



# Angioleiomioma de cavidade nasal: Relato de Caso e Revisão de Literatura

Antonio S. B. Neto , João D. C. e Gurgel, Klinger V. T. da Costa, Krishnamurti M. de A. S. Júnior,  
Heráclio V. R. Cavalcanti, Angelo F. Sales

Serviço de Otorrinolaringologia - Hospital Geral de Bonsucesso – Ministério da Saúde

## Introdução:

Os leiomiomas são tumores benignos da musculatura lisa. Sua localização mais freqüente é o trato digestivo e útero, mas pode surgir nos mais diversos órgãos que contenham tecido muscular liso, mesmo que em pouca quantidade, tais como nos tecidos moles profundos, nos músculos eretores dos pêlos encontrados na pele, nos mamilos na bolsa escrotal ou nos grandes lábios. Podem surgir também nas cavidades nasal e paranasais, embora raramente (apenas 3%), devido à escassez de músculo liso nesta região. Quando presente, tem sua origem na parede dos vasos sanguíneos. Os leiomiomas nasossinusais podem ocorrer em ampla faixa etária, desde os 5 aos 77 anos, sendo mais freqüente em mulheres e acometendo principalmente o corneto inferior. Apesar de raros devem ser considerados no diagnóstico diferencial de massas tumorais nasossinusais. Temos como objetivo apresentar um caso de leiomioma atípico em seio etmoidal posterior a esquerda com invasão do cavum e realizar uma revisão da literatura sobre o assunto

## Relato do caso:

Paciente Z.M.S, 65 anos, sexo feminino, negra, residente em Itaboraí, procurou nosso serviço com queixa de obstrução nasal unilateral á esquerda, associada à sangramento nasal, que iniciou a mais ou menos 10 anos. Relata que procurou vários serviços médicos (emergência) sendo sempre tratada como hipertensa, sem melhora do quadro. Ao exame otorrinolaringológico: otoscopia , orofaringoscopia e laringoscopia indireta: normais. Endoscopia nasal: mucosa pálida com secreção clara em meato inferior esquerdo , imagem polipóide em soalho de fossa nasal esquerda com invasão do cavum ocupando-o completamente (sugestivo de pólipó killian). Tomografia computadorizada(TC): formação expansiva com aspecto blastomatoso de contornos lobulados ocupando células etmoidais anteriores e posteriores á esquerda com extensão para o cavum, apresentando obstrução do complexo osteo-meatal esquerdo. O tratamento realizado foi ressecção por via endoscópica com exeresse completa da lesão (medindo 5 x 5 x 2.5 cm). No perioperatório observamos aspecto e consistência diferente dos polipos antero-coanais, assim como um sangramento de maior intensidade. O tampão nasal antero-posterior foi deixado por 48 horas, o laudo histopatológico angioleiomioma . O paciente encontra-se há 05 meses em follow-up assintomático, rinoscopia anterior normal, tomografia computadorizada sem evidência de recidiva.

## Discussão:

Os leiomiomas segundo a maioria dos autores e um tumor benigno do músculo liso de ocorrência rara na cavidade naso-sinusal . Foram descritos na literatura 23 casos de leiomiomas na cavidade nasal e seios paranasais. Os locais mais acometidos em ordem decrescente são corneto inferior ,cavidade nasal,seios paranasais,vestíbulo,corneto médio e coanas.A incidência aumentada em corneto inferior se deve a uma quantidade aumentada de músculo liso vascular nessa área. O paciente apresenta manifestações inespecíficas sendo as mais freqüentes obstrução nasal , epistaxe, cefaléia. A TC é indispensável antes do procedimento cirúrgico para avaliar a extensão da lesão.O diagnostico é feito pela biopsia (histopalogia associado a imuno-histoquímica).O tratamento é eminentemente cirúrgico não ocorrendo recidiva quando feito a ressecção total do tumor. A via de acesso cirúrgico seja por cirurgia endoscópica naso-sinusal ou rinotomia lateral, vai depender da localização e extensão do tumor, visando um controle eventual de uma hemorragia.

## Conclusão:

O angioleiomioma é uma entidade rara em cavidade naso-sinusal,com comportamento benigno , apresentando manifestações clínicas inespecíficas principalmente na presença de obstrução nasal e epistaxe. Deve ser incluso no diagnóstico diferencial de mucocele , tumores benignos, fibroma e neurofibroma. O diagnóstico é exclusivamente pela histopatologia e imuno-histoquímica.O tratamento cirúrgico com a retirada total do tumor, podendo ser bem realizada pela ressecção endoscópica naso-sinusal é bastante efetivo e seguro.

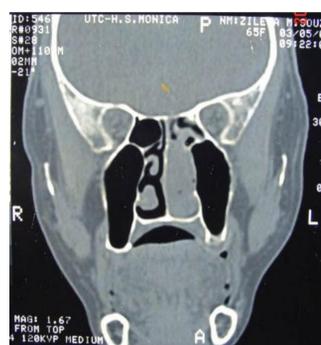


Figura 01:Corte coronal pre-operatório

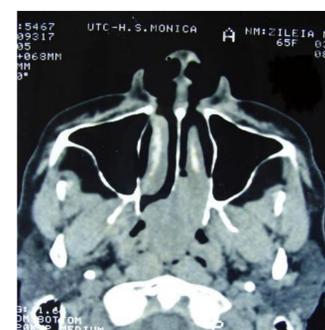


Figura 02:Corte axial pre-operatório



Figura 03:Corte coronal pos-operatório



Figura 04:Corte axial pos-operatório

Figura 05:Histopatologia

Author	Sex	Location	Signs/Symptoms
Matsuka et al. 1966	F:49	Vestíbulo	Dor
Ram 1971	M:40	Corneto inferior	Obstrução nasal
Schwartzman and schwartzman	M:57	Maxilarretomodal e esfenoidal	Obstrução nasal e cefaléia
Wolowitz and schmann 1973	F:42	Corneto inferior	Epistaxe
Kozaka and fureya 1973	n	Cavidade nasal	Não relatado
Fu and perzin 1975	M:46	Cavidade nasal	Obstrução nasal
Mccaffrey et al. 1978	F:76	Corneto inferior	Epistaxe
Papavasiliou and Michaeli 1981	F:5	Corneto medio	Epistaxe
Ljivostky et al. 1985	F:73	vestíbulo	Dor
Daisley 1987	F:32	Corneto medio	Obstrução nasal
Tang and Tse 1988	M:58	Corneto inferior	Epistaxe
Hama et al. 1988	F:64	Corneto inferior	Obstrução nasal e epistaxe
Zijker and Vi sser 1989	M:33	Etmoidal	Dor
Nam et al. 1989	F:59	Vestíbulo	Epistaxe e dor
Ragbeer and Stone 1990	F:49	Cavidade nasal	Epistaxe e dor
Barr et al. 1990	F:44	Septo nasal	Crostas nasal
Van inge et al. 1991	F:74	Coana	Obstrução nasal e epistaxe
Harcourt and Gallimore 1993	F:55	Etmoidal	Epistaxe
Khan et al. 1994	N	Cavidade nasal	Obstrução nasal
Trott et al. 1994	F:43	Corneto inferior	Epistaxe
Mozzo et al. 1997	F:62	Corneto inferior	Obstrução nasal
Nosso caso 2001	F:30	Etmóide anterior	Cefaléia
Sampaio and Sacramento and Sales	F:65	Etmóide posterior	Obstrução nasal e epistaxe