nasal em 100% dos pacientes. Na avaliação tomográfica, segundo o sistema de Lund-McKay, a pontuação média foi de 10,9.

Discussão: Não foi obtida diferença estatisticamente significativa entre os sintomas dos pacientes em geral quando comparados à dos pacientes com asma ou intolerância ao AAS. Foi estatisticamente significativa a diferença entre a pontuação de Lund-McKay entre as populações estudadas. Os sintomas foram semelhantes à frequência de sintomas de outros trabalhos.

Conclusão: Concluímos que a principal queixa dos pacientes com polipose nasal é a obstrução nasal, a idade mais afetada é cerca de 40 anos, sem preferência de sexo. A severidade dos achados tomográficos é maior em pacientes com asma e intolerância ao AAS.

Palavras-chave: sintomas clínicos, pólipos nasais, asma, Aspirina, tomografia.

SUMMARY

Introduction: The nasal Polyposis is a non-neoplastic chronic inflammatory process of the nasal mucosa. It causes a large impact to the patients' life quality.

Objective: To analyze the characteristics of patients with polyposis in the Brazilian population.

Method: 50 records of patients followed up in a tertiary hospital and submitted to surgical treatment of nasal polyposis were reviewed. The following variables were analyzed: age, sex, smoking, presence of asthma, presence of AAS intolerance and also the clinical manifestations: anterior and posterior rhinorrhea, nasal obstruction, hyposmia, sneezing and pruritus. The tomographic evaluation system applied was that of Lund-McKay. For statistical analysis we applied the chi-square test with $p < 0.05$.

Results: Out of 50 patients evaluated, 28 were male and 22 were female. The mean age range was of 40.8 years. The main clinical manifestation was nasal obstruction in 100% of the patients. In the tomographic evaluation, according to the Lund-McKay system, the average scoring was of 10.9.

Discussion: No statistically significant difference was obtained in the patients' general symptoms compared to the patients with asthma or AAS intolerance. The difference in the Lund-McKay score was statistically significant in the populations studied. The symptoms were similar to the frequency of symptoms of other works.

Conclusion: We concluded that the main complaint of the patients with nasal polyposis is nasal obstruction, the most affected age is of about 40 years old, without preference of sex. The severity of tomographic findings is higher in patients with asthma and AAS intolerance.

Keywords: clinical symptoms, nasal polyps, asthma, Aspirin, tomography.

INTRODUÇÃO

A polipose nasal apresenta grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, trazendo limitações sociais e laborativas. Afetando a vitalidade e a saúde geral, sendo a saúde mental mais afetada do que a física (1).

Apresenta impacto pior na qualidade de vida do que quando comparado a outras doenças crônicas como, por exemplo, artrite reumatoide, diabetes insulino-dependente e doença pulmonar obstrutiva crônica (2).

Estima-se que a incidência na população geral seja de cerca de 1 a 4% (3). Sem predisposição por sexo, afetando preferencialmente pessoas de meia idade.

As principais queixas dos pacientes costumam ser obstrução nasal, rinorreia, descarga posterior, cefaleia, hiposmia/anosmia e tosse (4).

Os pólipos são geralmente múltiplos, não-neoplásicos, moles, brilhantes, não-sangrantes, translúcidos, pedunculados e presos a uma base. Sendo muito frequente afetar a região do meato médio (5).

Existem evidências crescentes que a polipose nasal representa uma resposta imunológica e inflamatória do hospedeiro em adição a uma infecção inicial (6).

Há associação com asma não alérgica em cerca de 26% dos pacientes e associação com intolerância ao ácido acetil salicílico (AAS) em 36%. Ainda pode haver associação com outras doenças como fibrose cística, sinusite fúngica alérgica, síndrome de Young, Churg-Strauss e Kartagener (7).

Histologicamente a doença apresenta dano epitelial, com membrana basal espessada, estroma edematoso, com redução do número de vasos e glândulas e infiltrado inflamatório predominantemente eosinofílico (8).

A maioria dos danos disponíveis sobre este tema retrata a realidade americana ou europeia. Este estudo tem como objetivo levantar características de pacientes com polipose nasal de uma amostra da população brasileira.

MATERIAL

Para este estudo foi utilizado revisão de 50 prontuários de pacientes acompanhados em hospital de nível terciário, de janeiro de 2006 a janeiro de 2008.

Os pacientes foram questionados sobre os principais sintomas, presença ou história de asma, história de

Tabela 1. Sistema de estadiamento de Lund-Mckay.

Seios paranasais	Direito	Esquerdo
Maxilar 0, 1, 2		
Etmoide anterior 0, 1, 2		
Etmoide posterior 0, 1, 2		
Esfenoide 0, 1, 2		
Frontal 0, 1, 2		
Complexo óstio-meatal 0* ou 2*		
Pontos totais para cada lado		

Legenda: 0 = sem anormalidades; 1 = opacificação parcial; 2 = opacificação total 0* = não-ocluído e 2* = ocluído.

intolerância ao ácido acetil salicílico e verificados principais sinais. Sendo também complementada a avaliação através de tomografia de seios paranasais.

Todos os pacientes foram tratados clinicamente com corticoides tópicos por pelo menos 3 meses e em alguns casos com corticoides sistêmicos (09 pacientes).

Foi realizado tratamento cirúrgico em todos os pacientes, utilizando anestesia geral e videoendoscopia nasal. Realizado também septoplastia (16 pacientes) quando necessário. Em sete pacientes foi realizado concomitantemente acesso ao seio maxilar via Caldwell-Luc.

As seguintes variáveis foram analisadas: idade, sexo, tabagismo, presença de asma, presença de intolerância ao AAS e também as seguintes manifestações clínicas: rinorreia anterior, rinorreia posterior, obstrução nasal, hiposmia, espirros e prurido.

O sistema de avaliação tomográfico adotado foi o de Lund-McKay (9) (Tabela 1).

Para análise estatística foi aplicado teste do qui-quadrado com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 50 pacientes avaliados 28 eram homens (56%) e 22 eram mulheres (44%). A faixa etária média foi de 40,8 anos, variando de 11 a 70 anos.

Nove pacientes apresentaram história de asma, cinco homens e quatro mulheres.

Três pacientes apresentaram história de intolerância aos salicilatos, dois homens e uma mulher, todos também com diagnóstico de asma.

Em relação ao tabagismo foram encontrados 17

pacientes que utilizavam, em média, 5 cigarros ao dia, dez homens e sete mulheres.

A principal manifestação clínica foi a obstrução nasal em 100% dos pacientes, seguidos de pruridos nasais com 62%, espirros em 60%, rinorreia anterior em 50%, rinorreia posterior em 32% e hiposmia/anosmia em 20% dos pacientes, conforme demonstrado no Gráfico 1. Não houve diferenças significativas das queixas entre homens e mulheres ($p>0,05$).

Outras queixas foram menos frequentes, como cefaleia em 6% dos pacientes, hipoacusia em 4%, halitose em 2% e roncos em 2% dos pacientes. Apresentaram celulite periorbitária 4% dos pacientes.

Nos pacientes asmáticos os principais achados clínicos foram obstrução nasal, rinorreia anterior, prurido, espirros, rinorreia posterior e hiposmia/anosmia, em ordem decrescente de frequência.

Nos que apresentavam intolerância aos salicilatos os principais achados clínicos foram semelhantes aos asmáticos.

Na avaliação tomográfica, segundo o sistema de Lund-McKay, a pontuação média foi de 10,9. Na tomografia dos pacientes asmáticos, a pontuação média foi de 17,6. Os pacientes com intolerância aos salicilatos obtiveram média de 21,3 pontos (Gráfico 2).

Em todos os pacientes o exame anatomopatológico demonstrou cortes histológicos com fragmentos de mucosa apresentando epitélio colunar epitelizado, espessamento da membrana basal, infiltrado inflamatório linfoplasmocitário com edema e vasocongestão, observando 75% de células eosinofílicas e o restante predominantemente neutrófilos.

Não foi obtido diferença estatisticamente significativa entre os sintomas dos pacientes em geral quando comparados à dos pacientes com asma ou intolerância ao AAS ($p>0,05$). Mas apresentaram significância estatística quando comparados pelo escore de Lund-MacKay ($p<0,05$).

DISCUSSÃO

A polipose nasal é uma doença comum na população, com prevalência de cerca de 4% (10). A idade média, em torno dos 40 anos, encontrada em nosso estudo foi similar à de estudos como de Settupane, Larsen e Drake-Lee (11,12,13). Vários estudos apontam prevalência aumentada nos homens em relação às mulheres, o que não encontramos em nosso estudo (7,10,11,12,13).



Gráfico 1. Manifestações clínicas.

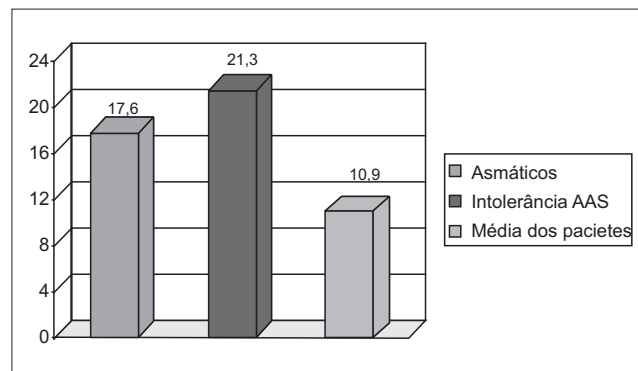


Gráfico 2. Avaliação tomográfica de Lund-McKay.

Apesar de a recorrência não ter sido avaliado em nosso trabalho, acreditamos que os pacientes com asma e intolerância ao AAS realmente apresentam um maior risco de recorrência após a cirurgia, independentemente do tratamento instituído (14,15).

Em nosso levantamento 34% dos pacientes eram tabagistas, na literatura ainda não há consenso em relação ao papel do tabagismo no desenvolvimento da polipose nasal (16,17).

Os sintomas principais encontrados também foram condizentes com outros trabalhos publicados, sendo a obstrução nasal o principal sintoma (18), a obstrução geralmente é constante, mas pode variar dependendo do tamanho e localização dos pólipos. Alguns estudos também apresentam boa relação entre a severidade da obstrução nasal com testes objetivos como rinomanometria e pico de fluxos nasais (19,20).

Outros sintomas, como rinorreia anterior e posterior, prurido nasal, anosmia, hiposmia, dor facial, também foram frequentes, porém inferior à obstrução nasal, de acordo com outros estudos (15,16,18).

Não houve diferenças significativas entre as principais queixas dos pacientes avaliados quando compara-

dos aos pacientes com intolerância ao AAS ou asma ($p>0,05$).

Os pacientes que tinham asma ou intolerância ao AAS apresentaram um maior acometimento dos seios paranasais, vistos pela tomografia, corroborando os dados disponíveis na literatura (21). A tomografia se correlaciona bem com achados endoscópicos, mas apresenta uma correlação pobre com a sintomatologia e não é um bom exame para o prognóstico da doença (22).

Uma possível explicação do quadro mais grave em pacientes com intolerância ao AAS é a inibição sobre a enzima ciclooxygenase-1, com subsequente ativação de células inflamatórias e liberação de mediadores lipídicos e não-lipídicos (24). Também apresentam produção aumentada de enzimas como leucotrienos.

Já a asma associa-se com polipose quanto mais grave for o estágio da asma, acredita-se que a polipose pode ser devido ao remodelamento das vias aéreas em consequência da ação de processos inflamatórios crônicos, assim pode ocorrer hiperplasia epitelial, deposição aumentada da matriz extracelular, degradação e acúmulo de proteínas plasmáticas, além da falta de reparo adequado das lesões crônicas (4).

CONCLUSÃO

Encontramos em nosso estudo que a principal queixa do paciente com polipose nasal continua sendo a obstrução nasal, a idade mais afetada é cerca de 40 anos, sem prevalência por sexo. E a severidade dos achados tomográficos é maior em pacientes que apresentam intolerância ao AAS e asma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Radenne F, Lamblin C, Vandezande LM, Tillie-Leblond I, Darras J, Tonnel AB, ET AL. Quality of life in nasal polyposis. *J Allergy Clin Immunol.* 1999, 104(1):79-84.
2. Gliklich RE, Metson R. Effect of sinus surgery on quality of life. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997, 117(1):12-7.
3. Puwankar R. Nasal Polyposis: An Update. *Curr Opin Allergy Immunol* 2003, 3:1-6.
4. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, Diretrizes Brasileiras de Rinossinusites (suplemento). 2008, 74 (2):19-20.
5. Bateman ND, Fahy C, Woolford J. Nasal Polyps Still More Questions Than Answers. *TJ Laring. Otol.* 2003, 117(1):1-6.

6. Norlander T, Brönnegard M, Stierna P. The relationship of nasal polyps, infection, and inflammation. *Am J Rhinol.* 1999, 13 (5):349-355.
7. Settipane GA. Epidemiology of nasal polyps. *Allergy Asthma Proc.* 1996, 17 (5):231-236.
8. Hellquist HB. Nasal polyps update. *Histopathology. Allergy Asthma Proc.* 1996, 17 (5): 237-242.
9. Lund VJ, McKay IS. Staging in rhinosinusitis. *Rhinology.* 1993, 31:183-4.
10. Hedman J, Kaprio J, Poussa T, et al. Prevalence of asthma, aspirin intolerance, nasal polyposis and chronic obstructive pulmonary disease in a population-based study. *Int J Epidemiol.* 1999, 28:717-22.
11. Settipane G. Epidemiology of nasal polyps. In: Settipane G, Lund VJ, Bernstein JM, Tos M, editor. *Nasal polyps: epidemiology, pathogenesis and treatment.* Rhode Island: Oceanside Publications; 1997, p. 17-24.
12. Drake-Lee AB, Lowe D, Swanston A, Grace A. Clinical profile and recurrence of nasal polyps. *J Laryngol Otol.* 1984, 98(8):783-93.
13. Larsen K, Tos M. Clinical course of patients with primary nasal polyps. *Acta Otolaryngol.* 1994, 114(5):556-9.
14. Caplin I, Haynes JT, Spahn J. Are nasal polyps an allergic phenomenon? *Ann Allergy.* 1971, 29(12):631-4.
15. Fokkens W, Lund V, Mullol J, et al. European Position Paper Rhinosinusitis and nasal polyps 2007. *Rhinology.* 2007, 45(20):1-139.
16. Chen Y, Dales R, Lin M. The epidemiology of chronic rhinosinusitis in Canadians. *Laryngoscope.* 2003, 113(7):1199-205.
17. Greisner WA, 3rd, Settipane GA. Hereditary factor for nasal polyps. *Allergy Asthma Proc.* 1996, 17(5): 283-6.
18. Newton JR, Ah-See KW. A review of nasal polyposis. *Therapeutics and clinical risk management.* 2008, 4(2) 507-12.
19. Numminen J, Ahtinen M, Huhtala H, Rautiainen M. Comparison of rhinometric measurements methods in intranasal pathology. *Rhinology.* 2003, 41(2):65-8.
20. Szucs E, Clement PA. Acoustic rhinometry and rhinomanometry in the evaluation of nasal patency of patients with nasal septal deviation. *Am J Rhinol.* 1998, 12(5):345-52.

21. Dalziel K, Stein K, Round A, Garside R, Royle P. Systematic review of endoscopic sinus surgery for nasal polyps. *Health Technol Assess.* 2003, 7:1-159.
22. Browne JP, Hopkins C, Slack R, Topham J, Reeves B, Lund V, et al. Health-related quality of life after polypectomy with and without additional surgery. *Laryngoscope.* 2006, 116(2):297-302.
23. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al., European Position Paper on Nasal Polyps. *Rhinology.* 2007, 45(suppl. 20):1-139.
24. Stevenson DD, Szczeklik A. Clinical and pathologic perspectives on aspirin sensitivity and asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2006, 118(4):773-86; quiz 87-8.