



Brazilian Journal of
OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org.br



POSTÊRES RELATOS DE CASO

45° Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Ceará, 25 a 28 de novembro de 2015

Área Temática: Cirurgia de Cabeça e Pescoço

PRC-001 AGENESIA DE LOBO TIREOIDEANO ESQUERDO – RELATO DE CASO

Thereza Lemos de Oliveira Queiroga, Caroline Fernandes Rimoli, Thais Gomes Abrahão Elias, Iury Lima Veloso, José Vicente Tagliarini, Gustavo Yogolare

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: A hemiagenesia de tireoide é uma anormalidade rara na qual um lobo não se desenvolve. Pode ser consequência de falha na descida da tireoide ou na migração lateral das células dessa glândula. A verdadeira prevalência é desconhecida, uma vez que os pacientes são assintomáticos e só são descobertos ocasionalmente. Foi estimada em 0,05 a 0,2%. Seu diagnóstico deve ser sugerido por uma ausência de rádio marcador em cintilografia de tireoide e confirmado por exames de imagem.

Relato de caso: Paciente, 40 anos, tabagista ativa, hipertensa, com queixa de que havia um ano apresentava engasgos frequentes e progressivos, sensação de sufocamento, aumento cervical discreto com dor local e sem história de hiper/hipotireoidismo. Ao exame físico, foi palpado nódulo cerca de 2 cm em lobo tireoidiano esquerdo, móvel à deglutição, doloroso à palpação e sem alteração na laringoscopia indireta. Fez exames de função tireoidiana com resultado de TSH: 2,6 mg/dL e T4 livre: 0,6 mg/DL. A ultrassonografia de tireoide feita em nosso serviço apresenta lobo direito de forma, contornos, ecotextura e ecogenicidade normais, exceto por nódulo hiperecoico, lobulado, com halo hipoeicoico ao redor, fluxo vascular misto, medindo 1,4 × 0,8 × 1,1 cm, lobo esquerdo não caracterizado em sua topografia habitual, istmo medindo 0,4 cm³. Foi então feita punção por agulha fina do nódulo e foi classificado como Bethesda V (suspeito de malignidade). Paciente foi submetida à tireoidectomia total e no intraoperatório confirmou-se a hemiagenesia de lobo tireoidiano esquerdo. Resultado anatomopatológico, como produto lobo direito, carcinoma papilífero da tireoide, variante clássica, com margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico, sem detecção de invasão perilinfática e perineural. No pós-operatório, a paciente seguiu em uso de 100 mcg de levotiroxina.

Discussão: A causa da agenesia não é conhecida. Os prováveis fatores predisponentes são anomalias genéticas e o ambiente. A causa genética foi sugerida devido à ocorrência de agenesia de um lobo de tireoide entre gêmeos monozigóticos, irmãs ou junto a outras malformações de tireoide dentro de uma família. A associação mais comum é com o hipertireoidismo. A paciente relatada era eutireoideia e procurou serviço de saúde devido a um nódulo cervical, posteriormente diagnosticado como suspeito de malignidade. A descoberta da agenesia do lobo esquerdo da glândula tireoide foi acidental durante a avaliação ultrassonográfica e confirmada no intraoperatório. A ausência de lobo esquerdo ocorre em 80% dos casos e de istmo em 50%. A maior incidência no gênero feminino já foi relatada, mas um estudo não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. A ultrassonografia é considerada o meio mais barato e efetivo de diagnóstico, pois é rápida, fácil de ser feita e não expõe o paciente à radiação. Deve-se dar atenção a esses casos, pois no pós-operatório de cirurgias parciais irão evoluir com hipotireoidismo e necessitar de reposição hormonal.

Comentários finais: Devido à raridade do achado anômico, reportamos o caso para atentar para o diagnóstico de agenesia de lobo tireoidiano associado ao carcinoma papilífero de tireoide.

PRC-002 ABSCESSO CERVICAL ODONTOGÊNICO ASSOCIADO À MEDIASTINITE DESCEDENTE NECROTIZANTE E ABSCESSO SUBFRÊNICO: UM RELATO DE CASO

Mariana Vendramini Castrignano Oliveira, Marianne Yumi Nakai, Caroline Petersen Ferreira, Lucas Ribeiro Tenório, Fernanda Monteiro Orellana, Marcelo Benedito Menezes

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Abscessos cervicais profundos são infecções bacterianas normalmente iniciadas por foco odontogênico ou adenotonsilar. Quando não tratadas adequadamente podem levar o paciente à morte. A mediastinite descendente necrotizante é a complicação mais temida, com mortalidade entre 25 e 60%. A apresentação de abscesso subfrênico e/ou peri-hepático é menos usual com aumento da morbimortalidade.

Relato de caso: Homem, 34 anos, previamente hígido, procedimento no dente 38 havia 15 dias, evolui com abaulamento cervical à esquerda com dor e febre 38°C havia sete dias, dor abdominal

havia um dia. Exame físico: abaulamento em região submandibular esquerda com dor à mobilização; murmúrios vesiculares presentes bilateralmente diminuídos em bases; abdome doloroso à palpação de hipocôndrio direito sem sinais de peritonite. Hemoglobina de 9,7 com leucócitos de 10,8 mil sem desvios. Tomografia: coleção em regiões retromandibular, submandibular e parafaríngea esquerdas, espessamento de espaço vascular e mediastino superior, derrame pleural bilateral, abdome com líquido livre subfrênico à direita e peri-hepático. A principal hipótese diagnóstica foi de abscesso cervical odontogênico complicado com mediastinite descendente necrotizante, derrame pleural bilateral e abscesso subfrênico direito. Paciente foi submetido à cirurgia cervical com traqueostomia, torácica e abdominal. Permaneceu três dias em UTI e recebeu alta no 23º pós-operatório, assintomático, após receber três semanas de vancomicina e meropenem, já sem cânula de traqueostomia.

Discussão: Nenhum registro na literatura foi encontrado com a associação entre abscesso cervical profundo, mediastinite e abscesso intra-abdominal. Por se tratar de um quadro raro, o diagnóstico é difícil. Os sintomas variam de acordo com a progressão da infecção. Uma vez diagnosticados, os abscessos cervicais devem ser tratados com antibiótico empírico e abordagem cirúrgica ampla.

Considerações finais: O presente relato mostrou um caso raro de abscesso cervical profundo, com envolvimento torácico e abdominal, porém com boa evolução após abordagem cirúrgica e antibioticoterapia de amplo espectro.

PRC-003 ABSCESSO RETROFARÍNGEO POR CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO

Daniela Isabel Cevallos Zambrano, Márcia Maria Pessoa dos Santos, Carlos Eduardo Costa Maranhão, Roberta Alencar Amorim, Jasiel Pereira de Queiroz Maciel, Nathália Cavalcante Pinto, Leidianny Firmino Costa

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: O abscesso retrofaringeo é a infecção de uma das camadas profundas do pescoço, por supuração de gânglios que drenam das VAS, mais frequente em crianças. No entanto, existem relatos em adultos ocasionados por trauma secundário à ingestão de corpo estranho ou iatrogênico (endoscopia, laringoscopia, IOT, SNG). (Ngan et al., 1990).

Apresentação do caso: S.W.L., masculino, 45 anos, apresenta queixa de odinofagia, disfagia e corpo estranho faríngeo, foi feita videonasofibroscopia e visualizada tumoração na hipofaringe, fez internamento para punção e drenagem de material purulento e cultura, sem evidência de crescimento bacteriano. Feito tratamento por 10 dias com amoxicilina + ácido clavulânico, teve alta hospitalar com melhora do quadro. Retornou com recidiva após um mês, fez TC de pescoço com imagem sugestiva de abscesso retrofaringeo, submetido à drenagem mais amigdalectomia e ceftriaxona com clindamicina por 15 dias. Recebeu alta, após 20 dias retornou com coleção do abscesso, dessa vez fez tratamento com levofloxacino IV por 15 dias e drenagem, nova TC evidenciou corpo estranho cilíndrico e abscesso. Discutido caso com serviço de cabeça e pescoço, foi escolhido tratamento conservador com acompanhamento. Vinte dias após último tratamento não teve recidiva e apresenta bom estado geral.

Discussão: O abscesso retrofaringeo pode ser considerado uma emergência pela probabilidade de comprometimento da via aérea (Acevedo et al., 2009). Sato et al., 2005 referem que essa condição é uma infecção polimicrobiana. A TC é o exame padrão para o diagnóstico. Segundo Wang et al., 2003, o tratamento deve ser baseado na terapia antibiótica sistêmica e drenagem (punção, cirúrgica).

Comentários finais: Essa doença é rara em adultos, e considerada uma emergência. O manejo se baseia no antibiótico sistêmico e na

drenagem da coleção com melhora dos sintomas na grande maioria dos casos.

PRC-004 ADENOMA DE GLÂNDULA PARÓTIDA ACESSÓRIA ESQUERDA: RELATO DE UM CASO

Alda Linhares de Freitas Borges, Valéria Barcelos Daher, Claudiney Cândido Costa, Hugo Válter Lisboa Ramos, Marina Neves Rebouças, Pauliana Lamounier e Silva Duarte, Ricardo Toledo Piza

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: Glândulas parótidas acessórias são uma variação anatômica encontrada em 21% da população. Dentre os tumores benignos dessa glândula, o adenoma pleomórfico é o mais comum. A primeira linha de tratamento é a ressecção cirúrgica.

Apresentação do caso: Paciente, 19 anos, sexo feminino, com abaulamento na região da bochecha esquerda recorrente, próximo à abertura do ducto de Stenon. Apresentava ressonância magnética (RNM) que demonstrava tumoração no tecido correspondente à parótida acessória esquerda. Submetida à parotidectomia parcial à esquerda com incisão convencional, identificação e preservação do nervo facial.

Discussão: A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha para os tumores da glândula parótida acessória. Dentre as abordagens descritas, a incisão pré-auricular oferece exposição suficiente para a dissecação do nervo facial e excisão da glândula parótida acessória.

Comentários finais: A primeira linha de tratamento é a ressecção total. A abordagem pré-auricular com extensão cervical, como a usada no caso, é a convencionalmente usada pelos cirurgiões e apresenta bons resultados pós-operatórios.

PRC-005 ADENOMA PLEOMÓRFICO EM PALATO DURO: RELATO DE CASO

Suzanne Mallmann Varnier, Rubianne Ligório de Lima, Paulo Eduardo Przysięzni, Fernanda Pereira Pedroso, Gustavo Henrique Duran, Jean G. Coral Versari, Dharyemne Pucci de Araújo

Sociedade Hospitalar Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil

Introdução: O adenoma pleomórfico é o mais frequente dos tumores benignos das glândulas salivares e a parótida é a mais acometida. O local de maior prevalência é a região de palato duro, seguida do lábio superior, da língua e do assoalho de boca. Clinicamente, o tumor apresenta-se como lesões solitárias de margens bem delimitadas, sem sintomas e crescimento insidioso. O diagnóstico é feito pela história clínica, por exames de imagem e biópsia. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica completa do tumor.

Apresentação do caso: Paciente de 12 anos, sexo masculino, com queixa de lesão em boca havia três anos, sem aumento. Nega sintomas associados. Ao exame físico se vê uma massa endurecida em palato duro, bem delimitada, sem alteração de coloração. Foi feita a exérese do tumor em centro cirúrgico, sem intercorrências. O anatomopatológico evidenciou um adenoma pleomórfico com margens cirúrgicas coincidentes.

Discussão: No presente caso, o tumor se apresentou em um menino pré-adolescente, o que se diferencia da epidemiologia da literatura, que demonstra maior incidência no gênero feminino e na terceira década de vida. A literatura também informa que a neoplasia se apresenta como uma massa indolor, bem delimitada em palato, o que também acontece com o caso relatado. O tratamento feito também foi o preconizado e foi feita a ressecção cirúrgica.

Comentários finais: O adenoma pleomórfico é a neoplasia mais comum da glândula parótida, mais frequente no sexo feminino e

em pessoas de meia-idade. O diagnóstico é feito pela clínica e por exames de imagem e confirmado com exame histopatológico. O tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica completa do tumor.

PRC-006 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CISTO DERMOIDE

Thaís Gomes Abrahão Elias, Iury Lima Veloso,
Caroline Fernandes Rimoli, Thereza Lemos de Oliveira Queiroga,
Dândara Bernardo Siqueira, Renata Mizusaki Iyomasa,
José Vicente Tagliarini

*Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP),
Botucatu, SP, Brasil*

Introdução: Cisto dermoide é uma forma de teratoma cístico derivado principalmente do epitélio germinativo embrionário, mas que, em alguns casos, também contém estruturas de outras camadas germinativas. É uma alteração de desenvolvimento relativamente rara na região de cabeça e pescoço. Há ligeira predileção pelo gênero masculino e a maioria das lesões ocorre entre a segunda e a terceira décadas de vida. As lesões congênitas e as originárias em crianças são extremamente raras.

Relato de caso: Y.V.C.L., sexo feminino, cinco anos, mãe afirma que desde o nascimento a criança apresenta abaulamento em dorso nasal. Refere que houve aumento do abaulamento com o tempo e pioria com infecções de vias aéreas superiores. Ao exame, presença de abaulamento de consistência endurecida em dorso nasal recoberto por folículos pilosos. Ausência de hiperemia ou saída de secreção. Rinoscopia anterior sem alteração. Solicitada tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de ossos da face em que foi descartada encefalocele ou demais alterações. Feita então hipótese diagnóstica de cisto dermoide. Criança foi submetida a exérese de cisto em bloco, osteotomias para correção de alargamento da parede nasal e fechamento do teto nasal com cartilagem de concha de orelha esquerda.

Conclusão: Cistos dermoides são patologias incomuns, em especial as de grandes dimensões. Exames de imagem específicos são essenciais para o estabelecimento de um correto diagnóstico e de uma conduta cirúrgica adequada. No caso apresentado, observou-se acometimento em um local raro (dorso nasal) e em uma faixa etária em que não se espera ter essa patologia. Quanto ao tratamento, há consenso na literatura de que a enucleação cirúrgica representa a melhor forma de tratar o cisto dermoide, conduta tomada no presente caso.

PRC-007 CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO DE LARINGE: UM RELATO DE CASO

Nathália Anaissi Rocha Pessoa, Adriana Xavier Tavares,
Erideise Gurgel da Costa, Gustavo Pinto Ribeiro,
Lindalva Maria Pereira Lima de Faria, Marcela Maria Rabelo Pinto,
Paulo Bentes de Carvalho Neto

Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, Brasil

Introdução: O carcinoma adenoide cístico (CAC) é um tumor maligno que ocorre nas glândulas salivares maiores e menores. A localização na laringe é rara devido à pequena quantidade de glândulas salivares acessórias nessa região. Representa menos de 1% das lesões malignas da laringe, tem frequência discretamente superior no sexo feminino e pico de incidência entre a quinta e a sexta décadas de vida. O tumor, apesar de radiossensível, não é radiocurável. Os objetivos deste trabalho são descrever um caso de carcinoma adenoide cístico laríngeo e discutir seu tratamento.

Apresentação do caso: Paciente, 49 anos, sexo feminino, procura atendimento médico no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital Agamenon Magalhães por disфония progressiva havia quatro anos. Ex-tabagista. Feita videolaringoscopia: lesão nodular de aspecto cístico em região subglótica à esquerda, imóvel. Feita micro-

cirurgia de laringe com descrição de lesão volumosa subglótica em contato com prega vocal esquerda e foi observada lesão residual e enviado material para anatomopatológico. A biópsia apresentou CAC com margens cirúrgicas comprometidas. Optou-se por laringectomia parcial frontolateral. Nova biópsia: CAC infiltrando feixes musculares esqueléticos e margens livres, mas exíguas. Paciente submetida à radioterapia evoluiu sem queixas em acompanhamento ambulatorial.

Discussão: Na laringe, o CAC surge com maior frequência na região subglótica. Vários estudos demonstraram que a cirurgia é a melhor opção de tratamento, embora a decisão de ser ou não complementada com radioterapia se mantenha controversa, dada a pouca frequência de casos.

Comentários finais: O CAC laríngeo é raro; muitas vezes o diagnóstico é dado com a doença avançada. Um alto grau de suspeição é importante para o diagnóstico precoce. A causa de morte mais frequente, nesses doentes, é a disseminação a distância que poderá ocorrer mesmo decorridos 10 anos do tratamento.

PRC-008 CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO DE SEIOS PARANASAIS: RELATO DE CASO

Bruno Martins Fernandes Silva, Laiani Confalonieri Bertoldi,
Luana Ferreira Cruz, Gustavo Guimarães Rangel,
Murillo Mendes Aquino, Conrado Julian Natera Torres,
Nathália Prudêncio Silvano

*Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro,
RJ, Brasil*

Introdução: O carcinoma adenoide cístico de seios paranasais é uma neoplasia rara que corresponde a menos de 1% dos tumores de cabeça e pescoço. Desses, aproximadamente 20% ocorrem inicialmente em seio etmoidal. Por ser pouco sintomático, é comum o diagnóstico com a doença localmente avançada. Dessa forma, o tratamento torna-se um desafio.

Apresentação do caso: L.S., mulher, 56 anos, negra, com anomia e obstrução nasal havia um ano que evoluiu para abaulamento em dorso nasal havia seis meses. Referia epistaxe intermitente de pequeno volume. Tomografia prévia evidenciava tumor com infiltração em dorso nasal e em base de crânio. Foi submetida à cirurgia endoscópica associada à rinotomia lateral devido à invasão dos ossos próprios nasais. Biópsia pós-cirúrgica apresentava diagnóstico de carcinoma adenoide cístico e margens comprometidas em base de crânio. A paciente foi submetida à radioterapia adjuvante e mantém-se assintomática há oito meses.

Discussão: O carcinoma adenoide cístico de seios paranasais origina-se de glândulas salivares menores que se encontram na mucosa nasal. O diagnóstico tardio e a invasão neural precoce tornam o tratamento um desafio ao otorrinolaringologista. Estudos orientam que nessas situações o tratamento cirúrgico associado à radioterapia adjuvante é a opção com maior taxa de sobrevida e menores complicações. O resultado estético cirúrgico foi bastante satisfatório. A radioterapia levou a leve radiodermite com boa evolução e a pouco prejuízo na acuidade visual à esquerda.

Comentários finais: Em casos de doença localmente avançada, a opção cirúrgica associada à radioterapia pode representar melhor resultado estético e funcional com menores sequelas, seja por uma cirurgia mais econômica ou por uma radioterapia com intensidade modulada. Também pode representar maior taxa de sobrevida.

PRC-009 CARCINOMA DE CISTO TIREOGLOSSO EXCLUSIVO

Leonardo Antonio Dias Soares, Gustavo Guimarães Rangel,
Leonardo Guimarães Rangel, Igor Amorim Coutinho, Livia de
Vasconcellos Gonzaga, Laiani Confalonieri Bertoldi, Beatriz
Figueiredo Brandão

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O carcinoma do ducto tireoglossal é raro, ocorre em aproximadamente 1% dos cistos desse ducto e em 80% dos casos é do tipo papilífero. Sua etiologia e seu tratamento são controversos. **Apresentação do caso:** V.S.F., 49 anos, feminino, natural do Rio de Janeiro. Refere surgimento de nódulo em linha média no pescoço, móvel e indolor havia cinco anos. Foi encaminhada ao serviço de cabeça e pescoço do Hospital Universitário Pedro Ernesto, onde, após ultrassonografia cervical, se procedeu à cirurgia de Sistrunk para exérese de cisto tireoglossal. Ao analisar o exame histopatológico se firmou o diagnóstico de carcinoma papilífero de cisto tireoglossal. Foi indicado o procedimento de tireoidectomia total com esvaziamento para posterior radioiodoterapia dado o alto risco da paciente (idade > 40 anos, carcinoma tecido tireoideano ectópico). Após o procedimento cirúrgico foram observados na patologia linfonodos e tireoide livre de doença. Encontra-se no momento assintomática.

Discussão: A etiologia do carcinoma de cisto tireoglossal é algo discutível e se admite que pode ter origem de metástase de um carcinoma de tireoide oculto ou surgir da parede do cisto a partir de tecido tireoideano ectópico. Em geral, seu tratamento consiste em cirurgia de Sistrunk associada ou não a tireoidectomia total com esvaziamento cervical seguido de radioiodoterapia a depender do risco do paciente. No caso, a paciente era de alto risco. Foi feita tireoidectomia total com o esvaziamento cervical. Não foram evidenciados no histopatológico quaisquer sinais de doença na tireoide nem nos linfonodos. Portanto, foi firmado o diagnóstico de carcinoma de cisto tireoglossal exclusivo, algo raro se forem considerados o risco da paciente e a etiopatogenia da doença.

Comentários finais: Muito embora os achados histopatológicos de caso sejam algo bastante raro na prática clínica, a tireoidectomia total acabou por ser um procedimento terapêutico eficiente, pois permitiu a radioiodoterapia.

PRC-010 CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LARINGE EM UM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

Gustavo Pinto Ribeiro, Tamires Sales Alencar Ferreira, Lindalva Maria Pereira Lima de Faria, Vicente da Silva Monteiro, Raquel Barbosa Rodrigues, Marcela Maria Rabelo Pinto, Paulo Bentes de Carvalho Neto

Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, Brasil

Introdução: De acordo com o Inca (2014), no que se refere ao aparelho respiratório, o câncer de laringe é o segundo mais frequente. A incidência é maior em homens, acima dos 40 anos, fumantes e etilistas crônicos. O tipo histológico mais prevalente, em mais de 90% dos pacientes, é o carcinoma epidermoide (CEC). Esse tipo de tumor em jovens abaixo de 20 anos é incomum, cerca de 4%; sua incidência na laringe nessa faixa etária é estimada em 1% e há um predomínio no sexo masculino.

Apresentação do caso: G.M.S., 25 anos, com queixa de rouquidão associada a desconforto na garganta por oito meses. Não apresentava fator de risco associado ou comorbidades. Evoluiu com dispnéia e dores cervicais, foi internada em serviço de urgência terciária. Fez videolaringoscopia, que evidenciou tumoração em prega vocal esquerda e fixação de hemilaringe à esquerda. Foi feita traqueostomia de urgência, assim como biópsia da laringe. O anatomopatológico mostrou CEC de laringe. Optou-se pelo tratamento com radioterapia associada à quimioterapia como tentativa de preservação de fala.

Discussão: O CEC de laringe é raro em jovens, e aqueles casos registrados na idade pré-puberal geralmente são extensos e têm um prognóstico ruim. Até o momento, a etiologia desses CECs em jovens é controversa. O principal fator predisponente do câncer da laringe em jovens é o tratamento radioterápico na papilomatose juvenil. No caso descrito, a paciente não apresentava fator de risco associado, o que torna o caso mais relevante. A paciente está em

tratamento com sessões de rádio e quimioterapia com boa resposta ao tratamento proposto.

Comentários finais: Considera-se importante a apresentação deste caso dada a baixa incidência desse tipo de carcinoma em pacientes jovens sem fatores de risco associados e a terapêutica proposta é radioterapia associada à quimioterapia.

PRC-011 CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE LARINGE: RELATO DE CASO E ESTUDO DE SUA CLASSIFICAÇÃO ONCOLÓGICA

Marina Lourenço de Barros, Rodrigo de Andrade Pereira, Duílio Walter da Silveira, Aline Souza Costa Moreno, Karine Valéria Gonçalves de Oliveira, Ísis Eloah Machado

Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Os carcinomas neuroendócrinos de cabeça e pescoço são pouco frequentes. Apresentam-se como tumores primários ou, mais comumente, como metástases em linfonodos cervicais. Podem, em muitos casos, fazer parte dos tumores de origem desconhecida. Correspondem a um subtipo dos tumores neuroendócrinos, assim classificados por apresentarem um padrão característico de marcadores imuno-histoquímicos, índice mitótico e grânulos neurosecretores.

Apresentação do caso: Paciente de 65 anos, atendida pela Clínica de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço de um hospital de grande porte no município de Belo Horizonte (MG), diagnosticada em 2015 por estudo anatomopatológico de carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado. À laringoscopia indireta visualizava-se um grande granuloma em aritenóide direita, cujo aspecto se confirmava por uma fibronasolaringoscopia feita havia aproximadamente dois meses. A paciente foi então submetida à microcirurgia de laringe, com ressecção da lesão vegetante em prega ariepiglótica, por meio de laringoscopia de suspensão sob microscopia. O exame anatomopatológico revelou extensa infiltração por neoplasia constituída por células plasmocitoides atípicas e os marcadores imuno-histoquímicos foram positivos para vimentina, citoqueratina, cromogranina, Ki 67 e proteína S-100, o que permitiu classificá-lo como carcinoma neuroendócrino.

Discussão: Segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde, os carcinomas neuroendócrinos de células grandes mostram características histológicas, como arranjos organóides e trabeculares, rosetas e padrões em paliçada peribulbares, o que sugere a diferenciação neuroendócrina. A confirmação exige marcadores imuno-histoquímicos, como cromogranina, sinaptofisina e moléculas de adesão de células neurais. Um marcador positivo é suficiente se a coloração está bem definida. Relatamos um caso de carcinoma neuroendócrino de localização atípica e sua classificação oncológica para fins de aprofundar o estudo e alertar aos profissionais de saúde para essa possibilidade diagnóstica.

Comentários finais: Apesar de raros, muitos tumores neuroendócrinos têm sido relatados na laringe. Grande parte deles foi reportada como carcinóides, carcinóides atípicos, carcinóides malignos e carcinomas neuroendócrinos. Um diagnóstico preciso é crucial, porque o tratamento e o prognóstico são distintos de acordo com cada entidade. O prognóstico desses tumores depende de forma significativa do tipo histológico. Nos subtipos bem diferenciados a sobrevida aos cinco anos pode ser de 50%, cai pela metade nos moderadamente diferenciados e a escassos 5% nos indiferenciados.

PRC-012 CARCINOMA ODONTOGÊNICO DE CÉLULAS SOMBRA: UM RELATO DE CASO

Elio Bittar Barbosa, Mariana Dalbo Contrera Toro, Igor Moreira Hazboun, Harim Tavares dos Santos, Albina Altemani, Carlos Takahiro Chone

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: O carcinoma odontogênico de células-sombra (*ghost cells*) é um raro tumor epitelial odontogênico maligno, que pode ser tumor primário ou originado de recorrência de outros tumores odontogênicos do tipo células-sombra (*ghost cells*). Há aproximadamente 30 casos relatados na literatura.

Apresentação do caso: Paciente de 45 anos, do sexo feminino, que apresentou lesão em cavidade oral com secreção ativa por orifício após extração dentária, com seis meses de evolução. Inicialmente o anatomopatológico de biópsia feita em outro serviço era de carcinoma espinocelular. A tomografia demonstrava lesão característica em seio maxilar direito, com remodelamento ósseo e erosão de palato. Submetida à maxilectomia parcial, em anatomopatológico apresentou o resultado de carcinoma odontogênico de células-sombra (*ghost cells*) com margens positivas, necessitou ser reabordada posteriormente por meio de maxilectomia total com retalho temporal, apresentava-se no terceiro mês de seguimento livre de neoplasia.

Discussão: Os tumores odontogênicos de células-sombra (*ghost cells*) são muito raros. Dentre eles há o odontogênico cístico calcificante, o dentinogênico e o carcinoma odontogênico, variedade mais agressiva. Podem ser primários, mas normalmente derivam-se da degeneração maligna dos outros tumores odontogênicos. A idade de apresentação é variável, com uma média de 40 anos, predominância do sexo masculino, em asiáticos e com acometimento maxilar. O quadro clínico clássico é de edema doloroso, associado a parestesia e reabsorção de raiz ou deslocamento dentário. O tratamento é cirúrgico, com excisão com margens amplas; a radioterapia e a quimioterapia adjuvantes permanecem controversas.

Comentários finais: O carcinoma odontogênico de células-sombra (*ghost cells*) é um tumor odontogênico extremamente raro; sua apresentação clínica pode variar desde um tumor indolente até um agressivo e invasivo localmente. A excisão cirúrgica com margens amplas é considerada o tratamento de escolha, porém ainda não se sabe o papel da quimioterapia ou radioterapia, se adjuvante ou neoadjuvante, no tratamento do tumor.

PRC-014 CISTO BRANQUIAL NO ESPAÇO PARAFARÍNGEO - RELATO DE CASO

Thereza Lemos de Oliveira Queiroga, Caroline Fernandes Rimoli, Thaís Gomes Abrahão Elias, Iury Lima Veloso, José Vicente Tagliarini, Carlos Segundo Paiva Soares, Renata Mizusaki Iyomasa

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Cistos branquiais de segunda fenda são as massas cervicais mais comuns em adultos. Surgem a partir da segunda fissura branquial pelo crescimento assimétrico entre o 2º arco branquial e o 3º e 4º arcos, que são menos exuberantes e crescem mais vagarosamente. Sua localização preferencial é na parte mais alta da região jugulocarótidea, abaixo do ângulo da mandíbula e em frente dos grandes vasos. Raramente esses cistos estão localizados no espaço parafaríngeo.

Apresentação do caso: Paciente, 53 anos, havia três meses com roncos e episódios de apneia noturnos. Evoluiu com voz abafada e dificuldade na deglutição. Antecedente de uso de tireoidectomia total por tireoidite linfocítica e ex-tabagista. Ao exame visualizado assimetria de véu palatino à direita e abaulamento parafaríngeo rechaçando a linha média. Nos exames de imagem, a tomografia evidenciou massa cística regular ovalada em espaço parafaríngeo direito com dimensões de 4 x 2 x 3 cm e a ressonância magnética lesão cística bem delimitada por fina cápsula apresentando realce periférico. Não foi possível fazer punção aspirativa com agulha fina. Foi submetido à abordagem cirúrgica com acesso por man-

dibulotomia paramediana que permitiu acesso aos espaço retro e parafaríngeo, com ressecção completa do cisto. O resultado anatomopatológico foi de cisto branquial. Teve boa evolução pós-operatória e recuperação sem sequelas.

Discussão: Os cistos branquiais da 2ª fenda, apesar de congênicos, raramente apresentam manifestação clínica no nascimento, pois nesse momento não há líquido no seu interior para distendê-lo. A apresentação clínica desses cistos ocorre entre os 10 e 20 anos, em geral após um quadro infeccioso de vias aéreas superiores. O exame de imagem mais importante para diagnóstico é a tomografia, que mostra uma massa cística, de cápsula fina, com conteúdo líquido que realça levemente com contraste e pode apresentar septações. Geralmente, a lesão está circundada por linfonodos inflamatórios. O diagnóstico diferencial de massas parafaríngeas inclui schwannomas e tumores de glândulas salivares. O tratamento de fístulas e cistos branquiais é eminentemente cirúrgico. Deve ser feito após a remissão da resposta inflamatória.

Comentários finais: A ocorrência de cisto branquial no espaço parafaríngeo é bastante incomum. Reportamos o caso para alertar para seu diagnóstico, discutir patologias diferenciais e modalidades de terapia.

PRC-015 CISTO CONGÊNITO DE LARINGE COMO OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA SUPERIOR

Orlando Schuler de Lucena, Marcus Vinicius Furlan, Tamara Gambogi Araújo, Gisa Sampaio Viana de Carvalho, Camila Figueiredo Bruno, Fernanda Wiltgen Machado, Luciene Mayumi Sato

Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Cistos congênicos de laringe são uma rara causa de obstrução de vias aéreas. Podem ser subdivididos em tipo I - confinados à laringe; tipo II - com extensão além da laringe. Esse último subdivide-se em IIa - composto unicamente de endoderme; IIb - contém elementos endodérmicos e mesodérmicos na parede do cisto. A abordagem cirúrgica depende da classificação supracitada. O tipo I pode ser abordado por via endoscópica com segurança; já o tipo II tem indicação de excisão aberta para completa ressecção evitando recidiva.

Apresentação do caso: B.B.S.; masculino; 24 dias; idade gestacional: 41 semanas; parto cesárea, sem intercorrências na gestação; Apgar: 8/9; adequado para idade gestacional. Apresentou insuficiência respiratória ao nascimento, necessitou de via aérea definitiva. A ressonância magnética (RNM) evidenciou lesão cística expansiva, com componente endolaríngeo nos espaços paraglóticos, mais volumoso à esquerda e extensão extralaríngea, caracterizando cisto laríngeo congênito. Paciente submetido à ressecção cirúrgica, sem complicações pós-operatórias.

Discussão: Cistos de laringe congênicos originam-se de obstrução dos ductos saculares ou de atresia do sáculo, expandem-se por meio de áreas laríngeas estruturalmente enfraquecidas e podem ter acometimento extralaríngeo. O sistema de classificação é baseado nos exames de imagem, é essencial para determinação da lateralidade, localização e relação anatômicas do cisto, importantes para o planejamento cirúrgico. O presente estudo relata um caso de cisto tipo II. Foi feita abordagem cirúrgica cervical com boa evolução pós-operatória.

Comentários finais: Os cistos laríngeos congênicos tipo II são raros, cursam com estridor e alteração respiratória. O exame clínico, a tomografia computadorizada e a RNM são essenciais para o diagnóstico, a classificação e o planejamento cirúrgico. O sistema de classificação baseado na extensão e na histopatologia é importante para evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários e prevenir recorrências ou traqueostomias.

PRC-016 CISTO TIREOIDEANO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA CERVICAL CÍSTICA

Igor Amorim Coutinho, Beatriz Figueiredo Brandão, Leonardo Antonio Dias Soares, Leonardo Guimarães Rangel, Livia de Vasconcellos Gonzaga, Murilo Mendes Aquino, Nathália Prudêncio Silvano

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: As massas cervicais são sempre um desafio ao otorrinolaringologista, tanto pela diversidade de diagnósticos possíveis quanto pela complexidade na anatomia do pescoço. Para a correta avaliação de um tumor cervical, são importantes a caracterização da idade do paciente, o tempo de duração da massa, sua localização e a característica à palpação. As massas de origem embrionária são em sua maioria de característica cística, diferentemente das lesões inflamatórias, que são acompanhadas de sinais flogísticos, e das neoplasias, que tendem a ser firmes e aderidas a planos profundos.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 57 anos, foi atendido com quadro de massa cervical à esquerda com evolução de quatro anos. À palpação, massa de consistência cística, móvel e indolor. À tomografia computadorizada de pescoço apresentava-se como formação hipodensa irregular posterior ao músculo esternocleidomastóideo. Foi submetido à cirurgia e ressecada lesão de aspecto cístico posicionada lateralmente à glândula tireoide. No histopatológico, foi feito o diagnóstico de cisto tireoidiano. O paciente recebeu alta assintomático após três meses de pós-operatório.

Discussão: As massas cervicais podem ser classificadas de acordo com sua posição no pescoço em de linha média, laterais ou sem localização preferencial. No caso em questão, o diagnóstico pré-operatório foi focado nas massas cervicais que podem se apresentar laterais no pescoço. Considerando seu aspecto cístico evidenciado tanto pelo exame físico quanto pela tomografia, suspeitou-se de cisto branquial ou higroma cístico. Porém, o laudo histopatológico revelou a presença de tecido tireoidiano envolvido e fechou-se o diagnóstico como cisto de tireoide.

Comentários finais: O diagnóstico das massas cervicais é um desafio para os otorrinolaringologistas. É imprescindível um diagnóstico rápido e preciso, principalmente em adultos, para excluir malignidade mesmo em lesões císticas, como carcinomas epidermoides ou papilíferos de tireoide.

PRC-017 CORREÇÃO DE FÍSTULA FARINGOCUTÂNEA COM RETALHO DELTOPEITORAL

Francielle Tereza Moraes Gonçalves, Majoy Gonçalves Couto da Cunha, Homero Penha Ferraro, Carolina Cavalcante Dantas, Ludmilla Emilia Martins Costa, Daniel Cesar Silva Lins, André Luís Sartini

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O carcinoma de células escamosas é a neoplasia maligna mais frequente de cabeça e pescoço, e no Brasil o da cavidade bucal é o sexto em pacientes do sexo feminino. Os tumores mais avançados necessitam frequentemente de procedimentos cirúrgicos mais complexos. As complicações das cirurgias são inerentes ao processo do tratamento. Entre elas encontramos as fístulas oro e faringocutâneas, presentes em 10-48% dos casos cirúrgicos. Existem poucos trabalhos sobre tratamento cirúrgico de pacientes cuja reconstrução pós-operatória de ressecção por câncer em cabeça e pescoço falhou.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 68 anos, submetida previamente à rádio e quimioterapia devido a um carcinoma espinocelular de boca (T3N0M0) e posteriormente à hemimandibulectomia de resgate. Evoluiu com fístula faringocutânea

no primeiro mês de pós-operatório, que foi corrigida com retalho deltopeitoral. Paciente evoluiu sem deiscências de sutura, com fechamento completo da fístula.

Discussão: Encontramos uma forte relação para o desenvolvimento da fístula faringocutânea com tratamento radioterápico prévio, bem como estado clínico geral do paciente, idade e doenças crônicas. O tratamento conservador dessas fístulas pode retardar o início da alimentação via oral, com pioria das condições gerais do paciente, além do risco aumentado de infecção, atraso da cicatrização, exposição e ruptura de grandes vasos. Portanto, uma nova cirurgia reconstrutiva seria preferível e a opção de escolha dependeria da região e do tamanho do defeito. O retalho deltopeitoral tem sido frequentemente usado para reconstruções nas áreas de cabeça e pescoço, tem base medial e é desenhado sobre as regiões superiores do deltoide e peitoral maior.

Comentários finais: Neste caso demonstramos o uso do retalho deltopeitoral para a correção de fístula faringocutânea em paciente submetido tanto à radioterapia quanto à cirurgia prévia, com bom resultado em curto prazo.

PRC-018 EDEMA PULMONAR SIMÉTRICO POR PRESSÃO NEGATIVA PÓS-OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA SUPERIOR

André Saraiva, Claudine Sousa Pontes, Ana Caroline Guimarães Delfino, Thayana Pessoa dos Santos, Adda Sabrina da Silva Moura, Monica de Sá Pinheiro, Mariana Raposo de Alencar Monteiro

Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ), Manaus, AM, Brasil

Introdução: Edema pulmonar por pressão negativa pós-obstrução de via aérea é bem descrito, porém subdiagnosticado e os casos são pouco publicados.

Apresentação do caso e discussão: O objetivo deste relato é apresentar um caso de edema pulmonar por pressão negativa pós-obstrução de via aérea superior, cuja principal característica foi a velocidade de instalação. F.E.L., cinco anos, 30 kg, masculino, pardo, residente e procedente de Manaus (AM), ASA I, foi submetido à cirurgia de adenoamigdalectomia sob anestesia geral. O procedimento durou 45 minutos, sem qualquer intercorrência. Com a superficialização da anestesia o paciente não conseguiu ventilação espontânea, evoluiu com insuficiência respiratória aguda por edema agudo de pulmão seguida de hemorragia pulmonar e foi mantido em intubação endotraqueal, ventilação mecânica em parâmetros altos, sedoanalgesia e antibioticoterapia com o seguinte esquema: ampicacina, cefepime, meropenem e vancomicina. Uma radiografia de tórax mostrou infiltrado pulmonar difuso bilateralmente; a extubação foi tentada por três vezes sem sucesso, todas por inco ordenação da mecânica torácica. Apresentou pneumonia associada à ventilação mecânica com posterior mudança do esquema de antibioticoterapia. Foi programada broncoscopia com indicação de traqueostomia, mantida por 14 dias. Ficou em acompanhamento da equipe de pediatria, fonoaudiologia e fisioterapia respiratória. Houve melhora progressiva do edema pulmonar, recebeu alta em 56 dias. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial no serviço de otorrinolaringologia.

Comentários finais: O edema pulmonar por pressão negativa é uma entidade rara com alto grau de morbidade, pouco diagnosticada e exige da equipe médica conhecimento atualizado e tratamento adequado. A maioria dos casos é tratada com suporte ventilatório com PEEP ou CPAP, não necessita de qualquer outra terapia.

PRC-019 EMBOLIZAÇÃO E USO DE PROPRANOLOL NA ABORDAGEM DE HEMANGIOMA SUBGLÓTICO

Thais Gomes Abrahão Elias, Thereza Lemos de Oliveira Queiroga, Caroline Fernandes Rimoli, Iury Lima Veloso, Renato Colenci, Sergio Henrique Kiemle Trindade, José Vicente Tagliarini

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Hemangioma subglótico é uma das mais comuns neoplasias vasculares das vias aéreas na infância. Costuma se apresentar com estridor inspiratório ou bifásico, acentuado pela alimentação e por infecções de vias aéreas superiores. Durante sua fase proliferativa, usualmente antes dos 12 meses de idade, pode ter curso fatal.

Relato de caso: M.S.T., sexo masculino, um mês e 26 dias de vida, havia uma semana começara a ter choro rouco e estridor inspiratório. Foi levado ao pronto-socorro, em que foi feita inalação com adrenalina e teve melhora parcial do estridor. Negava cianose. Criança nascida de parto normal, de termo, sem intercorrências na gestação e no parto. Desde a terceira semana de vida apresentava roncos noturnos de pequena intensidade. Aleitamento materno exclusivo sem dificuldade. Feita laringoscopia direta, evidenciou-se abaulamento subglótico à esquerda de coloração avermelhada que obstruía aproximadamente 60% da luz traqueal. Criança foi extubada, mas na sala de recuperação anestésica evoluiu com desconforto respiratório e foi reintubada. Indicada corticoterapia por 48 horas. Houve falha na extubação e a criança foi submetida à traqueostomia sete dias após a laringoscopia. Feitas duas embolizações. Após isso já conseguia ficar com cânula ocluída durante o dia e noite. Estava em uso de propranolol 40 mg de 12 em 12 horas. Nasolarinoscopia feita posteriormente evidenciava laringe com mobilidade normal, sem lesões e com bom fluxo aéreo. Houve remissão do hemangioma laríngeo. Feitas obstrução e regressão progressiva da cânula traqueal até decanulação.

Conclusão: Nos lactentes, a presença de estridor traduz um amplo espectro de condições, algumas delas com potencial risco de vida. O tratamento cirúrgico do hemangioma subglótico consiste em traqueostomia, exérese da lesão, infusão local de corticoides ou interferon e terapia a laser. Recentemente, tem-se manuseio clínico com uso de propranolol e embolização. No paciente acima se usaram ambas as técnicas e, após cinco anos, a criança encontra-se assintomática sem uso de medicamentos.

PRC-020 ENTOMOFTOROMICOSE POR *BASIDILOBOLUS RANARUM* EM OROFARINGE E HIPOFARINGE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Felipe Cordeiro Gondim de Paiva, Raphael Oliveira Correia, Viviane Carvalho da Silva, Severino Ferreira Alexandre, Matheus Alves de Lima Mota, Silvine Praciano Bandeira, Terezinha do Menino Jesus Silva Leitão

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: *Basidiobolus ranarum* é um fungo saprofítico encontrado no solo e no trato gastrointestinal de anfíbios, peixes, répteis e morcegos. Entomofotoromicose ocorre comumente por implantação traumática do fungo no subcutâneo e trato gastrointestinal e raramente envolve orofaringe.

Apresentação do caso: Masculino, 18 anos, pedreiro, procurou infectologista havia três anos por tosse e lesão hiperemiada e esbranquiçada em orofaringe, sem melhora com antibioticoterapia, evoluiu com dispnéia noturna e voz hipernasal. Referia tabagismo (cigarro artesanal) e etilismo social havia quatro anos, negava outras drogas. À palpação cervical, presença de múltiplos pequenos linfonodos móveis. À orofaringoscopia, tonsilas palatinas grau 1 e tumoração de aproximadamente 3 cm esbranquiçada posterior ao pilar amigdaliano posterior direito. Presença de lesão semelhante à hiperplasia linfoide em rinofaringe à *nasofibrosocopia* e tumoração de superfície irregular em supraglote proveniente da hipofaringe à direita, progredindo medialmente para o bordo superior da prega ariepiglótica à laringoscopia. Biópsias da lesão em 2011 e 2102 revelaram infiltrado inflamatório misto, com eosinofilia e fenômenos de Splendore-Hoeppli em torno de hifas, consistentes com entomofotoromicose em orofaringe e hipofaringe e

hiperplasia linfoide reacional em rinofaringe. A coloração para BAAR e teste rápido para HIV foram negativos. Cultura para fungos, produto de nova biópsia, em 2013, isolou *Basidiobolus ranarum*. Iniciado itraconazol, associado posteriormente a iodeto de potássio. Paciente abandonou o seguimento por um ano, retornou em 2015 com pioria. Retornado tratamento clínico enquanto avaliava-se remoção cirúrgica.

Discussão: As possíveis fontes de infecção, nesse caso, seriam o cigarro caseiro ou o manuseio do solo. O tratamento clínico com antifúngicos, que pode associar o iodeto de potássio, pode ser longo e dificultar a adesão do paciente. Em determinadas situações, exérese cirúrgica pode ser indicada.

Comentários finais: Lesões atípicas em orofaringe e hipofaringe podem ter diagnósticos raros, como a basidiobolomicose.

PRC-021 FORMAÇÃO OSTEOFITÁRIA EM COLUNA CERVICAL DETERMINANDO ABAULAMENTO DE HIPOFARINGE

Ariadne Fonseca Carvalho Silva, Julia do Carmo Binotto, Rafael Toledo Enes Nogueira, Fernanda Rodrigues da Cunha, Jéssica Osipi, Martinho da Palma e Mello Neto, Geraldo Cesar Alves

Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: Osteófitos são projeções caracterizadas pelo crescimento ósseo anormal ao redor de uma articulação que indica um sinal de degeneração da coluna vertebral. Sua etiologia ainda é incerta, os fatores de risco são mais relacionados à obesidade, *diabetes mellitus*, hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH) e espondilite anquilosante.

Apresentação do caso: C.M., masculino, 56 anos, tabagista, sem outras comorbidades, compareceu ao ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de odinofagia e disfagia progressivas havia um ano. Feita fibronasolarinoscopia, que evidenciou abaulamento em região posterior de hipofaringe. Foi suspeitada neoplasia e solicitada TC cervical, que evidenciou formação osteofitária com calcificação do ligamento longitudinal anterior em c2-c3 que determinou abaulamento em região posterior da hipofaringe.

Discussão: Estudos analisados relatam que osteófitos são mais frequentes em idosos. Os de menor tamanho são mais comuns e seguem assintomáticos. Quanto maiores, mais sintomas clínicos o paciente apresentará. A protusão de osteófitos na parte anterior da coluna cervical pode causar compressão da hipofaringe, levar o paciente a sentir um nódulo na garganta e evoluir com quadro de disfagia. Os sintomas mais citados causados por osteófitos foram: disfagia, tosse, dispnéia, sensação de corpo estranho na faringe, apneia obstrutiva do sono e disfonía. Esses sintomas afetam a qualidade de vida do paciente, principalmente no que diz respeito à apneia obstrutiva do sono, cujas sequelas, segundo estudos, incluem diminuição da função cognitiva e excessiva morbimortalidade secundárias a doenças cardiovasculares, como hipertensão, doença arterial coronariana e acidente vascular encefálico.

Comentários finais: A maioria dos pacientes com osteófitos cervicais pode seguir com tratamento conservador. É necessária a excisão cirúrgica quando os sintomas são graves e progressivos. O paciente em questão foi encaminhado ao ambulatório de neurocirurgia para se avaliar a possibilidade de procedimento cirúrgico, mas optou-se por tratamento conservador a princípio.

PRC-022 GLOSSOPLASTIA REDUTORA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE BECKWITH WIEDMANN - RELATO DE UM CASO RARO

Gustavo Meyer de Moraes, Ana Livia de Barros Rocha, Henrique Ribeiro Mansur Barbosa, Greiciane Parreiras Lage, Leandro Farias Evangelista, Carolina da Fonseca Barbosa, Jéssica Couto Maia

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Macroglossia pode ser causada por hipertrofia muscular, malformações vasculares (linfangioma, hemangioma), amiloidose, mixedema, angioedema, macromegalia (síndrome de Down ou síndrome de Beckwith-Wiedemann [SBW]), pseudo-hipertrofia. SBW é uma doença genética rara caracterizada por sobre-crescimento, predisposição a tumores malignos embrionários e malformações congênitas. Ocorre esporadicamente (85%) ou por transmissão familiar (15%). Glossoplastia redutora tem indicações específicas e inúmeras técnicas descritas. A decisão clínica deve ser individualizada.

Apresentação do caso: Masculino, 4 anos, suspeita pré-natal e confirmação clínica neonatal de SBW. Apresentava onfalocele, macroglossia, rins aumentados de volume, CIA, desorganização dos giros cerebrais unilateral. História familiar negativa. Manifestava roncos, respiração oral, prognatismo, mordida aberta, alterações fonéticas, foi indicada a glossoplastia redutora, optou-se pela técnica em orifício de fechadura. Apresentou deiscência no décimo pós-operatório por infecção da ferida, tratado com cefepime e clindamicina e reabordagem. Evoluiu com resolução das complicações e bom resultado cirúrgico.

Discussão: SBW é caracterizada por macroglossia, defeitos da parede abdominal anterior (onfalocele, hérnia umbilical, diástase do reto), visceromegalias abdominais, gigantismo, hipertrofia do hemicorpo, anomalias renais e cardíacas, hipoglicemia neonatal. Indica-se glossoplastia redutora quando há má oclusão dentária anterior, prognatismo, distúrbios na articulação fonética, sialorreia, transtornos do sono, desordem intelectual, disfagia, déficit nutricional, problemas estéticos, repercussões psicológicas. Inúmeras técnicas são propostas: incisões periféricas com ressecção marginal, em V ou elípticas na linha média, redução de Edgerton, de Digman, de Mixter, de Kole, retalho mucomuscular de Kruchinsky, incisão em orifício de fechadura e incisão estrelada. Optou-se pela técnica do orifício de fechadura por reduzir comprimento e largura, permitir escolha do desenho, a depender de caso, e por preservar o feixe neurovascular.

Comentários finais: Aconselhamento genético, vigilância tumoral, rastreio para hipoglicemia neonatal e acompanhamento multidisciplinar são recomendados. No espectro grave, há alta mortalidade, mas pacientes que sobrevivem à infância têm bom prognóstico.

PRC-023 HEMANGIOMA PERIORBITAL TRATADO COM PROPRANOLOL: RELATO DE CASO

Stefano Tincani, Bruna Jordan Tincani, Alfio José Tincani, Priscila Costa Tincani

Fundação Centro Médico de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Introdução: O hemangioma é o tumor de partes moles mais frequente na infância. Geralmente há expansão inicial, com posterior estabilização e lenta involução. Sendo a maioria indolente, em aproximadamente 12% dos casos haverá complicações que vão requerer tratamento. O tratamento com propranolol, relatado inicialmente em 2008, se populariza mundialmente, já que apresenta melhores resultados.

Relato de caso: Paciente com 10 meses foi trazido em consulta com queixa de abaulamento periorbital direito. A lesão, notada logo após o nascimento da criança, teve crescimento progressivo: a pálpebra inferior tumefeita dificultava a abertura ocular, indicava tratamento. Ademais hígido, foi admitido em internação hospitalar em agosto de 2014. Eletrocardiograma de entrada normal, iniciamos 0,5 mg/kg/dia de propranolol de 8/8 horas, sob monitoração cardiopulmonar contínua. Colhida glicemia duas horas após administração. Permaneceu estável, portanto após duas tomadas aumentamos a dose para 1 mg/kg/dia e, após, 2 mg/kg/dia, sempre sob monitoração e controle glicêmico. Dose atingida sem intercorrências, continuou o tratamento am-

bulatorialmente. A regressão tumoral iniciou já durante a internação e notou-se clara involução do tumor durante os dois meses seguintes, o que possibilitou boa abertura ocular. Manteve abaulamento discreto. Mantivemos a medicação até junho de 2015 (10 meses de tratamento), quando foi iniciado o desmame gradual, no decorrer de dois meses. No início de agosto desse ano foi suspensa a droga e a lesão se manteve estável, sem novo crescimento.

Discussão e considerações finais: Até então o hemangioma se tratava com corticoterapia sistêmica e/ou infiltrações locais, ou mesmo quimioterápicos como vincristina e interferon-alfa, todos com resultados inconsistentes. O tratamento com propranolol revolucionou a condução desses casos, já que traz baixa morbidade e prognóstico consistentemente melhor do que os tratamentos preconizados anteriormente. Relatamos este caso dada a importância da divulgação dessa terapêutica: consolidada, porém ainda recente.

PRC-024 HIGROMA CÍSTICO: DESAFIOS TERAPÊUTICOS

Juliane Moreira Barbosa, Mariana Moreira de Deus, Marina Ferraz Gontijo Soares, Raissa Camelo Valletta, José Neto Ribeiro de Souza, Mikhael Romanholo El Cheikh, Melissa Ameloti Gomes Avelino

Hospital das Clínicas de Goiânia, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: Linfangiomas são malformações linfáticas congênitas raras, observadas ao nascimento em 60% dos casos. Cerca de 70% acometem região de cabeça e pescoço. Quanto ao tamanho dos cistos, são classificados como macrocísticos (higroma cístico), microcísticos (cavernosos e capilares) e intermediários. O tratamento varia desde cirurgia (mais frequentemente indicada) até escleroterapia. A bleomicina e o OK-432 são os esclerosantes com melhores resultados na literatura.

Apresentação do caso: R.N. de K.A.A.C., feminino, nasceu de parto cesárea, indicado pela presença de massa cervical fetal volumosa, cística, identificada por ultrassonografia gestacional. Evoluiu com desconforto respiratório e foi submetida à intubação orotraqueal. Fez-se tomografia computadorizada, que evidenciou volumosa formação expansiva com predomínio cístico (lojas com, em média, 10 cm de diâmetro), multi-compartimental, que se estendia desde a região periorbitária à direita até a região torácica anterossuperior e ao longo de toda a circunferência cervical e envolvia estruturas profundas, compatíveis com malformação venolinfática. Foi inicialmente submetida a múltiplas sessões de escleroterapia com bleomicina e, posteriormente, com injeções de OK-432, apresentou aumento refratário de volume lesional. Foi então submetida à cirurgia para ressecção da porção cervical da lesão, a qual também se mostrou ineficaz frente ao crescimento acelerado do higroma cístico. Aos 10 meses, a lactente foi a óbito.

Discussão: O higroma cístico ou linfangioma macrocístico é uma rara malformação congênita do sistema linfático, geralmente diagnosticada nos primeiros dois anos de vida. Os principais tratamentos descritos são a ressecção cirúrgica e a escleroterapia com bleomicina e com OK-432, todos com resultados satisfatórios para a maioria dos casos. Foi descrito um caso de higroma cístico com apresentação clínica e resposta terapêutica atípicas à maioria dos estudos encontrados na literatura.

Comentários finais: Apesar de ser um tumor benigno, o higroma cístico pode apresentar um comportamento infiltrativo agressivo e tornar-se um grande desafio para a equipe médica assistente.

PRC-025 HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA: RELATO DE CASO

Juliane Moreira Barbosa, José Neto Ribeiro de Souza, Mikhael Romanholo El Cheikh, Mariana Moreira de Deus, José Carlos de Oliveira, Marina Ferraz Gontijo Soares, Raissa Camelo Valletta

Hospital das Clínicas de Goiânia, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: No hiperparatireoidismo primário (HPP), uma ou mais das quatro glândulas paratireoides produzem excesso de paratormônio (PTH), sem que haja um estímulo conhecido. Dentre as causas de HPP, o adenoma único de paratireoide é a mais comum (75-85%). Doença típica do adulto, entre 40 e 60 anos, com predominância feminina, tem incidência que varia de 0,05 a 0,5% e prevalência de 1:1.000 habitantes. Porém, na faixa etária pediátrica é uma doença extremamente rara.

Apresentação do caso: R.S.C., 14 anos, feminino, estudante, com queixa principal de "deformidades ósseas" que se iniciaram aos cinco anos, principalmente em joelhos. À época a paciente estava sob os cuidados da mãe, que não considerou os achados importantes e não procurou atendimento médico. Havia aproximadamente dois anos, agora aos cuidados da madrastra, houve acentuação das deformidades, principalmente em joelhos, punhos e tornozelos, com limitação dos movimentos. Procurou, então, atendimento médico. Foi encaminhada a um hospital terciário e foram solicitados exames laboratoriais. Evidenciaram cálcio sérico e iônico aumentados, função renal normal e PTH > 1.000 pg/mL. Foram feitos raios X de punhos com rarefações em regiões metaepifisárias distais do rádio e da ulna, ultrassonografia de tireoide que mostrou nódulo sólido extratireoidiano junto ao polo inferior do lobo esquerdo bem circunscrito, hipoeoico, vascularizado, com 1,9 x 1,1 cm, e cintilografia com captação do contraste em topografia inferior do lobo esquerdo da tireoide. Chegou-se então ao diagnóstico de hiperparatireoidismo primário. A conduta tomada foi a ressecção cirúrgica da glândula paratireoide inferior esquerda, que estava aumentada em tamanho e tinha coloração vermelho-arroxeadada. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e teve seu PTH diminuído em 85% do valor inicial.

Discussão e comentários finais: O hiperparatireoidismo primário é uma doença que costuma acarretar grande morbidade aos pacientes acometidos, por isso a importância do diagnóstico e do tratamento precoces. Então, diante de um paciente que apresenta hipercalcemia, com função renal normal e níveis elevados de PTH, o diagnóstico de HPP se impõe independentemente da idade.

PRC-026 LINFANGIOMAS FARINGOLARÍNGEOS: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Felipe Cordeiro Gondim de Paiva, Yuri Neyson Ferreira Brito, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Viviane Carvalho da Silva, Erika Ferreira Gomes, Sebastião Diógenes Pinheiro, André Alencar Araripe Nunes

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Linfangiomas são considerados anomalias do sistema linfático. Cerca de 80% localizam-se no terço inferior do pescoço, junto ao triângulo posterior. Raros em adultos, sua origem embriológica é controversa. Os linfangiomas podem ser classificados histopatologicamente em simples, cavernosos ou higromas císticos.

Apresentação do caso: Feminina, 51 anos, com queixa principal de entalo. Referia, havia um ano, disfonia e disfagia inicialmente para sólidos que evoluiu para líquidos. Além disso, relatava globus faríngeo, roncos e respiração bucal noturnos e dispneia progressiva. Referia sintomas dispépticos de longa data. A laringoscopia evidenciou lesão vegetante em face posterior da úvula, pequeno cisto em face lingual da epiglote, volumoso cisto em ligamento ariepiglótico esquerdo que pressionava a epiglote e impedia a visualização glótica. Foi feita traqueostomia devido à impossibilidade de intubação orotraqueal e ao risco de obstrução respiratória por edema no pós-operatório, além de biópsia excisional de lesões de supraglote e valécula bilateral. O histopatológico foi compatível com linfangioma.

Discussão: Os linfangiomas, apesar de geralmente diagnosticados na infância pela deformidade estética, ocasionalmente podem apresentar-se sem deformidade, atingir o compartimento visceral e comprimir tardiamente a via aerodigestiva. Nessa situação, o diagnóstico pode ser apenas na vida adulta; pelo resultado histopatológico, o exame físico é pouco esclarecedor. Opções de tratamento incluem desde a observação das lesões à escleroterapia e cirurgia.

Comentários finais: Lesões císticas ou nodulares em faringe e laringe podem ser originárias de malformações primárias do sistema linfático, como os linfangiomas. Apesar de benignos e geralmente diagnosticados na infância, podem ocasionar dispneia e disfagia apenas na vida adulta e fazem-se necessárias, por vezes, traqueostomia e exérese cirúrgica, mesmo com possibilidade de recorrência das lesões.

PRC-027 LINFOEPITELIOMA: RELATO DE DOIS CASOS

Carolina Cavalcante Dantas, Natalya de Andrade Bezerra, Lucas Osanan Andrade Souza, Fernanda Alves Guimarães, Majoy Gonçalves Couto da Cunha, Francielle Tereza Moraes Gonçalves, José Speck Filho

Hospital do Servidor Público Estadual, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Neoplasia maligna de nasofaringe corresponde a 2% dos cânceres de cabeça e pescoço e a 0,25% de todos os tumores, é rara em todo o mundo, com exceção da China e da região asiática. Os tumores epiteliais representam 75% a 85% dos tumores malignos de cabeça e pescoço. O linfóepitelioma encontra-se classificado como carcinoma indiferenciado (Tipo III), que é a categoria mais comum dentre os carcinomas de nasofaringe (60% dos casos). Apresentam perfil sorológico positivo para EBV.

Apresentação do caso: D.F.S.P., masculino, 13 anos, com queixa de obstrução nasal crônica. Avaliado por meio de nasofibroscopia, identificou-se massa em rinofaringe que obliterava a coana. Em tomografia computadorizada de pescoço evidenciou-se lesão expansiva em rinofaringe que obliterava ambas as fossetas de Rosemüller. Submetido à biópsia da lesão, que diagnosticou linfóepitelioma. Evoluiu sem evidência de lesões, após tratamento com quimioterapia e radioterapia. P.G., masculino, 63 anos, tabagista, com paralisia facial esquerda de longa data, além de ptose palpebral esquerda, miose esquerda e anidrose esquerda que compõem a síndrome de Claude-Bernard-Horner. Em nasofibroscopia evidenciou-se massa em rinofaringe que ocluía a tuba auditiva esquerda e a fosseta de Rosemüller à esquerda. Em tomografia de pescoço evidenciou-se lesão expansiva/infiltrativa em rinofaringe à esquerda, atingia espaço cervical profundo e espaço mastigatório esquerdo, estendia-se para a base do crânio. Submetido à biópsia da lesão, que evidenciou linfóepitelioma. Fez quimioterapia e radioterapia sem resposta satisfatória. Segue em acompanhamento paliativo.

Discussão: Linfóepitelioma é um tipo histológico de carcinoma epidermoide raro que pouco acomete a região de cabeça e pescoço e, quando o faz, a rinofaringe é o sítio mais frequente. Incide em qualquer faixa etária. Relatamos o caso de dois pacientes, de faixas etárias distintas e em estádios clínicos distintos, que tiveram evoluções diferentes.

Comentários finais: Linfóepitelioma é um diagnóstico diferencial para tumores de rinofaringe e merece ser mais bem estudado pela possibilidade de sucesso terapêutico em casos de diagnóstico precoce.

PRC-028 LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO EM RINOFARINGE

Aryane Marcondes Rezende, Luciano Gonçalves Nina, Welber Chaves Mororó, Agnes Yumi Inoue, Natália de Aguiar Brasileiro, Roseana Netto Pereira, Letícia Castruchi Kamei

Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, SP, Brasil

Introdução: Dentre os linfomas não Hodgkin (LNH) do anel de Waldeyer, a nasofaringe é o segundo sítio mais comum, depois das tonsilas. O linfoma de células do manto (LCM) é um subtipo de LNH de células B maduras e corresponde a 5-10% de todos os linfomas. Tem caráter agressivo, com pequena chance de cura, apresenta 25% de sobrevida média em cinco anos. Os pacientes são, comumente, do sexo masculino, com média de 60 anos, e apresentam sintomas B.

Apresentação do caso: A.D.M., 71 anos, masculino, com história de hipoacusia súbita bilateral havia oito meses com posterior obstrução nasal bilateral persistente. Ao exame, membranas timpânicas com aumento de vascularização e líquido retrotimpânico. Audiometria evidenciou perda auditiva neurossensorial leve à esquerda e mista com gap aero-ósseo à direita, imitanciométrica com curva B bilateralmente. Nasofibroscopia mostrou lesão em *cavum* com obstrução total de rinofaringe. Na tomografia computadorizada verificou-se espessamento tissular em rinofaringe com extensão para cavidade nasal e região posterior da faringe com foco de calcificação e áreas gasosas. Feita biópsia com resultado de infiltração difusa por células de linhagem linfóide e imuno-histoquímica sugestiva de LCM. No momento aguarda tratamento quimioterápico.

Discussão: O LCM é um LNH que apresenta quadro clínico caracterizado por sintomas B, linfadenopatia generalizada, hepatoesplenomegalia, acometimento de medula óssea e leucemização. O anel de Waldeyer e o trato gastrointestinal também podem ser acometidos. Ao diagnóstico geralmente se apresenta em estágios avançados. O diagnóstico definitivo é obtido por biópsia com análise histopatológica imuno-histoquímica.

Comentários finais: O diagnóstico clínico do câncer de nasofaringe é difícil e frequentemente tardio. O LCM é raro, porém tem caráter agressivo de evolução e requer tratamento precoce.

PRC-029 LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B DE AMÍGDALA

Verônica Dalmas Padilha, Luiza Bordignon Felix, Vinicius Ribas Fonseca, Antônio Celso Nassif, Gilberto da Fontoura Bergonse, Gustavo Murta, Trissia Vassoler Farah

Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Os linfomas são divididos em Hodgkin (LH) e não Hodgkin (LNH), a depender da presença ou ausência de células de Reed-Stemberg. Em geral, os LNH têm pior prognóstico, pois muitas vezes o diagnóstico ocorre com doença avançada. Cerca de 2,5% desses linfomas apresentam localização oral e perioral, a maioria no anel de Waldeyer. Desses, 80% se localizam na tonsila palatina. Existem mais de 50 tipos de LNH, o mais comum é o linfoma difuso de grandes células B (LNHDGCB).

Apresentação do caso: L.R.L., sexo feminino, 28 anos, branca. Deu entrada no serviço de emergência de otorrinolaringologia com queixa de dor em orofaringe havia 30 dias. Já havia sido feita drenagem de abscesso periamigdaliano com saída de grande quantidade de secreção purulenta 15 dias antes. Ao exame apresentava abaulamento em região submandibular direita de aproximadamente 4 x 4 cm, com hiperemia e calor local. Na oroscopia apresentava hipertrofia assimétrica de amígdala direita, que estava endurecida à palpação, e não havia ponto de flutuação. Tomografia computadorizada do pescoço evidenciava linfonodo aumentado com 40 mm de diâmetro em região jugular superior à direita, além de aumento de pequenos linfonodos cervicais de menor tamanho. Dois dias após, foi submetida à amigdalectomia e PAAF do linfonodo, com envio para anatomopatológico. O exame revelou processo linfoproliferativo atípico, compatível com linfoma de alto grau de amígdala direita. A paciente foi encaminhada a serviço de oncologia.

Discussão: Os LNH em cabeça e pescoço são preferencialmente localizados em tonsilas palatinas e o tipo histológico LNHDGCB é o mais encontrado. O caso apresentado é de um LNHDGCB em tonsila

palatina, que se assemelha com a literatura, porém a diferença está em ter sido encontrado em uma mulher jovem, diferentemente da literatura, que relata homens de meia-idade. As lesões orais do LNH podem simular processos inflamatórios, o que deve ser levado em consideração no diagnóstico, se forem percebidas alterações sugestivas de malignidade, como velocidade de crescimento, idade de aparecimento e presença de assimetrias tonsilares.

Comentários finais: Para identificação de linfoma tonsilar é importante um minucioso exame da cavidade oral e do pescoço, com atenção às queixas do paciente e análise da evolução do quadro. Apesar da sabida agressividade dos LNHDGCB, a confirmação precoce do quadro e a instituição rápida do tratamento correto proporcionam elevadas taxas de sobrevida.

PRC-030 LINFOMA EM OROFARINGE EM PACIENTE HIV - RELATO DE CASO

Juliane Moreira Barbosa, Marina Ferraz Gontijo Soares, Mariana Moreira de Deus, Raíssa Camelo Valletta, José Neto Ribeiro de Souza, Mikhael Romanholo El Cheikh

Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: Linfomas são neoplasias que residem predominantemente em tecidos linfóides. São morfológicamente divididos em linfomas de Hodgkin e não Hodgkin. O linfoma não Hodgkin é a quarta neoplasia mais incidente, responsável por 4% de todas as malignidades. Muitos tipos de linfomas são mais frequentes em pacientes HIV positivos, inclusive o linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B (100 vezes mais comum). Linfoma plasmablastico é uma entidade rara, é considerado um tipo de linfoma de células B grandes difusas, que ocorre predominantemente na cavidade oral de pacientes infectados com HIV.

Apresentação do caso: Paciente feminina, 28 anos, com quadro de lesão em palato mole, que se apresentava como abaulamento local e aumento progressivo havia dois meses. Paciente apresentava como comorbidades a infecção pelo vírus HIV diagnosticada havia dois anos e nunca havia feito tratamento. Pelos exames apresentava CD4: 38 e carga viral: > 500.000. Fez-se biópsia da lesão em palato em abril de 2015 com resultado sugestivo de linfoma plasmablastico. A paciente, dias após a primeira biópsia, continuou com aumento progressivo da massa. Foi necessário fazer uma traqueostomia pela obstrução de via aérea superior. A paciente iniciou tratamento com antirretrovirais e quimioterapia para o linfoma, evoluiu para diminuição importante da lesão em palato e retirada da traqueostomia em poucas semanas.

Discussão: Linfoma plasmablastico é um subtipo de linfoma não Hodgkin que se apresenta mais frequentemente em pacientes imunocomprometidos. Tipicamente se apresenta em adultos jovens e é mais frequente em homens. O diagnóstico é feito geralmente em um paciente HIV positivo com linfadenopatia generalizada e lesões orais que aumentam rapidamente no tamanho, associado a sintomas constitucionais. O prognóstico para pacientes com Aids e LPB é descrito como ruim, com poucos sobreviventes em longo prazo. No entanto, a introdução da terapia antirretroviral melhorou o prognóstico dos pacientes com HIV na última década.

Comentários finais: É importante suspeitar de lesões malignas em pacientes HIV com lesões de crescimento rápido.

PRC-031 LINFOMA ESPLÊNICO EM RINOFARINGE - UM CASO RARO

Martina Iavarone, Thamyris Rosati Servilha, Ivan Taylor Ribeiro, Ney Penteado de Castro Neto, Ney Penteado de Castro Junior, Fernando Saito Katsutani

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Linfoma de zona marginal é um tipo raro de linfoma não Hodgkin, de curso indolente e de potencial recidiva. Subdivide-se em tipos MALT, nodal e esplênico. O subtipo MALT é o mais prevalente, compreende 5% dos linfomas. O subtipo nodal sistêmico compreende menos de 2% dos casos. Já o esplênico engloba 2% dos casos. Sua incidência é maior após os 50 anos e não há preferência de sexo. Os sítios mais acometidos são baço e linfonodos periesplênicos. A totalidade dos casos tem comprometimento de medula óssea.

Apresentação do caso: Paciente internado no serviço de otorrinolaringologia por quadro de otite externa maligna. Durante internação, foi diagnosticada *diabetes mellitus* e vista tumoração vegetante e friável de coloração rósea em rinofaringe à nasofibrosopia e à tomografia computadorizada de corte coronal. Feita biópsia do tumor e enviada para estudo anatomopatológico e estudo imuno-histoquímico, que evidenciaram tratar-se de linfoma esplênico da zona marginal em topografia de rinofaringe.

Discussão: Descrito caso de paciente com tumoração em rinofaringe com sintomas que simulavam otite externa de difícil tratamento, com diagnóstico final de linfoma de zona marginal do tipo esplênico. Optamos pelo relato deste caso clínico devido ao sítio de acometimento atípico (rinofaringe).

Comentários finais: Trata-se de extrema importância o conhecimento dos otorrinolaringologistas de que tumores de rinofaringe, principalmente os de crescimento insidioso, apresentam-se pouco sintomáticos e, muitas vezes, só com sintomatologia otológica. Portanto, deve-se sempre investigar a rinofaringe diante de quadros otológicos de difícil tratamento em pacientes adultos.

PRC-032 LINFOMA PRIMÁRIO DE LARINGE - RELATO DE CASO

Thais Gomes Abrahão Elias, Caroline Fernandes Rimoli, Thereza Lemos de Oliveira Queiroga, Iury Lima Veloso, Dândara Bernardo Siqueira, Renato Colenci, José Vicente Tagliarini

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Linfoma difuso de grandes células B é um subtipo de linfoma não Hodgkin de alto grau, caracterizado por rápida progressão e boa resposta ao tratamento. É o tipo de linfoma mais comum em adultos e responsável por 30-40% dos casos. As manifestações clínicas são variadas, dependem do sítio primário e podem se apresentar desde linfonodomegalias até emergências oncológicas.

Relato de caso: M.Z.N.S., 65 anos, sexo feminino, branca, com queixa de desconforto respiratório importante associado a estridor havia um dia. Afirmou que o quadro começara havia cinco meses associado a rouquidão e emagrecimento de 12 kg. Negou febre, inapetência e tabagismo. Paciente com hipotireoidismo em uso de levotiroxina. Videolaringoscopia evidenciou pregas vocais móveis e simétricas e lesão obstrutiva em subglote que não permitiu progressão do aparelho. Evoluiu com insuficiência respiratória aguda e foi submetida à traqueostomia de urgência. Foi feita laringoscopia direta e visualizada lesão infiltrante, vegetante, que envolvia a subglote e se estendia para a traqueia, com obstrução de 90% da luz da laringe. Feita biópsia da lesão e o exame anatomopatológico evidenciou linfoma difuso de grandes células B (ki67=80%) primário de laringe. Tomografia do pescoço mostrava lesão infiltrativa com localização subglótica com extensão para o primeiro anel traqueal e espaço visceral do pescoço. Lesão envolvia também tireoide, esôfago, músculos pré-vertebrais e mediastino superior. No estadiamento observou-se que não existia acometimento da medula óssea. Trata-se de um caso de linfoma primário da laringe e o relatamos por ser uma apresentação não usual. O otorrinolaringologista deve estar atento à possibilidade desse diagnóstico na investigação de um paciente com neoplasia primária da laringe.

Conclusão: Linfoma difuso de grandes células B, quando diagnosticado precocemente, têm boa resposta ao tratamento quimioterápico com esquema R-CHOP (rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona) e radioterapia. Não foi observado no presente caso um comportamento clínico diferente do usual.

PRC-033 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO - DIAGNÓSTICO OTORRINOLARINGOLÓGICO

Greiciane Parreiras Lage, Ana Livia Barros Rocha, Henrique Ribeiro Barbosa Mansur, Jéssica Maia Couto, Carolina da Fonseca Barbosa, Helena Maria Gonçalves Becker

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A hipertrofia do tecido linfóide pode resultar do desenvolvimento normal da imunidade ou de patologias infecciosas, neoplásicas ou inflamatórias. Quando a hipertrofia do anel de Waldeyer acomete adultos ou idosos, principalmente se assimétrica ou associada a linfonodomegalia, requer investigação criteriosa.

Apresentação do caso: Mulher, 26 anos, previamente hígida foi encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais para adenoidectomia. Relatava obstrução nasal e voz anasalada iniciadas havia três meses e associadas a nódulos cervicais de crescimento progressivo; queixava-se ainda de adinamia, hiporexia sem perda de peso e alopecia, apresentava história familiar positiva para lúpus eritematoso sistêmico (LES). Ao exame, apresentava vários linfonodos palpáveis em cadeias cervicais, um de cerca de 5 cm de diâmetro em cadeia anterior e um de cerca de 6 cm em cadeia posterior, móveis, fibroelásticos e sem sinais flogísticos, além de alopecia e edema periorbitário. A fibronasolaringoscopia apresentou tecido adenoideano simétrico que ocupava 90% do *cavum*. Foram feitas tomografias cervical e de base de crânio, que evidenciaram apenas tecido em topografia adenoideada hipertrofiado e linfonodomegalia cervical intensa superficial e profunda. As sorologias foram negativas e os exames hematológicos e imunológicos e de bioquímica fecharam o diagnóstico de LES associado à nefrite lúpica, biópsia inespecífica. A paciente foi encaminhada ao reumatologista e ao nefrologista e permaneceu em avaliação pela otorrinolaringologia. Após o início da corticoterapia, apresentou redução gradativa da proliferação linfóide e dos sintomas constitucionais.

Discussão: A linfonodopatia lúpica pode estar presente em 15% dos casos, é mais frequente em mulheres jovens com sintomas sistêmicos. Geralmente se manifesta por linfonodomegalia generalizada semelhante a uma mononucleose, raros casos apresentam linfonodomegalia severa. A biópsia majoritariamente é inespecífica, mas pode apresentar corpúsculos hematoxínicos típicos da doença. Apresenta resposta rápida e completa ao tratamento padrão para LES.

Comentários finais: O otorrinolaringologista pode ser o primeiro médico a observar quadros de proliferação do tecido linfóide. O diagnóstico diferencial requer suspeição e raciocínio clínicos para evitar cirurgias desnecessárias e facilitar diagnóstico e o tratamento precoces.

PRC-034 MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CERVICAL

Gibraim Jankovski, Júlio César Beber, Wagner Ferreira de Abreu, James Drum, Ralfh Wolff, Gianna Zanella Tronco, Adriana de Carli

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Vacaria, RS, Brasil

Introdução: Este relato tem como objetivo demonstrar um caso de malformação arteriovenosa cervical atendido no serviço de otorrinolaringologia e o correlacionar com a literatura científica. A malformação arteriovenosa é de ocorrência esporádica e tem

seu principal local de acometimento extracraniano em estruturas localizadas na região de cabeça e pescoço.

Apresentação do caso: Paciente feminino, 52 anos, procurou o serviço com queixa de edema em região cervical esquerda e varizes faciais, com crescimento intermitente desde os três anos de idade, associados a ortopneia e disfagia progressiva. Ao exame, observou-se edema em região pré-auricular, mandibular e cervical esquerda, com varizes concomitantes. Oroscofia: edema e varizes em toda a extensão da língua e do palato. Angiorressonância: malformação arteriovenosa com extensão para região cervical, hemiface esquerda, com efeito de massa e obstrução da hipofaringe e rinofaringe.

Discussão: Malformações vasculares surgem no desenvolvimento fetal e são decorrentes da não regressão dos canais arteriovenosos, responsáveis pela formação do plexo retiforme primitivo, os quais originam a rede capilar, onde ocorre a nutrição tecidual. A predileção pela região cefálica seria devido à grande representatividade dessa área durante a fase do desenvolvimento embriológico. A apresentação clássica ocorre nos primeiros anos de vida. As lesões são classificadas de acordo com sua progressão e severidade conforme estadiamento clínico de Schobinger (I-IV). A progressão da doença está relacionada a vários fatores, dentre eles adolescência, gravidez, trauma e embolização arterial parcial. US-doppler é útil como exame inicial ao avaliar o fluxo sanguíneo envolvido na lesão. Angiorressonância e angio-TC são exames não invasivos que avaliam a extensão da lesão, assim como a angiografia, útil ao guiar o profissional intervencionista quando se opta pela embolização como tratamento.

Comentários finais: Procuramos destacar uma apresentação rara de malformação vascular, com deformidade e assimetria facial. Exige-se intervenção terapêutica devido à exacerbação do processo lesional.

PRC-035 MELANOMA DE SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO

Erica Cristina Campos e Santos, Karolline Estrela Campodonio, Maria Laiza Fernandes Neves Abreu, Lucas Soares Passos Guimarães, Matheus Freitas Leite, Tércio Guimarães Reis, Washington Luiz de Cerqueira Almeida

Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: Neoplasias malignas nasossinusais são responsáveis por 1% dos tumores malignos e 3 a 5% daqueles localizados na região de cabeça e pescoço. Os melanomas desenvolvem-se a partir de melanócitos; sua apresentação na mucosa nasossinusal é extremamente rara, com uma incidência de 0,3 a 2%. Casos têm sido reportados em pacientes de 20 a 90 anos. Existe uma discreta predominância no sexo masculino (1,3:1), porém sem diferença estatisticamente significativa. No momento do diagnóstico cerca de 10 a 30% dos pacientes já apresentam comprometimento linfonodal. Os sítios metastáticos mais comuns são pulmão, ossos, fígado, cérebro e pele; seu rastreamento, portanto, é fundamental para o estadiamento. Quanto do acometimento nasossinusal, seus sintomas mais frequentes são obstrução nasal e epistaxe. O objetivo do presente trabalho é relatar uma neoplasia maligna nasossinusal de incidência rara.

Relato de caso: G.G.S., 72 anos, masculino, aposentado, apresentou-se no ambulatório de otorrinolaringologia e referiu episódios de epistaxe havia dois dias, sem episódios anteriores semelhantes. Negou hipertensão, demais comorbidades e vícios. Ao exame locorregional apresentava hipertrofia de cornetos inferiores e palidez de mucosa nasal. Endoscopia nasal evidenciou hipertrofia do processo unciforme e sangramento ativo da artéria esfenopalatina direita. Feitas cauterização cirúrgica e uncifectomia, com achado de conteúdo grumoso e achocolatado em seio maxilar direito, material enviado para biópsia. Resultado anatomopatológico e, posteriormente, imuno-histoquímico, com resultado compatível com melanoma. Foi então feito estadiamento por meio de tomo-

grafia computadorizada de crânio, tórax, abdome e ressonância com ênfase em órbita. Como diagnóstico final, o paciente em questão apresenta melanoma de mucosa do seio maxilar direito, com extensão para órbita ipsilateral e metástases hepáticas. Seu estadiamento foi T3N0M1(AJCC/UICC, 2010), estágio clínico IVC. O paciente foi então encaminhado ao serviço de oncologia clínica.

Conclusão: Melanomas nasossinusais são raros e com prognóstico reservado.

PRC-036 MENINGIOMA ESFENO-ORBITAL: RESSECÇÃO CRANIOFACIAL COM PRESERVAÇÃO DA ÓRBITA

Débora de Almeida Silva, Márcio Ribeiro Studart da Fonseca, Edilson Rozendo de Sousa Neto, Liandra Rayanne de Sousa Barbosa, Larissa Gladys Viana Santos, Eduardo Silveira Dantas, Paulo Oliveira Barros Júnior

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Meningiomas que envolvem a asa do esfenóide e a órbita são, em maioria, lesões benignas responsáveis por 14-18% de todos os meningiomas intracranianos. A abordagem craniofacial oferece boa exposição da lesão e do osso acometido, permite ressecção em bloco com margens de segurança adequadas. A ressecção é o tratamento de escolha, mas não é rara a impossibilidade da total remoção da lesão, sobretudo quando há acometimento do seio cavernoso e das estruturas neurovasculares. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente com extenso meningioma, submetida à ressecção com preservação do conteúdo orbitário, e descrever a técnica cirúrgica e reconstrutiva usada.

Método: Paciente, 62 anos, apresentava história de proptose da órbita à esquerda havia três anos. Ao exame, foram observadas proptose ocular moderada à esquerda sem perda de acuidade visual, redução da campimetria, alterações na movimentação ocular, diplopia e dor ocular. A TC mostrou uma lesão com captação importante de contraste, heterogênea, irregular, com 4 x 5,2 cm, que acometia difusamente a asa do esfenóide, a região superolateral e posterior da órbita, com deslocamento anterior e medial do conteúdo orbitário e extensão para a fossa temporal à esquerda. A paciente submeteu-se à cirurgia craniofacial, feita craniectomia temporal com margem e abordagem da fossa temporal, ressecção de toda a parede lateral da órbita e preservação de suas estruturas. A dura-máter ressecada foi reconstruída com enxerto de fásia temporal. Usaram-se tela de titânio e retalho de m. temporal na reconstrução. A paciente evoluiu bem, sem intercorrências. Tomografia pós-operatória sem evidência de doença há 12 meses.

Resultados e conclusões: Tumores outrora considerados irressecáveis agora são ressecáveis por abordagens craniofaciais que envolvam uma equipe multidisciplinar de neurocirurgiões e cirurgiões de cabeça e pescoço e ofereçam satisfatórios controle da doença e qualidade de vida para os pacientes.

PRC-037 MIOEPITELIOMA DE GLÂNDULA SALIVAR: RELATO DE CASO

Danilo Rodrigues Cavalcante Leite, Ana Paula Giusti de Campos, Bruna Coelho Ellery, Carlos Henrique Tolomei, José Eduardo Antunes Pinheiro, Mariana Figueiredo Guedes d' Amorim, Luis Sergio Raposo

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: Mioepitelioma de glândula salivar é uma neoplasia de frequência rara e natureza mioepitelial, composta de células fusiformes, epitelioides, plasmocitoides e claras. Este relato faz-se importante por causa da baixa frequência do mioepitelioma e das limitadas informações sobre seu comportamento biológico.

Apresentação do caso: Mulher, 57 anos, admitida em serviço por abaulamento progressivo e indolor em topografia de parótida esquerda havia cinco meses. Exame físico evidenciava nódulo em topografia de ângulo de mandíbula à esquerda, fibroelástico, móvel, não aderido a planos profundos, de 1,5 x 1,5 cm. Ultrassonografia cervical evidenciou nódulo hipoecoico, circunscrito, sem septações, sem fluxo ao doppler, de 1,3 x 0,6 x 1,1 cm, localizado na parótida esquerda. A punção aspirativa foi inconclusiva. As possibilidades diagnósticas foram adenoma pleomórfico ou monomórfico. Paciente submetida à parotidectomia superficial à esquerda com preservação do nervo facial. Diagnóstico histopatológico obtido foi mioepitelioma variante reticular. Imuno-histoquímica evidenciou: a) s100, ae1/ae3: positivo b) actina de músculo liso: negativo c) ki-67: positivo (5% das células).

Discussão: Trata-se de um tumor pouco frequente das glândulas salivares. Tem aproximadamente 1% de incidência e é composto principalmente por células mioepiteliais. A glândula parótida e o palato são os locais de predileção e correspondem a 2/3 de todos os casos. A incidência da doença é praticamente igual entre os sexos e a faixa em torno de 50 anos é a mais prevalente. Evolui clinicamente como um tumor de crescimento lento e o seu tamanho varia de 1 a 5 cm de diâmetro. Geralmente é finamente encapsulado e bem delimitado. O principal marcador imuno-histoquímico do mioepitelioma é a proteína s-100, e dificilmente o diagnóstico poderá ser feito se estiver negativo.

Comentários finais: O mioepitelioma é um tumor pouco frequente, de evolução benigna, que necessita de uma propedêutica adequada e efetiva a fim de o diferenciar dos outros tumores benignos e malignos de glândulas salivares.

PRC-038 MIXOMA ODONTOGÊNICO NA INFÂNCIA - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Mariana Dalbo Contrera Toro, Icleia Siqueira Barreto, Eliane M. Ingrid Amstalden, Carlos Takahiro Chone, Leopoldo Nizam Pfeilsticker

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: Tumores benignos odontogênicos consistem em uma entidade rara, especialmente na faixa etária pediátrica, porém muito importante, devido à sua agressividade local. Não há consenso na literatura sobre a melhor abordagem, em termos de cirurgia conservadora ou radical nesses casos.

Apresentação do caso: Paciente de dois anos, sexo masculino, com queixa de aumento e endurecimento da região maxilar esquerda havia duas semanas. Tomografia de seios da face evidenciou lesão cística odontogênica associada a erosão óssea do seio maxilar. Paciente foi submetido à exérese da lesão e osteotomias maxilares. Análise histopatológica foi compatível com tumor mixomatoso fusocelular com o tecido ósseo associado e elementos odontogênicos. Análise imuno-histoquímica diagnosticou mixoma odontogênico. Controle pós-operatório com exérese completa da lesão e ausência de recidivas no seguimento.

Discussão: Os tumores odontogênicos são uma entidade rara em crianças. As taxas de recorrência de mixomas na literatura podem variar de 5 a 10%. Devido à sua característica de crescimento lento, geralmente os pacientes são oligossintomáticos e investigação com tomografia ou ressonância magnética é essencial para o planejamento cirúrgico e o diagnóstico diferencial. Ressecção ampla com 10 a 15 mm de margem é recomendada devido às altas taxas de recorrência. No entanto, não há diretriz relativa à abordagem cirúrgica para esses pacientes e alguns autores referem que a enucleação e a curetagem podem ser eficazes e menos agressivas, considerando que grandes ressecções levam a maior morbidade, piores resultados estéticos e necessidade de reabilitação.

Comentários finais: Mixoma odontogênico na faixa etária pediátrica é uma patologia rara, portanto poucos estudos têm sido feitos

nesse campo. O diagnóstico diferencial dessa patologia é essencial, principalmente em crianças, e estudos de imagem têm um papel importante para esses tumores. Literatura sugere ressecções conservadoras nesses pacientes devido à maior morbidade de cirurgias agressivas.

PRC-039 NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: UM CASO CLÍNICO UTILIZANDO A TÉCNICA DE TRANSLOCAÇÃO FACIAL

José Antonio Pinto, André Freitas Cavallini da Silva, Heloisa dos Santos Sobreira Nunes, Davi Knoll Ribeiro, Cauê Duarte, Gabriel Santos de Freitas, Pedro Paulo Vivacqua Cunha Cintra

Núcleo de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Nasoangiofibroma juvenil é uma neoplasia rara, altamente vascularizada, de histologia benigna, porém muito agressiva e com elevado índice de recorrência e invasão local. Corresponde a 0,5% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço, com uma preferência maior pelo sexo masculino, ocorre na adolescência ou pré-adolescência. Uma das técnicas usadas atualmente é a translocação facial, que foi descrita pela primeira vez em 1989.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 17 anos, com queixa de obstrução nasal à direita havia dois anos, com pioria progressiva e epistaxes recorrentes do mesmo lado. Nasofibrolaringoscopia evidenciou tumoração com coloração avermelhada com crostas hemáticas que ocupavam a profundidade da fossa nasal direita. Pelo exame tomográfico apresentava uma lesão expansiva que ocupava toda a fossa pterigopalatina, sem invasão de base de crânio. Após quatro meses fez *DeGloving* com maxilectomia medial. Após seis meses voltou a queixar-se de obstrução nasal progressiva do lado direito, associada a abaulamento em face ipsilateral e sinusites recorrentes. Durante o seguimento, fez novo exame de imagem que evidenciou recidiva tumoral com invasão de seio cavernoso. Feita nova cirurgia para exérese de lesão após um ano de primeira abordagem. Submetido à embolização 48 horas antes, feita técnica cirúrgica de translocação facial medial, com exérese de massa tumoral. Está em acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A translocação facial fornece uma exposição muito mais ampla de todos os seios paranasais e da fossa infratemporal do que a rinotomia lateral tradicional ou o *DeGloving*. Isso é especialmente importante quando se lida com um tumor recorrente como papiloma invertido dos seios paranasais ou nasoangiofibroma juvenil com extensão para a fossa infratemporal.

Comentários finais: Translocação facial é uma abordagem valiosa para os seios paranasais, nasofaringe, clivus e fossa infratemporal. Deve ser lembrada como via de acesso cirúrgico quando necessitamos de exposição e proteção de estruturas vitais.

PRC-040 NEUROMA MUCOSO RARO EM BASE DE LÍNGUA: RELATO DE CASO

Rejane Pacheco de Sousa, Rubianne Ligório de Lima, Mariana dal Prá, Karin Caroline Seidel, Cristiano Roberto Nakagawa, Otavio Henrique Vilas Boas Fantin, Lourimar de Moura Moreira

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: O neuroma mucoso é frequentemente encontrado em associação com a neoplasia endócrina múltipla tipo 2B. É uma herança autossômica dominante rara, na qual muitas vezes se encontra uma mutação no proto-oncogene RET. Pode se apresentar na forma de um nódulo ou de uma pápula pedunculada em lábios, cavidade oral, língua e aparelho gastrointestinal. O diagnóstico precoce é importante, pois pode preceder neoplasias da tireoide

ou da suprarrenal. Pacientes com neuroma mucoso devem fazer *screening* genético para rastrear e para descartar a associação com a neoplasia endócrina múltipla tipo 2B.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 56 anos, refere o aparecimento de um nódulo em base de língua esquerda com evolução de aproximadamente oito meses. Após investigação e biópsia foi encontrado o diagnóstico de neuroma mucoso. Paciente foi encaminhado ao serviço de endocrinologia.

Discussão: O neuroma mucoso é encontrado na neoplasia endócrina múltipla tipo 2B. Na paciente do caso não foi encontrada essa relação, diferentemente da maioria dos casos encontrados na literatura. Ele é epidemiologicamente mais encontrado em locais como lábios, língua, cavidade oral, assim como o da paciente do caso, que está localizado em base da língua. O diagnóstico do neuroma mucoso deve ser feito o mais precocemente possível, uma vez que ele pode preceder o aparecimento de neoplasias, como da tireoide ou de suprarrenais. Na paciente em questão foram feitos exames de imagem, como ressonância magnética e ultrassonografia de tireoide, para a avaliação.

Comentários finais: Existe uma grande prevalência de associação do neuroma mucoso com a neoplasia endócrina múltipla tipo 2. Esse fato afirma a necessidade de uma investigação profunda para descartar uma possível neoplasia associada.

PRC-041 OSTEOLASTOMA DE CARTILAGEM TIREÓIDEA: RELATO DE CASO

Debora Bressan Pazinato, Raimundo Vinicius de Araújo Rego, Renata Malimpensa Knoll, Igor Bezerra de Sousa Leal, Jesarela Maria de Souza de Amorim, Pablo Soares Gomes Pereira, José Eli Baptistella

Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas, SP, Brasil

Introdução: Osteoblastoma é um tumor ósseo benigno raro, ocasionalmente agressivo e que ocorre geralmente na coluna vertebral e nos ossos longos tubulares. Sua ocorrência em estruturas cartilaginosas do pescoço é extremamente rara.

Apresentação do caso: Paciente de 36 anos procurou nosso serviço por queixa de disfonia progressiva havia 10 meses e presença de abaulamento em região paratraqueal direita, indolor e sem sinais flogísticos. Estudo tomográfico revelou lesão infiltrativa centrada na cartilagem tireóideia direita, com 4,4 x 4,3 x 2,8 cm, com margens escleróticas e remodelamento cortical, com níveis densos em seu interior e intenso realce heterogêneo pelo meio de contraste. Presença de efeito expansivo sobre a laringe, deslocando-a para a esquerda, com diminuição significativa de coluna aérea. Paciente submetido à hemilaringectomia à direita e traqueotomia, sem intercorrências. Exames histopatológicos confirmaram osteoblastoma.

Discussão: A escassez de casos descritos na literatura de osteoblastoma com acometimento de cartilagem tireóideia mostra a relevância de relatar o comportamento de tal tumor e quais foram a investigação, o tratamento e o seguimento propostos no serviço.

Comentários finais: Dado o comportamento atípico do tumor no caso apresentado, diagnósticos diferenciais devem ser cuidadosamente avaliados e salienta-se a importância do estudo tomográfico na investigação e programação pré-operatória.

PRC-042 PARACOCCIDIOIDOMICOSE AGUDA

Lucas Ferreira Rocha, Danielle de Araújo Torres, Flavia Varela Capone, Carolina Affonso Solano, Arnaldo Bezerra, José Eduardo Almeida, Maria Richelle Cecilio

Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica endêmica na América Latina, causada pelo fungo *Paracoccidioides*

brasiliensis. Representa importante problema de saúde pública, pois provoca muitas mortes prematuras.

Apresentação do caso: Homem, 40 anos, assistente fiscal, com adenomegalias cervicais importantes havia 60 dias, febre, emagrecimento de 33 kg, náuseas e prostração. Evoluiu com fistulização dos linfonodos, icterícia e dor abdominal. Negava tabagismo, etilismo e viagens a áreas rurais. Diante do quadro, a principal suspeita foi de malignidade. A biópsia de linfonodos revelou paracoccidiodomicose. Foi encaminhado a centro de referência em doenças infecciosas, onde iniciou tratamento com itraconazol, com rápida regressão dos sintomas. O tratamento ambulatorial se seguiu com sulfametoxazol/trimetoprim.

Discussão: O *Paracoccidioides brasiliensis* é encontrado no ambiente na forma de hifas contendo propágulos infecciosos (conídios), que se convertem em leveduras na temperatura corporal após inalados. Apresenta-se de duas formas clínicas. A forma aguda/subaguda, 3 a 5% dos casos, predomina em jovens. Caracteriza-se por linfadenomegalias, manifestações digestivas, hepatoesplenomegalia, envolvimento osteoarticular e lesões cutâneas. Deve ser diferenciada de linfoma, malignidades abdominais e tuberculose ganglionar. A icterícia é uma manifestação grave e tardia, associada a mau prognóstico. A forma crônica (mais de 90% dos casos) acomete pulmões, mucosa e pele, predomina no sexo masculino, entre 30 e 60 anos. Tabagismo e alcoolismo estão frequentemente associados. O diagnóstico é dado pelo encontro de elementos sugestivos de *P. brasiliensis* em exame a fresco e/ou fragmento de biópsia. Vários antifúngicos podem ser usados no tratamento: sulfonamidas, anfotericina B e derivados azólicos.

Comentários finais: A paracoccidiodomicose é uma doença grave, com diferentes formas clínicas. Apresentamos um caso da forma aguda em paciente de 40 anos que procurou o otorrinolaringologista. A adenomegalia cervical associada a outras manifestações clínicas deve evocar a hipótese de paracoccidiodomicose aguda, cuja precocidade diagnóstica é essencial pelo seu grande potencial ameaçador à vida.

PRC-043 PARAGANGLIOMA VAGAL - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Marília Camargo de Souza, Gustavo Ferreira Bernardi, Laura Schwartz Maranhão, Vinicius Ribas Fonseca, Diego Augusto Malucelli, Marcelo Charles Pereira

Especialização de ORL Otorrinos, Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR, Brasil

Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Os paragangliomas (PG) são tumores raros, extremamente vascularizados, que se originam em células derivadas da crista neural associadas ao sistema nervoso autônomo, e representam menos de 2,5% de todos os PG de cabeça e pescoço.

Apresentação do caso: A.Z., 54 anos, masculino, procurou serviço de oncologia devido a tumor cervical esquerdo na face medial do músculo esternocleidomastóideo, sem outras queixas. Ao exame físico, tumoração de consistência macia e elástica, indolor, media cerca de 5 cm. Ultrassonografia cervical mostrou hipervascularização do tumor, de tamanho aproximado de 0,5 cm. Puncionado, teve resultado citológico inconclusivo. Tomografia computadorizada (TC) com contraste evidenciou provável tumor do glomus vagal ou paraganglioma. Angiotomografia (angioTC) demonstrou lesão expansiva no espaço carotídeo esquerdo, com descolamento anterior das artérias carótidas interna e externa e intenso realce na fase arterial, associado a pequenas áreas hipodensas que podiam representar focos de degeneração e/ou necrose sem sinais de invasão de estruturas vasculares. Primeira hipótese de paraganglioma vagal, feita embolização da artéria faríngea ascendente esquerda, artéria lingual esquerda e seus ramos. Feita exérese do tumor e do linfonodo cervical esquerdo. O anatomopatológico confirmou o

diagnóstico. Após 20 dias da cirurgia, apresentava-se com disfonia, engasgos, voz rouca/soprosa grau e paralisia de prega vocal esquerda. Após fonoterapia optou-se por fazer tireoplastia tipo I de Isshiki e colocação de fitas confeccionadas com o patch de politetrafluoroetileno expandido (ePTFE), Gore-Tex®. Um mês depois, o paciente apresenta voz clara e satisfatória e mantém acompanhamento fonoaudiológico.

Discussão: A maioria dos tumores de cabeça e pescoço surge da bifurcação da artéria carótida. Os paragangliomas vagais (PV) surgem da parte autonômica do nervo vago (X par craniano). Os sintomas dependem da localização, a maior parte a partir do nódulo glômico. Tipicamente se apresentam como uma massa assintomática, atrás do ângulo da mandíbula, com zumbido pulsátil. Em menos de 50% dos paragangliomas há déficits de nervos cranianos associados, que se manifestam com rouquidão (X par), disfagia (IX par), ombro caído (XI par), refluxo nasal de fluidos e hemiatrofia da língua (XII par). Extensão intracraniana, que é a principal causa de óbito, pode ocorrer em 22% dos casos. Zanoletti, em seu estudo, afirma que a morbidade cirúrgica associada ao déficit vagal é inevitável. As causas de paralisia das pregas vocais podem ser divididas em origem central (neuropatia vagal, como o PV) e periférica (neuropatia do nervo laríngeo recorrente). Porém, na maioria dos casos (até 85%) não se identificam lesões ao longo do trajeto dos nervos. O tratamento cirúrgico mais comumente usado é o reposicionamento da prega vocal por meio da medialização da corda vocal (tireoplastia tipo I de Isshiki), feito no caso em questão.

Comentários finais: Diante do diagnóstico de paraganglioma, o tratamento é cirúrgico e pode ou não ser precedido de embolização. Entre as complicações cirúrgicas, as lesões nervosas estão entre as mais comuns, ocorrem em torno de 40% dos casos. Havendo como complicação a paralisia unilateral de prega vocal, a tireoplastia tipo I se tornou o procedimento de escolha para o retorno da qualidade vocal.

PRC-044 PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR SOLITÁRIO DE TONSILA PALATINA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Felipe Cordeiro Gondim de Paiva, Vinícius Belchior Lima, Raphael Oliveira Correia, Lillian Monteiro de Albuquerque, Erika Ferreira Gomes, André Alencar Araripe Nunes

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Plasmocitoma extramedular é uma variante rara de linfoma de baixo grau, ocorre em 80% dos casos em cabeça e pescoço e corresponde a 1% das neoplasias dessa região. Nasofaringe e cavidade nasossinusal são os principais sítios. Acometimento de tonsila palatina é raro.

Apresentação do caso: Masculino, 65 anos, havia seis meses com disfagia para sólidos, roncos, respiração oral e despertares noturnos. Negava sangramentos, perda ponderal, febre, sintomas nasais ou otológicos. Referia pirose de longa data, etilismo e tabagismo. À orofaringoscopia, observou-se lesão fibrosa, lobulada, móvel, em fossa tonsilar direita com extensão até úvula e tonsila palatina esquerda grau 2. Palpação cervical sem adenomegalias. Otoscopia e nasofibroscopia normais. Laringoscopia com sinais de refluxo. Tomografia de pescoço evidenciou nódulo de 16,5 × 22,5 mm, de parede posterolateral direita de orofaringe, captação difusa e homogênea do contraste. Foi submetido à tonsilectomia das palatinas. Histopatológico revelou plasmocitoma com margens livres em tonsila direita e hiperplasia linfóide reacional em esquerda. Imuno-histoquímica compatível com neoplasia de células plasmáticas (plasmocitoma/mieloma múltiplo). Investigação hematológica com hemograma, sorologias virais, eletroforese de proteínas, imunofixação, beta-2-microglobulina, VHS e radiografias ósseas normais. Confirmado diagnóstico de plasmocitoma extramedular isolado de

amígdala, evolui assintomático, em avaliação quanto à necessidade de radioterapia.

Discussão: É apresentado um plasmocitoma extramedular solitário em topografia infrequente em cabeça e pescoço. Exposição a inalantes não tem evidências como fator de risco. Tumoração unilateral em amígdala, dispneia e disfagia foram os sintomas para a investigação. Histopatológico e imuno-histoquímica confirmaram neoplasia de células plasmáticas. A avaliação hematológica é fundamental para afastar inicialmente mieloma múltiplo. Indicação de radioterapia é controversa na literatura.

Comentários finais: Apesar do controle cirúrgico da doença, é essencial a discussão quanto à radioterapia, além do acompanhamento periódico, devido ao risco de evolução para mieloma múltiplo.

PRC-045 RABDOMIOSARCOMA ORBITÁRIO - RELATO DE CASO

Bruna Coelho Ellery, Adriana Pereira Miguel, José Eduardo Antunes Pinheiro, Mariana Figueiredo Guedes d'Amorim, André do Lago Pinheiro, Mariana Santana Xavier, Claudia Pereira Maniglia

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: Rabdomiossarcoma (RMS) é o tumor de órbita mais comum em crianças, e o subtipo alveolar é o mais agressivo e metastático. O diagnóstico depende da biópsia e imuno-histoquímica e tem importância no diagnóstico diferencial de rinossinusites com complicações orbitárias.

Apresentação do caso: L.F.G.S., um ano e dois meses, previamente hígido. Paciente iniciara havia 30 dias leve abaulamento em região infraorbitária à esquerda sem outras queixas. Prescritos sintomáticos e antibióticos sem melhoria, pioria progressiva após três semanas, evoluindo. Ao exame: abaulamento em região infraorbitária à esquerda associado a hiperemia e telangectasias. Restrição de abertura ocular e globo ocular levemente desviado superolateral sem alteração de motricidade. TC de órbita: lesão intraorbitária com densidades de partes moles acometendo músculos retro inferior e medial e o nervo óptico. Feita biópsia excisional que evidenciou neoplasia maligna de pequenas células redondas e azuis com frequentes mitoses e focos de necrose, infiltrativa em tecido fibroadiposo periorbital com margens livres de neoplasia. Imuno-histoquímica: desmina d33 e miogenina f5d positivos - rabdomiossarcoma alveolar. Paciente em quimioterapia, apresenta cintilografia óssea com captação de provável infiltração secundária em tornozelo direito.

Discussão: Rabdomiossarcoma é considerado uma neoplasia não rara em crianças, 40% em cabeça e pescoço. Apresenta variados tipos histológicos e o embrionário é o mais comum, seguido do alveolar. O RMS do tipo alveolar não tem predileção por sexo ou etnia, tem maior prevalência em maiores de 10 anos. O tratamento é baseado na ressecção cirúrgica associada à quimioterapia. A sobrevida varia de 90% a 20% a depender do estágio da doença.

Comentários finais: O rabdomiossarcoma é um diagnóstico diferencial nos pacientes suspeitos de complicações orbitárias de rinossinusites. O diagnóstico precoce possibilita a introdução do tratamento adequado e melhora o prognóstico desses pacientes.

PRC-046 RÁPIDA EVOLUÇÃO DE UM ABSCESSO CERVICAL DE ORIGEM ODONTOGÊNICA

Alana Farias Miksza Schauenburg, Michel Balvedi Nomura, Gilberto da Fontoura Rey Bergonse, Lillian Aparecida Pasetti

Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Os abscessos cervicais profundos são coleções localizadas entre planos delimitados pelas fâscias cervicais. Anteriores à

chegada dos antibióticos, métodos de imagem e intervenção cirúrgica apresentavam alta taxa de mortalidade; tiveram queda sensível após essa evolução. Clinicamente, cursam com edema de face ou pescoço, odontalgia, odinofagia, trismo e febre. A tomografia auxilia no diagnóstico, além de nortear o planejamento cirúrgico, que, associado à antibioticoterapia, é a terapêutica indicada.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 22 anos, encaminhado por diagnóstico de abscesso periamigdaliano. Após amigdalectomia, apresentou dor, aumento de volume e abaulamento em região submandibular à esquerda, febre e trismo, com evolução de três dias. Apresentou sorologias negativas e exame de ultrassonografia cervical evidenciou coleção de 8 × 8 × 10 mm. Seguidos quatro dias de antibioticoterapia, evoluiu com coleção de 92 × 75 × 35 mm. Foi submetido a procedimento cirúrgico para drenagem. Evoluiu com melhora após a extração de elemento dentário em má preservação, que na tomografia mostrou ser o foco inicial do abscesso.

Discussão: As infecções odontogênicas representam o foco mais comum em adultos. O espaço submandibular é o mais acometido. A rápida evolução do caso em questão demonstra a necessidade de diagnóstico rápido e correto, já que o atraso no reconhecimento e na abordagem do quadro pode levar à evolução desfavorável, tal como o comprometimento das vias aéreas superiores pela expansão do volume do tecido inflamatório. O exame clínico com oroscopia detalhada foi essencial para a elucidação diagnóstica e o correto manejo clínico do paciente.

Comentários finais: O exame dentário deve fazer parte da rotina do otorrinolaringologista devido à possibilidade de formação e rápida evolução dos abscessos cervicais de origem odontogênica, que trazem grande morbidade ao paciente quando não diagnosticados precocemente.

PRC-047 RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR APÓS RESSECÇÃO DE EXTENSO AMELOBLASTOMA

Francisco Wagner Vasconcelos Freire Filho, Eduardo Bezerra Rocha, Erik Frota Haguette, Larissa Antônia da Costa Leitão, Kélvio da Silva Lins, Nathácia Oliveira Gonçalves, Gabrielle Lima de Araújo

Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Ameloblastoma é um tumor odontogênico epitelial benigno sem ectomesênquima. Origina-se do epitélio odontogênico e pode surgir do órgão do esmalte, do remanescente da lâmina dental ou do revestimento de cistos odontogênicos. Representa cerca de 1% de todos os cistos e tumores dos maxilares e 10% entre os tumores odontogênicos. Tem pico de incidência na terceira e na quinta décadas de vida e sem diferença de sexo. Acomete preferencialmente a mandíbula e é maior na região posterior.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 28 anos, referiu assimetria facial progressiva à direita, associada a dificuldades de deglutição e fonação. À oroscopia evidenciamos péssima higiene bucal e tumoração na região molar direita. A tomografia computadorizada evidenciou lesão radiolúcida insuflativa e infiltrante que envolvia a hemimandíbula direita com grande expansão das corticais. Fizemos biópsia incisional e o laudo histopatológico revelou ameloblastoma. Diante do quadro, fizemos a ressecção da massa tumoral com reconstrução imediata e uso de prótese condilar. O paciente foi acompanhado semanalmente após alta hospitalar nos primeiros meses com especial atenção para sinais flogísticos e retorno funcional mandibular precoce.

Discussão: O ameloblastoma consiste em tumor benigno de crescimento lento, porém bastante invasivo. Em casos como o apresentado acima, a ressecção e a reconstrução constituem sempre um desafio. Diversas ponderações são necessárias no planejamento, como: se primária ou secundária, melhor material a ser usado, uso de enxerto ósseo, área doadora, uso de oxigenioterapia hiperbárica, uso de proteína morfogenética, tempo de internação, entre

outras. Neste caso optamos pela reconstrução imediata com placa bloqueada 2,4 mm e prótese condilar.

Comentários finais: Ameloblastomas com essas dimensões constituem grande desafio para o tratamento e a reabilitação, em relação à perda funcional do sistema estomatognático. São mutilantes, onerosos e necessitam de equipe multidisciplinar. É muito importante que os profissionais da área fiquem atentos e possibilitem seu diagnóstico precoce.

PRC-048 RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA BASALOIDE DE ÓRBITA

Carolina Cavalcante Dantas, Natalya de Andrade Bezerra, Lucas Osanan Andrade Sousa, Fernanda Alves Guimarães, Majoy Gonçalves Couto da Cunha, Francielle Tereza Moraes Gonçalves, José Speck Filho

Hospital do Servidor Público Estadual, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O adenocarcinoma basaloide é um tumor raro, uma variante de carcinoma espinocelular mais agressiva. É uma neoplasia epitelial rara com tendência a recorrência local e desenvolvimento de metástases a distância. O diagnóstico baseia-se no exame histopatológico, e o tratamento de escolha é a exérese cirúrgica completa com margens do tumor.

Apresentação do caso: J.O.L., masculino, 81 anos, com história de síncope, submetido à tomografia computadorizada de crânio para investigação, com evidência de tumor orbitário e com aparente extensão para a fissura orbitária superior esquerda. Ao exame o paciente apresentava proptose ocular esquerda e manutenção de mobilidade ocular. Encaminhado ao serviço de otorrinolaringologia para diagnóstico. Foi submetido à biópsia endoscópica de lesão intraorbitária e descompressão orbitária. Diagnosticou-se adenocarcinoma basaloide de órbita. Paciente evoluiu a óbito três dias após a cirurgia por infarto agudo do miocárdio.

Discussão: Adenocarcinoma basaloide pode ocorrer em qualquer sítio; na região de cabeça e pescoço, acomete principalmente hipofaringe, base de língua, laringe. Está comumente associado a tabagismo e etilismo. Tem prevalência maior em homens entre a sexta e a sétima décadas de vida. O tratamento usualmente consiste em ressecção cirúrgica associada a radioterapia e/ou quimioterapia. No caso relatado, o paciente apresentava um tumor em órbita.

Comentários finais: Relatamos um caso de adenocarcinoma basaloide de órbita diagnosticado ocasionalmente por meio de exame de imagem feito em investigação de acidente vascular cerebral, o que evidencia seu caráter indolente e a necessidade de investigação mais detalhada de sintomas e sinais oculares.

PRC-049 RELATO DE CASO: CONDIROSSARCOMA DE PARÓTIDA

Carolina Cavalcante Dantas, Natalya de Andrade Bezerra, Lucas Osanan Andrade Sousa, Fernanda Alves Guimarães, Majoy Gonçalves Couto da Cunha, Francielle Tereza Moraes Gonçalves, José Speck Filho

Hospital do Servidor Público Estadual, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O condrossarcoma é uma neoplasia maligna do tecido cartilaginoso que representa 20 a 25% de todos os sarcomas ósseos, 10 a 12% são situados na região de cabeça e pescoço e representam 0,1% de todas as neoplasias dessa região.

Apresentação do caso: N.R., masculino, 59 anos, com crescimento de nódulo indolor em parótida direita havia seis meses e surgimento de nódulos cervicais havia três meses. Procurou atendimento médico pelo quadro de hemiparesia direita e tonturas. Em TC de

crânio e pescoço evidenciou-se massa occipitotemporal esquerda com necrose central sugestiva de processo secundário, conglomerados linfonodais no espaço parotídeo direito e nível II à direita. TC de tórax revelou presença de múltiplos nódulos e massas pulmonares não calcificados compatíveis com processo secundário e linfonodomegalias em cadeias retrotraqueais e peri-hilares. Feitas biópsias de nódulo de parótida e linfonodo cervical que evidenciaram condrossarcoma grau 3. Foi submetido à ressecção de massa intracraniana e encaminhado para quimioterapia. Fez dois ciclos de QT com retorno de sintomas neurológicos e evidência de lesão expansiva parietal direita em TC. Feita ressecção de massa intracraniana e encaminhado para radioterapia paliativa. Paciente evoluiu a óbito oito meses após última abordagem cirúrgica.

Discussão: O condrossarcoma de parótida é uma doença rara, o que dificulta a análise de sua história natural e de melhores opções terapêuticas. Condrossarcomas são classificados em graus (I, II e III) de acordo com celularidade, frequência de mitoses e dimensão do núcleo. Os fatores prognósticos estão relacionados à classificação TMN, grau, extensão de ressecção cirúrgica e local de origem. Neste caso o paciente apresentava condrossarcoma grau III e estágio clínico IV (T3N2cM1), o que determina pior prognóstico e menor sobrevida.

Comentários finais: Relato de um caso raro de condrossarcoma de parótida em estágio clínico avançado que se enquadra nas definições de mau prognóstico conhecidas para tais tumores.

PRC-050 RELATO DE CASO: LINFOMA DE TIREOIDE

Majoy Gonçalves Couto da Cunha, Francielle Tereza Moraes Gonçalves, Carolina Cavalcante Dantas, Luciana Fernandes Costa, Natalya de Andrade Bezerra, Daniel Cesar Silva Lins, José Speck Filho

Hospital do Servidor Público Estadual, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Linfomas de tireoide são incomuns, compreendem 0,6-5% de todas as neoplasias malignas dessa glândula e 1-7% dos linfomas extranodais. Acometem mulheres acima de 50 anos e estão relacionados à tireoidite de Hashimoto. Dentre os linfomas de tireoide, estão os Hodgkin, não Hodgkin, MALT de baixo grau, de células B com diferenciação plasmocítica e de Burkitt. Os linfomas B não Hodgkin são mais frequentes.

Apresentação do caso: W.I.O., feminino, 84 anos, com abaulamento cervical, notado havia dois meses, indolor e de crescimento progressivo. Submetida à punção aspirativa por agulha fina (PAAF), cujo resultado foi inconclusivo. A lesão exercia compressão de estruturas do pescoço, o que indicou tratamento cirúrgico. Exame anatomopatológico revelou linfoma não Hodgkin B difuso de grandes células. Paciente encaminhada para serviço de onco-hematologia para seguimento.

Discussão: Linfomas de tireoide são raros e manifestam-se por massa cervical de crescimento rápido, podem provocar disфония, disfagia, dispneia e dor local. Linfadenopatia regional é um achado comum. Sintomas B (febre, sudorese noturna e perda ponderal), classicamente associados a outros linfomas, são infrequentes, assim como metástases a distância. O diagnóstico pode ser feito com PAAF. Métodos de imagem contribuem para o diagnóstico e estadiamento. A terapêutica depende do subtipo histológico, do estágio e da presença de comorbidades. Tipo histológico, idade, presença de metástases e extensão extratireoidiana são fatores que influenciam no prognóstico da doença.

Comentários finais: Acredita-se que na vigência de uma doença tireoidiana autoimune há desenvolvimento de tecido linfoide intratireoidiano, que pode evoluir para malignização. Daí a importância da associação desse linfoma com a tireoidite de Hashimoto. Assim, buscamos chamar atenção para a suspeita diagnóstica de tal patologia em pacientes que se apresentem com nódulos ou massas

tireoidianas de crescimento rápido e com história clínica de tireoidites, associados a sintomas compressivos.

PRC-051 RELATO DE CASO: MAXILECTOMIA POR CEC DE PALATO

Larissa Borges Richter Boaventura, Guilherme Rocha Netto, Luiz Eduardo Flório Junior, Mariana Lombardi Guidi, Maria Clara Olivia Albano, Fernanda Fruet, Cássio Caldini Crespo

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Barueri, SP, Brasil

Introdução: Carcinoma de células escamosas bucal é a neoplasia mais frequente dessa região e está associado principalmente ao tabagismo e ao etilismo, mais comum em homens. No Brasil, a boca representa a quinta localização de maior incidência de câncer em homens e a sétima em mulheres. A agressividade e a rápida evolução dessa neoplasia tornam absolutamente necessário o diagnóstico correto de lesões iniciais, o que poderia evitar grandes ressecções cirúrgicas e grave acometimento do paciente.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 54 anos, com queixa de halitose e dor em região oral havia um ano, apresentou crescimento de tumoração em lado direito do palato e posteriormente face direita, progressivo. Negou etilismo ou tabagismo, sem comorbidades. Ao exame apresentava lesão de aspecto granuloso, avermelhada, em palato duro à direita. Tomografia de pescoço evidenciou formação expansiva em hemiface direita, que comprometeu a asa lateral direita do nariz, com invasão da cavidade nasal direita e do lábio superior à direita; presença de linfonodos cervicais bilaterais menores do que 1 cm. Anatomopatológico mostrou CEC invasivo moderadamente diferenciado. Submetida à maxilectomia direita com reconstrução e esvaziamento cervical. Exame microscópico da peça cirúrgica contém invasão vascular, metástases em 3/31 linfonodos, margens cirúrgicas livres. Indicada radioterapia pela oncologia.

Discussão: A demora em procurar atendimento médico, seja em virtude de baixa instrução do paciente, seja por falha no sistema de saúde, é uma situação recorrente em nosso meio. Por esse motivo, o diagnóstico deve ser feito preferencialmente no primeiro atendimento médico ou odontológico especializado. Quando encontramos um paciente fora do perfil habitual, como neste caso, aumenta o risco de não se diagnosticarem lesões iniciais.

Comentários finais: O atraso na indicação do tratamento pode comprometer seriamente o prognóstico do CEC bucal e aumentar a morbidade cirúrgica e a mortalidade em geral.

PRC-052 RELATO DE CASO: RETALHO DE MUSTARDÉ E RECONSTRUÇÃO DE ÓRBITA EM PACIENTE COM EXTENSO CARCINOMA BASOCELULAR DA FACE

Valéria Barcelos Daher, Alda Linhares de Freitas Borges, Hugo Válder Lisboa Ramos, Claudiney Cândido Costa, Leandro Castro Velasco, Ricardo Toledo Piza, Pauliana Lamounier e Silva Duarte

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: O carcinoma basocelular é a neoplasia maligna mais comum em humanos. A maioria dos tumores surge na cabeça e no pescoço, em indivíduos com mais de 40 anos, de pele clara e expostos à radiação ultravioleta. Apesar do baixo potencial metastático, esse tumor tem malignidade local, invade e destrói estruturas adjacentes, acarreta morbidade estética e funcional. O tratamento para o carcinoma basocelular pequeno e bem-definido é a incisão simples. Para lesões recorrentes, maldefinidas ou localizadas em áreas anatómicas de alto risco, o tratamento de escolha é a excisão micrográfica de Mohs.

Apresentação do caso: Paciente idoso, sexo masculino, branco e trabalhador rural apresentava, após dois anos de excisão local de carcinoma basocelular, lesão malar ulcerada extensa com infiltração de assoalho de órbita à esquerda e ectrópio de órbita esquerda. O tratamento proposto foi a micrografia de Mohs. Foram feitas ressecção da lesão de pele com margens e do assoalho da órbita, maxilarectomia parcial esquerda e reconstrução com tela e placa de titânio do assoalho e rebordo orbitário esquerdo. O defeito cirúrgico foi reconstruído com blefaroplastia e retalho de Mustardé. Atualmente, paciente está em acompanhamento ambulatorial livre de complicações.

Discussão: O caso está em concordância com a literatura estudada, ratifica epidemiologia, clínica e história natural da doença, com capacidade de malignidade local, especialmente quando existem recorrências. No caso de lesões extensas, é necessária equipe multidisciplinar e com experiência.

Comentários finais: A exploração cirúrgica, nesses casos, exige habilidade e experiência dos cirurgiões, com abordagem multidisciplinar, com dermatologista e cirurgião de cabeça e pescoço.

PRC-053 RELATO DE CASO: TUMOR NEUROENDÓCRINO DO TRATO NASOSSINUSAL

Maria Clara Olivia Albano, Godofredo Campos Borges, José Jarjura Jorge Júnior, Fernanda Fruet, André Canettieri Rubez, Mariana Lombardi Guidi, Guilherme Rocha Netto

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Barueri, SP, Brasil

Introdução: O carcinoma neuroendócrino no trato nasossinusal é extremamente raro. Mais comumente esses tumores são encontrados no trato gastrointestinal e nos pulmões. Outros sítios primários desse tipo de tumor são raríssimos. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de carcinoma neuroendócrino que acometeu seios paranasais e fossa nasal esquerda.

Apresentação do caso: T.D.F, 26 anos, sexo masculino, com queixa de obstrução nasal progressiva havia três meses, acompanhada de cefaleia de forte intensidade, epistaxe à esquerda com secreção fétida, além do alargamento da pirâmide nasal. Apresentava à rinoscopia tumoração em fossa nasal esquerda avermelhada, com crostas e edema periorbitário com aumento do lacrimejamento. Submetido à tomografia computadorizada e ressonância magnética dos seios paranasais, apresentou aumento de partes moles em fossa nasal esquerda, seio maxilar esquerdo, ambos etmoides e esfenoides, sem atingir a meninge. Após exames de imagem foi feita biópsia da tumoração, cujo resultado do anatomopatológico resultou em neoplasia imatura pouco diferenciada. O estudo imuno-histoquímico revelou um carcinoma neuroendócrino, infiltrativo em mucosa nasossinusal com índice de proliferação celular de 90%. Paciente aguarda procedimento cirúrgico para retirada do tumor.

Discussão: As manifestações clínicas do carcinoma neuroendócrino estão intimamente ligadas à localização desse tumor. Quando acomete o trato nasossinusal apresenta-se com sintomas pouco específicos, como obstrução nasal, epistaxe e cefaleia. Soma-se o fato de esse tipo de tumor ser raro, sua suspeita diagnóstica é difícil. No caso relatado, seus sintomas apresentaram uma rápida progressão e com três meses do início dos sintomas inespecíficos apresentou alargamento da pirâmide nasal e edema orbitário e era possível visualizar a massa tumoral em fossa nasal. Os exames de imagem e o estudo imuno-histoquímico se mostraram fundamentais no diagnóstico e no planejamento terapêutico do paciente.

Comentários finais: A rápida evolução da doença e as diferentes recomendações terapêuticas nos fazem pensar na necessidade da criação de protocolos de tratamento para essa forma de neoplasia.

PRC-055 RESSECÇÃO DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL AVANÇADO POR MEIO DE DUPLA ABORDAGEM TRANSFACIAL

Edilson Rozendo de Sousa Neto, Francisco Monteiro de Castro Júnior, Márcio Ribeiro Studart da Fonseca, Eduardo Silveira Dantas, Luísa Lucas Alves, Natália Almeida Falcão Costa, Camila Lima Fonseca Brayner

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O nasoangiofibroma juvenil é um tumor benigno raro muito vascularizado originado na região do forame esfenopalatino e presente quase exclusivamente em adolescentes do sexo masculino. A verdadeira incidência não é conhecida, mas compreende aproximadamente 0,05% dos tumores em cabeça e pescoço. Obstrução nasal unilateral e epistaxe espontânea são sintomas frequentes. A ressecção cirúrgica é base do tratamento e a abordagem é definida pela apresentação clínico-radiológica. Ponto crítico é o sangramento. Abordagens endoscópicas têm sido usadas, mas a extensão maciça para a fossa infratemporal e grandes volumes tumorais impõem acessos transfaciais. O objetivo deste relato é descrever a dupla abordagem transfacial para ressecção de nasoangiofibroma avançado.

Apresentação do caso: Sexo masculino, 10 anos, nasoangiofibroma com extensão esfenoidal e maciço preenchimento da fossa temporal. Após embolização prévia foi planejada abordagem por translocação maxilo-orbitária. Ligadura prévia da artéria maxilar foi feita a partir de incisão pré-auricular. Por dificuldade de abordagem do tumor optou-se por acrescentar acesso de Lefort I e promover amplo campo e ressecção completa da lesão em bloco. As osteossínteses foram feitas com miniplacas do sistema 1,5 e 2 com excelente resultado estético-funcional. O paciente evoluiu bem no pós-operatório sem complicações.

Discussão: A translocação maxilo-orbitária e Lefort I podem ser associadas nas ressecções de nasoangiofibromas avançados. A melhor exposição cirúrgica garante a ressecção em bloco e o controle de sangramento. A marcação prévia com broca antes das osteotomias permitiu osteossíntese rápida e eficiente.

Comentários finais: O resultado estético e funcional foi excelente.

PRC-056 RESSECÇÃO DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL POR VIA ENDOSCÓPICA EXCLUSIVA

Larissa Gladys Viana Santos, José Wilson Mourão de Farias, Glebert Monteiro Pereira, Eduardo Silveira Dantas, Natália Almeida Falcão Costa, Débora de Almeida Silva, Rafaela Jucá Linhares

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O nasoangiofibroma juvenil (NAJ) é um tumor benigno, raro, cujo diagnóstico é baseado na tríade de epistaxe, obstrução nasal e presença de tumor na nasofaringe, associado a exames de imagem. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica, que pode ser feita por via aberta e/ou endoscópica.

Apresentação de caso: Série de três casos de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico endoscópico de NAJ, com e sem extensão intracraniana, com e sem embolização pré-operatória e discussão das complicações e dos limites do acesso exclusivamente endoscópico endonasal.

Discussão: Os três pacientes eram do sexo masculino, de 13, 25 e 31 anos. Foi feita remoção completa do tumor em todos os casos. Um paciente evoluiu com lesão parcial de nervo óptico. A abordagem endoscópica surgiu para minimizar as taxas de morbidade e de recidiva, mesmo com o comportamento benigno do NAJ, pois há invasão rápida. Então, a abordagem endoscópica traz melhor visão da lesão - com completa dissecação - e há melhor controle de sangramento intraoperatório.

Comentários finais: A ressecção de NAJ por via endoscópica é possível, até em casos com invasão intracraniana. Entretanto, um profundo conhecimento da anatomia, além de instrumental específico, é fundamental para cirurgias seguras e efetivas.

PRC-057 SARCOMA FUSOCELULAR EM REGIÃO PRÉ-AURICULAR

Alvaro Ferdinando Scremin, Denis Massatsugu Ueda, Rafael Yoshio Kanashiro, Maurício Pacheco Reis, André Toshio Matsuda, André Armani, Felipe Horst

Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil

Introdução: Sarcomas de cabeça e pescoço são considerados tumores agressivos e raros - correspondem a 4-10% de todos os sarcomas. Por se originar de células mesenquimais, podem estar presentes em diferentes tecidos, como nervos, músculos, ossos e cartilagem.

Apresentação do caso: E.A.F., feminino, 49 anos, compareceu ao Hospital da Universidade Estadual de Londrina com queixa de nódulo em região pré-auricular direita e aumento progressivo de volume havia seis meses. Feita tentativa de exérese cirúrgica em serviço externo três meses antes da consulta, porém com permanência de massa tumoral e crescimento. Ao exame físico, massa nodular fibroelástica, pré-auricular, com 6 cm de diâmetro, ausência de sinais flogísticos. Pela tomografia, sem invasão de parótida. Fez-se exérese cirúrgica - peça com 7 × 5 cm, sólida, superficial à parótida. A histologia resultou em sarcoma fusocelular moderadamente diferenciado. Enviado para imuno-histoquímica, cujo laudo evidenciou neoplasia não reagente para todos os marcadores específicos de tipo histológico. Assim, estabeleceu-se o diagnóstico de sarcoma indiferenciado de alto grau (G3 histológico) não classificável. Optou-se por radioterapia adjuvante ao tratamento cirúrgico com boa evolução clínica.

Discussão: É bem estabelecido que a precoce ressecção com margens amplas do tumor é a intervenção mais relevante na sobrevida do paciente, cuja taxa varia 72-80%. Em relação à quimioterapia, estudos divergem quanto à efetividade de seu uso. Diferentemente, apesar de apresentar efeitos colaterais consideráveis, é bem estabelecida a necessidade de radioterapia quando as margens não se apresentam seguramente livres.

Comentários finais: A rápida evolução dos sarcomas de cabeça e pescoço e a relação direta de seu prognóstico com o tratamento precoce exigem do médico o conhecimento prévio e adequado da patologia. É de grande importância a presença dessa neoplasia como diagnóstico diferencial de tumores de cabeça e pescoço.

PRC-058 SARCOMA SINOVIAL BIFÁSICO DE HIPOFARINGE: RELATO DE CASO

Nélio Steffen, Sérgio Kalil Moussalle, Juliana Mazzaferro Krebs, Aline Silveira Martha, Cristina Cavalheiro Girardon, Gabriela Bergmann, Daiane Oliveira Braga

Serviço de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O sarcoma sinovial (SS) é uma neoplasia maligna mesenquimal que acomete com maior frequência a vizinhança de grandes articulações de membros inferiores. Sua incidência na região da cabeça e pescoço é rara, corresponde a apenas 1% das neoplasias dessa região.

Relato de caso: Paciente, 66 anos, feminina, branca, portadora de hepatite B, iniciou com queixa de disfagia para sólidos e odinofagia havia um mês. No exame físico, visualizou-se à videolaringoscopia lesão lobulada e bocelada, que ocupava a prega aritenopiglótica esquerda e não permitia visualizar-se a parede lateral da hipofaringe desse lado, e ausência de adenopatias cer-

vicais palpáveis. Paciente foi submetida à microcirurgia de laringe para biópsia da lesão. No transoperatório verificou-se que a lesão era pediculada com origem na parede lateral da hipofaringe à esquerda e foi removida *en bloc*. O anatomopatológico da peça mostrou neoplasia maligna indiferenciada, de alto grau, com padrão bifásico mesenquimal e epitelial. Imuno-histoquímica compatível com sarcoma sinovial bifásico. Após a cirurgia, paciente foi encaminhada para tratamento adjuvante com radioterapia.

Discussão: O SS primário de cabeça e pescoço é raro e existem poucos casos na literatura sobre essa neoplasia com origem na faringe. É subdividido em monofásico e bifásico, conforme seu padrão de diferenciação celular. O tipo bifásico contém estruturas glandulares e epitélio cuboide ou colunar bem diferenciado. Os sintomas mais frequentes são massa cervical indolor, disfagia e disфонia. O tratamento baseia-se em cirurgia com margens amplas de ressecção e terapia adjuvante com radioterapia e quimioterapia, essa última mais indicada para tumores de alto grau e ainda de indicação controversa.

Conclusão: Apesar de ser de rara incidência na região da cabeça e pescoço, o SS deve ser lembrado como diagnóstico diferencial na investigação de pacientes com lesões nessa região. Seu tratamento consiste em ressecção com margens amplas combinada com radioterapia e quimioterapia em casos selecionados.

PRC-059 SCHWANNOMA DE BASE DE LÍNGUA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Débora Bressan Pazinato, Raimundo Vinicius de Araújo Rego, Renata Malimpensa Knoll, Igor Bezerra de Sousa Leal, Lizandra Passini Ferreira, Eduardo George Baptista de Carvalho, José Eli Baptistella

Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas, SP, Brasil

Introdução: O schwannoma, também chamado de neurilemoma, é um tumor benigno de crescimento lento que se desenvolve a partir de células da bainha neural de Schwann. É um tumor relativamente raro, que tem predileção pela língua quando ocorre na cavidade oral.

Apresentação do caso: T.T.T., sexo feminino, 26 anos, procurou nosso serviço com queixa de globus faríngeo havia 10 anos. À oroscopia, presença de nodulação em transição de região posterior da língua e base, com maior extensão à direita. Investigação com ressonância magnética evidenciou lesão nodular, sólida, com realce heterogêneo, de 1,7 × 1,5 × 2,3 cm. Com suspeita diagnóstica de fibroma, foi feita ressecção transoral da lesão e a peça cirúrgica enviada para análise. Exame histopatológico confirmou schwannoma que envolvia a camada muscular da língua (1,7 cm) e margens livres de neoplasia. Por meio do caso apresentado, discutimos o comportamento clínico e as características histopatológicas de tal tumor raro.

Discussão: O diagnóstico do schwannoma é feito a partir das características clínicas e histopatológicas. Os exames de imagem podem ser úteis na definição da profundidade e dimensão da lesão (principalmente na ressonância magnética). A excisão cirúrgica simples é o tratamento ideal para essa lesão, os índices de recidiva e malignização dos neurilemomas são muito baixos.

Comentários finais: Diagnósticos diferenciais devem ser cuidadosamente avaliados e o diagnóstico diferencial histopatológico é feito com lesões de características microscópicas semelhantes, como o neurofibroma e o neuroma encapsulado em paliçada.

PRC-060 SCHWANNOMA EM ANATOMIA DE PARÓTIDA

Alexandre Ramos Caiado Filho, Adriana Pereira Miguel, Diego Lima Vasconcelos, José Eduardo Antunes Pinheiro, Mariana Santana Xavier, Anna Paula Chieko Hayashi, José Victor Maniglia

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: Schwannomas são os principais tumores do sistema nervoso periférico, são benignos e podem acometer as raízes nervosas do nervo vestibulococlear e mais raramente a raiz sensitiva do trigêmeo. Mais comuns entre os 20 e 60 anos. A taxa de incidência mundial varia de um a 20 por 1.000.000 habitantes por ano.

Apresentação do caso: J.S.G.N., 29 anos, procedente de São José do Rio Preto, empregada doméstica. Compareceu em nosso serviço com quadro de abaulamento em topografia de parótida à esquerda há sete de crescimento lento e progressivo. Negava outras queixas. Apresentava mímica facial preservada, abaulamento em topografia de cauda de parótida à esquerda com aproximadamente 5 x 5 cm, borrachoide, móvel. Ultrassom cervical: parótida à esquerda com imagem nodular pouco vascularizada que medeia 3,5 x 2,6 cm, localizada em porção pré-auricular; PAAF sugestivo de adenoma pleomorfo misto de parótida. Exames laboratoriais sem alterações. Tomografia de pescoço: nódulo sólido, heterogêneo, com áreas hipodensas (císticas/necrose) de permeio, com margens bem definidas, que sofre realce periférico e irregular pelo meio de contraste endovenoso, localizado na glândula parótida esquerda, medindo 44,5 x 31,4 mm. Feita ressecção de lesão em conjunto com a parte superficial da glândula parótida esquerda. Anatomopatológico: schwannoma. Margem cirúrgica circunferencial livre de neoplasia.

Discussão: Este caso nos surpreende pela raridade da patologia encontrada. Não foi a primeira hipótese diagnóstica a ser lembrada, ainda após PAAF sugestiva de adenoma pleomórfico. O tratamento do schwannoma é cirúrgico e curativo. Não há boa resposta à radioterapia exclusiva e a recidiva é baixa.

Comentários finais: Apresentamos caso de paciente com abaulamento em topografia de parótida, de crescimento lento e progressivo ao longo de anos. Tinha PAAF sugestiva de adenoma, porém à exérese fomos surpreendidos por diagnóstico de schwannoma, tumor que acomete as raízes nervosas do nervo vestibulococlear e, mais raramente, a raiz sensitiva do trigêmeo.

PRC-061 SÉRIE DE CASOS - COLOCAÇÃO DE PRÓTESE FONATÓRIA EM PACIENTES LARINGECTOMIZADOS NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (HFSE/RJ)

Janaina Kopp, Christiane Sousa Lopes, Renato Ponte, Sharon Maria Soares de Lima Ávila, Nathália Tassarolo Dias, Diogo Medeiros, Pedro Ricardo Millet

Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A laringe é um dos órgãos mais importantes da região cervical, pois é fundamental na fala, respiração e deglutição. Frequentemente o tratamento cirúrgico proposto para as patologias laringeas graves gera perda da função vocal. Uma das opções de reabilitação vocal é a prótese traqueoesofágica. O objetivo deste trabalho é demonstrar a experiência do serviço de otorrinolaringologia do HFSE/RJ com a aplicação e troca de próteses fonatórias.

Apresentação do caso: Três pacientes foram selecionados para a implantação da prótese traqueoesofágica, dois do sexo masculino e um do feminino. Esses pacientes foram submetidos à laringectomia total em virtude de neoplasia laríngea. Paciente 1: Fez ampliação de margem do traqueostomia com colocação de prótese fonatória sob anestesia geral. Paciente 2: Foi submetido à aplicação da prótese fonatória sob anestesia local. Paciente 3: Fez troca da prótese fonatória sob anestesia local.

Discussão: A prótese fonatória traqueoesofágica se apresenta como uma boa opção de reabilitação vocal nos pacientes submetidos à laringectomia, com pequeno risco de complicações pós-

-operatórias e melhoria importante da qualidade de vida. Além de trazer vantagens, como não comprometer os princípios das cirurgias oncológicas, não ser contraindicada em pacientes que farão radioterapia, facilidade de aprendizado e adaptação, boa qualidade vocal, entre outros.

Comentários finais: O cirurgião que se dispuser a fazer um tratamento cirúrgico como a laringectomia deve estar preparado para oferecer todas as formas possíveis de reabilitação vocal, esclarecer de maneira simples e objetiva as vantagens e desvantagens de cada uma, cabe ao paciente escolher a que julgar melhor. A prótese fonatória traqueoesofágica se apresenta como uma boa opção de reabilitação vocal nesses pacientes, com pequeno risco de complicações pós-operatórias e melhoria importante da qualidade de vida.

PRC-062 SÍNDROME DE GRISEL COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA AGUDA: RELATO DE CASO

Mikhael Romanholo El Cheikh, Juliane Moreira Barbosa, Mariana Moreira de Deus, José Neto Ribeiro de Souza, Marina Ferraz Gontijo Soares, Raissa Camelo Valletta, Melissa Ameloti Gomes Avelino

Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: A síndrome de Grisel, definida como subluxação da articulação atlantoaxial, é encontrada principalmente em crianças. Está associada a qualquer etiologia que leve a hiperemia e relaxamento patológico do ligamento transversal da articulação atlantoaxial (C1/C2).

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 11 anos, deu entrada no serviço de otorrinolaringologia com quadro de otite média aguda. Tratada previamente com penicilina benzatina sem melhoria do quadro. Passou a apresentar pioria do quadro clínico e posicionamento cervical antálgico para esquerda. Tomografia computadorizada de pescoço evidenciou velamento de células da mastoide, coleções cervicais e subluxação atlantoaxial. Submetida à drenagem de coleções cervicais, iniciada antibioticoterapia parenteral (ceftriaxone e oxacilina) e instalado halo craniano para estabilização da coluna durante três semanas. Apresentou melhoria completa do quadro clínico.

Discussão: Mais frequente em crianças, a fixação rotatória C1/C2 geralmente é precedida por afecção inflamatória de cabeça ou pescoço. Os principais sintomas são dor cervical e dificuldade de mobilização do pescoço. No exame físico, o paciente encontra-se com a cabeça inclinada para um lado e rotação contralateral. Outro sinal é o desvio do processo espinhoso de C2 ipsilateral à rotação da cabeça. A radiografia cervical auxilia no diagnóstico, porém a tomografia computadorizada evidencia com mais clareza a rotação das vértebras envolvidas. O tratamento pode ser conservador, com colar e tração. Nos casos em que o desvio da fixação seja mais pronunciado ou quando o diagnóstico é feito tardiamente, o uso da tração com halo craniano ou artrodese pode ser necessário.

Comentários finais: A evolução desfavorável que ocorreu após otite média aguda enfatiza a importância da anamnese detalhada e de um cuidadoso exame clínico no direcionamento das estratégias de investigação e terapêutica.

PRC-063 TRAQUEOSTOMIA INTRAÚTERO - UM RELATO DE CASO EM SÍNDROME DE CHAOS

Bruna Coelho Ellery, Adriana Pereira Miguel, Anna Cheiko Hayashi, André do Lago Pinheiro, Mariana Santana Xavier, José Eduardo Antunes Pinheiro, Maury de Oliveira Faria Junior

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: As anomalias congênitas de cabeça e pescoço podem cursar com obstrução de vias aéreas e requerem intervenções imediatas. A síndrome da obstrução congênita das vias aéreas superiores (CHAOS) é rara e fatal. O diagnóstico é feito por ultrassonografia e ressonância fetal. Os procedimentos de tratamento extraútero intraparto (EXIT) são necessários no objetivo de preservar o intercâmbio gasoso uteroplacentário a tempo de garantir via aérea prévia.

Apresentação do caso: Recém-nascido (RN), 34 semanas e cinco dias de idade gestacional, pré-natal completo, mãe com 24 anos, primigesta, previamente hígida. Diagnóstico de defeito do septo atrioventricular e síndrome de CHAOS por atresia traqueal, durante pré-natal. Programada cesárea eletiva, porém mãe entrou em trabalho de parto e foi feita cesárea de emergência com equipe multiprofissional presente. Feita traqueostomia com RN ainda conectado ao cordão umbilical, via procedimento EXIT, sem intercorrências. RN apresentava implantação baixa de orelhas, abdome globoso, genitália ambígua. Foi a óbito natural aos 16 dias devido a comorbidades associadas.

Discussão: A síndrome de CHAOS é uma entidade rara composta de obstrução completa ou quase completa das vias aéreas superiores, como atresia laríngea ou traqueal, e leva à ascite ou hidropsia fetal, alargamento, hipertrofia e hipercogenicidade pulmonar bilateral, inversão da convexidade do diafragma; dilatação de vias aéreas; hipertrofia placentária e polidrâmnio. O diagnóstico é feito por exames de imagem e intervenções precoces são necessárias. O procedimento EXIT está indicado para casos de compressão das vias aéreas e anomalias anatômicas; o objetivo é garantir a via aérea ainda com o intercâmbio gasoso uteroplacentário.

Comentários finais: Anomalias congênitas podem comprometer a via aérea do RN. No relato descrito, a traqueostomia foi o procedimento EXIT de escolha para garantir via aérea em RN com diagnóstico pré-parto de CHAOS.

PRC-064 TRATAMENTO DE EXTENSO AMELOBLASTOMA MANDIBULAR RECIDIVANTE

Francisco Wagner Vasconcelos Freire Filho, Eduardo Bezerra Rocha, Erik Frota Haguette, Kélvio da Silva Lins, Nathácia Oliveira Gonçalves, Fernanda Maria Queiroz Pereira, Gabrielle Lima de Araújo

Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Ameloblastoma é um tumor odontogênico epitelial benigno de crescimento lento, insidioso e com grande possibilidade de recidiva. Seu diagnóstico é frequentemente tardio, pois os pacientes podem se apresentar assintomáticos, mesmo quando há envolvimento dos feixes vasculonervosos. O tumor provoca a expansão gradual das corticais ósseas e leva à deformidade estética ou perda da função. O diagnóstico normalmente é feito nesse momento, quando acontece a busca por atendimento especializado. Esse diagnóstico tardio permite que ocorram grandes deformidades, destruição das corticais ósseas e possibilidade de recidiva tumoral pela infiltração silenciosa dos tecidos moles circunvizinhos.

Apresentação do caso: Paciente feminino, 30 anos, apresentava assimetria facial progressiva à direita e em linha média, associada a dificuldades de deglutição e fonação. À oroscopia, evidenciamos perda de fundo de sulco mandibular e do assoalho da boca e elevação da língua. História de cirurgia prévia por ameloblastoma havia dez anos. Na tomografia computadorizada evidenciamos lesão hipodensa, insuflativa e infiltrante, que envolvia a região mentoniana com grandes loculações e estendia-se do molar direito à parassínfise esquerda com grande expansão cortical. Biópsia incisional confirmou ameloblastoma. Indicadas ressecção da massa tumoral e reconstrução imediata com placa 2,4 mm. Em um segundo tempo foi feita reconstrução com enxerto fibular livre e 20 sessões de oxigenioterapia hiperbárica pós-operatória. Feitos

implantes dentários e reabilitação protética, com restauração da função da paciente.

Discussão: Extensas lesões recidivantes constituem um desafio ao tratamento cirúrgico do ameloblastoma. O retorno funcional do sistema estomatognático com restabelecimento do arco mandibular que possibilitam apoio tecidual para fonação, deglutição e simetria facial constituem o objetivo do tratamento. Ressaltamos a importância do diagnóstico precoce e do tratamento multidisciplinar na obtenção de melhores resultados.

Comentários finais: Extensos ameloblastomas constituem um desafio para o tratamento e a reabilitação do sistema estomatognático, visto serem mutilantes, onerosos e necessitarem de equipe multidisciplinar.

PRC-065 TRATANDO HIGROMA CÍSTICO COM OK-432

Paula Sant'Anna de Oliveira, Michele Silveira de Ávila, Juliana Peraro Miguel, Rafaela Miranda Condé de Oliveira, Daniela Toledo de Aguiar, Elvira Lopes da Silva, Erwin Langner

Santa Casa de Limeira, Limeira, SP, Brasil

Introdução: O higroma cístico é um tipo de linfangioma formado devido à não comunicação entre o sistema linfático e a veia jugular. É uma malformação congênita rara do sistema linfático.

Apresentação do caso: D.R.C., 16 anos, masculino, referia aparecimento de massa supraclavicular direita havia cinco meses, com aumento progressivo. Ao exame físico, presença de lesão cística, sem sinais flogísticos. Feito USG de pescoço com evidência de lesão cística, de conteúdo anecoico, contornos definidos, com cerca de 6 cm e tomografia que apresentava formação ovalada e de atenuação cística na região cervical posteroinferior direita sugestivas de linfangioma. Feito tratamento com OK-432, foram aplicados 2 mL do agente esclerosante. Após dois meses, o paciente retornou com melhora e foi evidenciado ao exame físico nódulo cístico de contornos regulares, com 1,5 cm, e na tomografia de pescoço pequena formação cística, com até 1,3 cm.

Discussão: O higroma cístico é uma malformação congênita que acomete os pacientes após o período neonatal. Os linfangiomas são classificados de acordo com o seu tamanho em simples (microcístico), cavernosos e higroma cístico (macrocístico). O higroma cístico é caracterizado pelo seu crescimento lento e progressivo com compressão e infiltração de estruturas adjacentes, forma massas indolores, amolecidas, translúcidas ao exame físico. O diagnóstico pode ser confirmado pelos métodos de imagem e também por punção com análise citológica. O tratamento depende da apresentação clínica e dos riscos de complicações. A terapia mais indicada é a cirúrgica, porém há métodos opcionais, incluindo aspiração, injeção de agente esclerosante, radiação ou observação. A aplicação do agente esclerosante OK-432 produzido a partir do *Streptococcus pyogenes* vem apresentando bons resultados e baixa recidiva.

Comentários finais: O higroma cístico é uma malformação caracterizada por lesão cística de aumento progressivo que vem sendo tratada com a aplicação do agente esclerosante OK-432 e evoluiu com regressão parcial da lesão.

Área Temática: Laringologia e Voz

PRC-067 AMILOIDOSE LARÍNGEA ISOLADA COMO CAUSA DE DISFONIA

Luísi Rabaioli, Manoela Paiva de Oliveira, Paula de Oliveira Oppermann, Michele Manzini, Andreia Melchior Wenzel, Gabriel Kuhl

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Amiloidose é uma desordem benigna idiopática caracterizada pelo depósito extracelular de proteínas fibrilares insolúveis em qualquer órgão ou tecido. Apresenta pico de incidência na quinta década de vida e maior prevalência no sexo masculino. Pode ocorrer de forma localizada ou sistêmica. A amiloidose localizada é rara e a laringe costuma ser o local mais acometido, sobretudo a região supraglótica, e corresponde a menos de 1% das lesões benignas da laringe. O diagnóstico é confirmado por meio de exame anatomopatológico com coloração vermelho congo.

Apresentação do caso: V.R.S., 49 anos, masculino, branco, hígido, procurou atendimento no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) por disфония havia um ano com pioria progressiva e dispneia ao decúbito de início recente. Negava história de abuso vocal, tabagismo ou perda ponderal. Exame otorrinolaringológico sem achados relevantes, à exceção de videolaringoscopia, que revelou lesão volumosa de aspecto amarelado em região supraglótica esquerda, que impedia a visualização adequada das demais estruturas. Submetido à laringoscopia direta sob anestesia geral para estadiamento da doença e biópsia. Durante o procedimento foi possível a identificação de lesão difusa, friável, de superfície irregular, que comprometia face laríngea da epiglote, região supraglótica, glótica e subglótica principalmente à esquerda e reduzia luz glótica em 40%. Feita remoção a frio de parte da lesão. Análise anatomopatológica confirmou amiloidose laríngea com vermelho congo positivo. Investigação complementar de provas reumatológicas, exames laboratoriais (hemograma, VHS, provas de função renal e hepática, eletroforese de proteínas sérica e urinária), radiografia de tórax e eletrocardiograma sem alterações. Seguimento pós-operatório com persistência da disфония, porém melhora importante da dispneia.

Discussão: O acometimento laríngeo da amiloidose costuma ser limitado à região supraglótica, é rara a presença de lesões na glote e subglote; o caso descrito caracteriza-se por uma apresentação translglótica incomum. Apresenta evolução lenta e bom prognóstico, é incomum apresentar-se como sintoma inicial de um quadro sistêmico. O tratamento da lesão é essencialmente cirúrgico por meio da excisão da lesão de maneira conservadora; terapêutica medicamentosa não tem apresentado bons resultados. Pode-se optar também pela conduta expectante em pacientes pouco sintomáticos.

Comentários finais: Por ser doença rara, o diagnóstico precoce da amiloidose localizada laríngea é dependente da suspeição clínica por parte do otorrinolaringologista. Deve-se lembrar também a importância da investigação complementar para descartar doença sistêmica. Os pacientes devem ser mantidos em seguimento regular com o intuito do diagnóstico e tratamento precoce de recidivas.

PRC-068 AMILOIDOSE LARÍNGEA PRIMÁRIA: RELATO DE CASO

Marina Andrade Teixeira, Renata Cristina Cordeiro Diniz Oliveira, Helena Cunha Sarubi, Sanzio Tupinambá Valle, Juliana Altavilla van Petten Machado

Hospital Socor, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Amiloidose do trato respiratório superior é uma enfermidade rara, a laringe o órgão mais frequentemente afetado, com queixas comuns de disфония e dispneia. É mais prevalente em homens, em torno da quinta década. De caráter idiopático, seu diagnóstico é confirmado histopatologicamente por meio da coloração vermelho congo.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 40 anos, com história de rouquidão de longa data e evolução para dispneia. Ao exame otorrinolaringológico apresentava voz rouca e áspera. Foi submetida à laringoscopia rígida que evidenciou lesão subglótica bilateral com redução do espaço aerolocal e presença de hiperconstricção global da glote. Submetida à remoção por microcirurgia

de laringe, o laudo histopatológico foi compatível com amiloidose. Optou-se então por acompanhamento clínico e laringoscópico semestral após excluídos focos de amiloidose extralaríngea.

Discussão: A amiloidose é uma doença idiopática e a laringe é o órgão mais frequentemente afetado, correspondendo a menos de 1% dos tumores benignos. O diagnóstico é dado por meio da laringoscopia para caracterizar a lesão e o tratamento cirúrgico consiste em exérese total da lesão, para manter uma via aérea funcional e um bom padrão vocal, seguido de acompanhamento clínico por longos períodos, pois recidivas podem ocorrer tardiamente.

Comentários finais: A amiloidose laríngea é patologia rara e o diagnóstico é confirmado pelo exame anatomopatológico. Abordagem cirúrgica é feita de acordo com a sintomatologia, com necessidade de exclusão do envolvimento sistêmico da doença.

PRC-069 AMILOIDOSE LARÍNGEA, UM TUMOR BENIGNO COMO CAUSA DE DISFONIA

Cláudio Henrique da Cunha Procópio, Daniel Castelo Rocha, Andressa Rolim Freitas, Jordanna Yvna Fontenele Alcântara, Mariana Pontes Baquit, Hugo Bandeira Portela, José Victor Lima Figueiredo

Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A amiloidose localizada é uma doença rara caracterizada pela presença de depósitos de proteínas fibrilares extracelulares em diversos órgãos e tecidos. Corresponde a menos de 1% dos tumores benignos de laringe e sua etiologia é pouco conhecida. É menos comum em menores de 50 anos e em mulheres.

Apresentação do caso: A.C.S., feminina, 33 anos, professora com histórico de disфония crônica que piorara havia dois anos, disfagia e otalgia à direita. A conduta feita foi uma laringoscopia direta, que apresentou volumoso abaulamento em face superior e medial da banda ventricular direita e lesão de aspecto cístico proveniente de banda ventricular direita. Foi solicitada laringectomia parcial para biópsia, a qual demonstrou amiloidose laríngea; em seguida foi feita outra laringectomia para remoção completa da lesão.

Discussão: O doente geralmente apresenta rouquidão, disfagia, dispneia aos esforços, asfixia e sensação de plenitude faríngea. Neste estudo, os sintomas apresentados foram disфония, disfagia e otalgia. A investigação da doença se baseia em exames endoscópicos, como a laringoscopia direta, e de imagem - ressonância magnética e tomografia computadorizada. O diagnóstico é confirmado com biópsia; evidenciam-se depósitos amiloides extracelulares homogêneos, amorfos e eosinofílicos. É necessário afastar possibilidade de a amiloidose ser secundária, investigar síndromes familiares e endocrinopatias, como câncer medular de tireoide. O tratamento inclui exérese total da lesão para manter a via aérea funcional e bom padrão vocal. A intervenção cirúrgica por via endoscópica tem sido a mais usada; todavia, em casos que causem obstrução aérea, é indicada a laringectomia, técnica que foi usada para o tratamento da paciente do caso.

Comentários finais: É importante definir o correto diagnóstico, com o intuito de afastar possíveis doenças com maior morbidade. Ademais, é necessário um seguimento com um otorrinolaringologista após a exérese total da lesão, pois recidivas são comuns e esperadas.

PRC-070 AMILOIDOSE LOCALIZADA RINOFARÍNGEA E PLASMOCITOMA LARÍNCEO

Roberto Eustáquio Santos Guimarães, Gustavo Meyer de Moraes, Ana Lívia de Barros Rocha, Henrique Ribeiro Mansur Barbosa, Greiciane Parreiras Lage, Leandro Farias Evangelista, Carolina da Fonseca Barbosa

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Amiloidose é uma doença de depósito proteico classificada em sistêmica ou localizada. É rara, principalmente na cabeça e pescoço, a mais comum é a laríngea e a mais rara a rinofaríngea. Plasmocitomas extramedulares (PEM) são tumores malignos de linfócitos B. A maioria localiza-se no trato aerodigestivo superior, principalmente nariz e seios paranasais; são incomuns em laringe. **Apresentação do caso:** Feminino, 30 anos, iniciou disфония progressiva em 2006. Após três anos procurou atendimento. Foram identificadas lesões em nasofaringe (4,5 × 3,4 × 3,4) e hipofaringe, não contíguas. Foram biopsiadas, com resultado anatomo-patológico e imuno-histoquímico de depósito amiloide em rinofaringe e plasmocitoma em supraglote. Investigação sistêmica negativa. Feita excisão cirúrgica parcial pelo sangramento volumoso das lesões nasofaríngeas em 2010 e 2015 via endoscópica. O quadro laríngeo foi tratado com radioterapia. Fechou critérios para amiloidose localizada nasal e PEM laríngeo. **Discussão:** Lesões amiloidóticas apresentam birrefringência verde-maçã à luz polarizada, coradas pelo vermelho do congo. Na nasofaringe manifesta-se com epistaxe, obstrução nasal, disfunção tubária, crescimento lento e elevada recorrência. Quando diagnosticado em cabeça e pescoço, deve-se excluir amiloidose sistêmica por meio de anamnese, exame físico, eletroforese sérica, eletrocardiograma e ultrassonografia abdominal. Amiloidose localizada tem excelente prognóstico. A principal complicação cirúrgica é sangramento. A via endoscópica nasal é a primeira escolha. Não há evidência de a forma localizada progredir para sistêmica, ainda sem tratamento. PEM é a forma neoplásica localizada, e mieloma múltiplo (MM) a sistêmica. Deve-se solicitar hemograma, eletroforese de proteínas, raios X de esqueleto, aspirado de medula óssea, pesquisa de proteínas de Bence-Jones, que geralmente são negativos, para excluir MM. Plasmocitomas de laringe apresentam-se como pólipos ou placas submucosas, geralmente únicas. O tratamento de escolha é a radioterapia.

Comentários finais: Apesar de raras, amiloidose e PEM devem ser lembrados pelo otorrinolaringologista no diagnóstico diferencial de tumores nasais e laríngeos. É fundamental pesquisa de amiloidose sistêmica e MM.

PRC-071 ARITENOIDECTOMIA PARCIAL EM PACIENTE COM PARALISIA VOCAL BILATERAL EM ADUÇÃO

Camila Carolina de Souza, Alexandre Augusto Fernandes, Cynthia Meira de Almeida Godoy, Luciana Fontes Silva da Cunha Lima, Ivan Machado de Almeida Júnior, Maria Luísa Nobre Medeiros e Silva, Ana Carolina Fernandes de Oliveira

Hospital Universitário Onofre Lopes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Introdução: A paralisia de prega vocal bilateral em adução geralmente causa dispneia severa.

Apresentação do caso: J.M.A., sexo masculino, 48 anos, atendido no ambulatório de otorrinolaringologia do HUOL com queixa de dispneia de moderada intensidade e frequente, principalmente aos esforços e quando tem infecção de via aérea superior. Negou disфония, engasgos ou entalos. Submetido anteriormente à radioterapia para tratamento de tumor em região traqueal e já submetido à dilatação broncoscópica de região laringotraqueal pela equipe da cirurgia torácica do mesmo hospital. Ao exame: EGR, vigil, orientado, corado, hidratado, eupneico, FC = 88 bpm, FR = 24 irpm, PA = 120 × 80 mmHg, T = 36,6°C. Videolaringoscopia: paralisia de prega vocal bilateral em adução com mínima abertura durante inspiração. Paciente foi orientado sobre condições de sua voz e riscos de disfagia e aspiração no pós-operatório, assinou termo de consentimento livre e esclarecido e foi submetido à cordotomia posterior associada à aritenoidectomia parcial à esquerda (foi feita traqueostomia imediatamente antes do início do procedimento cirúrgico). Evoluiu

bem no pós-operatório, teve teste de oclusão da cânula de traqueostomia favorável com duas semanas da data da cirurgia. Retirada da cânula de traqueostomia com três semanas de pós-operatório, evoluiu sem queixas respiratórias. Segue com disфония moderada e acompanhamento com fonoterapia semanal.

Discussão: A maioria das paralisias bilaterais de pregas vocais ocorre por lesão bilateral do nervo laríngeo recorrente. Segundo a literatura, a principal etiologia é a lesão iatrogênica do nervo durante cirurgias ou procedimentos cervicais e torácicos. No caso do nosso paciente, associamos a paralisia de prega vocal com a radioterapia. **Comentários finais:** Com o procedimento cirúrgico proposto é possível obter a restauração da via aérea do paciente por meio da ampliação da fenda glótica. A perda da qualidade vocal no pós-operatório é esperada e paciente deve ser encaminhado para acompanhamento com fonoaudiologia.

PRC-072 CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE LARINGE

Gerson Schulz Maahs, Cristina Cavalheiro Girardon, Gabriela Agostini Bergmann, Aline Silveira Marthá, Juliana Mazzaferro Krebs, Emanuele Caroline Miola, Daiane Oliveira Braga

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Os carcinomas neuroendócrinos de laringe (CNL) representam em torno de 1% das neoplasias desse órgão, figuram como segundo tipo mais frequente de tumores malignos da laringe. **Apresentação do caso:** Paciente masculino, 62 anos, ex-tabagista, queixou-se de disфония progressiva havia quatro meses, sem outros sintomas associados. Ao exame físico, a laringoscopia indireta evidenciou lesão infiltrativa em supraglote esquerda, com discreta diminuição da mobilidade da prega vocal ipsilateral e ausência de adenomegalias cervicais. Tomografia computadorizada cervical contrastada demonstrou lesão que invadia a cartilagem tireoide em sua porção superior, junto ao espaço pré-epiglótico. Estadiamento T4aN0M0. Feita biópsia, com congelamento transoperatório, que evidenciou carcinoma provável de pequenas células. Exame anatomopatológico firmou o diagnóstico de carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado. Indicado tratamento com quimio e radioterapia, porém o paciente foi a óbito decorrente de complicações pós-quimioterapia.

Discussão: A maioria dos CNL apresenta-se na região supraglótica. O tumor carcinoide típico tem prevalência de 3%. Trata-se de tumor bem diferenciado, apresenta-se geralmente em estágio I. O tratamento consiste na laringectomia parcial. O tumor carcinoide atípico representa 54% dos CNL. Moderadamente diferenciado, mais frequentemente indicam-se laringectomia parcial ou total e esvaziamento cervical. O carcinoma neuroendócrino de pequenas células apresenta frequência de 34%. O exame histopatológico mostra um tumor pouco diferenciado. Ao diagnóstico, a maioria já se encontra em estágio IV, devido às metástases a distância precoces. O tratamento consiste em quimio e radioterapia. A sobrevida em cinco anos é de até 30,8%. A maioria dos CNL tem elevada taxa de recidiva, tanto locorregional como a distância, à exceção do carcinoide típico.

Comentários finais: A alta propensão à recorrência dos CNL e a variável resposta ao tratamento requerem uma estratégia que considere especificamente cada subtipo de tumor.

PRC-073 CARCINOMA SARCOMATOIDE DE LARINGE: RELATO DE CASO

Érica Cristina Campos e Santos, Natália Maria Couto Bem Mendonça, Rodrigo Betelli Alves, Lucas Soares Passos Guimarães, Maria Laiza Fernandes Neves Abreu, Matheus Freitas Leite, Paulo Sérgio Lins Perazzo

Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: Tumores de linhagem sarcomatoide são raros e acometem preferencialmente a laringe, mas podem ocorrer em qualquer parte das vias aéreas superiores. São responsáveis por cerca de 1% de todos os tumores ocorrentes na topografia de cabeça e pescoço. Seu diagnóstico é um desafio mesmo para otorrinolaringologistas experientes, tendo em vista que sua apresentação não difere da dos demais tumores laríngeos. Suas manifestações clínicas mais frequentes são disфония e dispneia. O diagnóstico definitivo é dado por imuno-histoquímica e o prognóstico dependente de comprometimento linfonodal.

Objetivo: Relatar moléstia de rara incidência e, portanto, de interesse da comunidade médica.

Relato de caso: J.Z., sexo masculino, 73 anos, pardo, aposentado, solteiro, natural de Acajutiba e procedente de Feira de Santana (BA). Apresentou-se à consulta otorrinolaringológica com queixa de rouquidão havia cinco meses associada a pigarro noturno. Como antecedentes referiu ser ex-tabagista, abstêmio havia 20 anos. Foi feita videolaringoscopia, que evidenciou lesão de aspecto polipoide de coloração rósea em prega vocal direita com aproximadamente 3 mm. O paciente foi submetido à microcirurgia laríngea, foi dissecada a lesão integralmente com pouco sangramento. A peça foi submetida à análise imuno-histoquímica, que revelou carcinoma de células escamosas com componente sarcomatoide; foi programada nova abordagem para ampliação de margens.

Conclusão: A sarcomatose laríngea tem seu diagnóstico postergado devido à sua manifestação semelhante aos demais tumores laríngeos. É necessária análise imuno-histoquímica para diagnóstico definitivo. Sua identificação precoce permite intervenção eficaz, que melhora o prognóstico e a sobrevida.

PRC-074 CISTO DE CÉLULAS ONCOCÍTICAS - RELATO DE CASO

Taisse Costa Lima, Bianca Mendonça de Almeida, Monalice Ferreira Campos, Sidarta Veríssimo Santos Neves, Vinícius Campos Coelho, Carlos Abreu Lima Thomé da Silva, Ana Cristina da Costa Martins

Pontifícia Universidade Católica/ SEPTO

Introdução: Cistos de células oncocíticas são raros, benignos e de crescimento lento. O citoplasma contém inúmeras mitocôndrias hipertrofiadas que explicam sua eosinofilia e seu edema. Na laringe, a metaplasia oncocítica é rara e é vista no revestimento dos cistos de laringe. Podem ser encontrados nos ventrículos ou nas bandas ventriculares, onde as glândulas seromucinosas são mais abundantes. Rouquidão é o sintoma mais comum, enquanto dor, estridor ou obstrução da laringe são queixas incomuns. Mais comum em idosos entre a sétima e a oitava décadas de vida, e sua incidência nas biópsias da laringe é entre 0,5-1%.

Apresentação do caso: M.L.M.L., 63 anos, tabagista 20 cigarros/dia (> 40 anos), apresentava disфония e rouquidão recorrente com evolução de cinco anos e piora gradual nos últimos seis meses. Videolaringoscopia: massa polipoide pedunculada em banda ventricular esquerda. Feita microcirurgia de laringe com laser para retirada da lesão que media 2,0 × 1,8 × 1,0 cm e apresentava superfície lisa, coloração rósea e conteúdo gelatinoso, cujo histopatológico descrevia formações císticas com projeções papilares para o interior da luz, revestida por epitélio com citoplasma eosinofílico, finamente granular, e núcleo arredondado (aspecto oncocítico). Em acompanhamento com remissão dos sintomas.

Discussão: Cistos oncocíticos formam subgrupo raro dentro das lesões císticas laríngeas e são mais incidentes nas mulheres a partir da sétima década de vida. O caso descrito corrobora a literatura e neste paciente a inflamação crônica consequente ao tabagismo pode ter contribuído para o desenvolvimento das células oncocíticas na mucosa laríngea. Estudos recentes associam o tabagismo

com o tumor de Whartin - tumor de glândula salivar com propriedades oncocíticas.

Comentários finais: Cisto de células oncocíticas de laringe é um tumor raro, benigno, de origem glandular, que pode causar desde sintomas inespecíficos a obstrutivos e até ser assintomático, a depender de seu tamanho. Clinicamente indistinguível de outras formações císticas, de difícil diagnóstico, é um achado de exames endoscópicos elucidados por estudo anatomopatológico.

PRC-075 CISTO ONCOCÍTICO LARÍNGEO: CAUSA INCOMUM DE DISFONIA

Natashi Nizzo, Rosane Siciliano Machado, Roberta Bak Ferro, Lícia Resende Oliveira, Luiza de Souza Mello, Thamiris Cristina Santos Lopes, Gabriela de Oliveira Monteiro

Hospital Central da Polícia Militar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O cisto oncocítico laríngeio é lesão rara e benigna, mais prevalente em idosos. De etiologia incerta, há teorias sobre a interferência de fenômenos inflamatórios, degenerativos e outros próprios do envelhecimento. A apresentação mais comum é glótica e o sintoma principal, disфония crônica. O tratamento é conservador, com baixa taxa de morbidade e mortalidade.

Apresentação do caso: Z.P.A.S., 76 anos, feminino, iniciou disфония isolada. Laringoscopia indireta mostrou grande cisto hemático na região supraglótica à esquerda. Tratada com amoxicilina-clavulato e glicocorticoide oral e tóxico nasal. Nasofibrolaringoscopia evidenciou lesão no terço anterior da prega vocal esquerda. A tomografia computadorizada, observou-se formação nodular de contornos regulares, pediculada, na borda superior da prega vocal esquerda, de 7 mm no seu maior diâmetro. Após excisão da lesão por microcirurgia de laringe, a histopatologia diagnosticou cisto oncocítico laríngeio.

Discussão: O cisto oncocítico da laringe é uma lesão cística benigna rara, caracterizada por metaplasia das glândulas mucosas resultante da alta atividade metabólica do epitélio endócrino, no qual se identificam oncócitos. Mais prevalente em idosos, mulheres principalmente. Estuda-se interferência de fenômenos inflamatórios, degenerativos e outros próprios do envelhecimento, explicados pelo estresse oxidativo e aumento da atividade de enzimas da cadeia respiratória. Ocorre hiperplasia mitocondrial compensatória pela perda celular, justifica eosinofilia característica dos oncócitos. Apresentação única e glótica. Sintoma principal é disфония crônica. Tosse seca, odinofagia, estridor e dispneia são incomuns, porém importantes para diagnóstico diferencial. Laringoscopia mostra imagem polipiforme, rosada, lisa, que sai do ventrículo em direção à prega vocal. Admite tratamento conservador com excisão local por meio de microcirurgia de laringe, técnica endoscópica ou excisão com laser de CO₂. Sem comprovação na literatura de qual técnica seja superior. Recomenda-se seguimento, ainda que sejam incomuns recidiva e malignização.

Conclusão: Conhecer a patologia é importante para diagnóstico diferencial, afastar causas malignas, que são altamente suspeitadas na população idosa. Diminui a invasividade e a morbidade no paciente.

PRC-076 CISTO PIOGÊNICO ARIEPIGLÓTICO: CASO RARO

José Antonio Pinto, Milena Nathália Shingu Funai, Élcio Izumi Mizoguchi, Pedro Paulo Vivacqua da Cunha Cintra, Heloísa dos Santos Sobreira Nunes

Núcleo de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Medicina do Sono de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Cistos laríngeos são lesões benignas raras de etiologia ainda desconhecida. Acredita-se que podem decorrer de malformações embriológicas e/ou inflamação, infecção e neoplasia. Seu

pico de incidência é na sexta década sem predileção por sexo ou lado. Entretanto, há estudos que evidenciaram predomínio em sexo feminino entre 20 e 40 anos, sem hegemonia por lado. Em geral são assintomáticos ou com sintomas inespecíficos (disfonia, disfagia, odinofagia, dentre outros), cujo tratamento é observacional ou cirurgia eletiva. De modo excepcional, podem evoluir subitamente com dispneia importante e estridor inspiratório e necessitar traqueostomia ou microcirurgia de urgência.

Apresentação do caso: Sexo feminino, 70 anos, ex-tabagista, hipertensa, com quadro de disfonia intermitente havia quatro meses, com pioria progressiva. Cursou com dispneia aos mínimos esforços e estridor à inspiração havia três dias. Apresentava-se disfônica com estridor inspiratório e retração de fúrcula esternal, roncões difusos à ausculta pulmonar e ausência de massas palpáveis no pescoço. À videolaringoscopia apresentou lesão de aspecto cístico (8 mm de diâmetro) em prega ariepiglótica direita com obstrução parcial do vestibulo laríngeo e móvel à deglutição, o que dificultava a visualização das pregas vocais. Tomografia computadorizada evidenciou lesão oval bem delimitada supraglótica com baixa atenuação no lado direito e pequeno pedículo fixado à prega ariepiglótica com obstrução quase completa do lúmen. Submetida à microcirurgia de laringe de urgência com laser de CO₂ que exteriorizou conteúdo piogênico. O anatomopatológico evidenciou cisto ductal supraglótico. No pós-operatório, evoluiu assintomática e sem recorrência de lesão.

Discussão: Cerca de 5% das lesões benignas da laringe correspondem aos cistos. Classificam-se em ductais (mais frequentes) e em saculares. Localizam-se de modo preferencial na face lingual na epiglote e, raramente, na região ariepiglótica.

Comentários finais: Cisto ductal piogênico em região ariepiglótica em adultos é um caso raro que, se não tratado a tempo e adequadamente, pode acarretar em delicado desfecho.

PRC-077 CORPO ESTRANHO DE LARINGE: RELATO DE UM CASO DE DIFÍCIL VISUALIZAÇÃO E RETIRADA

Tamires Sales Alencar Ferreira, Rodrigo Augusto de Souza Leão, Erídeise Gurgel da Costa, Lindalva Maria Pereira Lima de Faria, Gustavo Pinto Ribeiro, Vicente da Silva Monteiro

Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, Brasil

Introdução: Relato de um interessante caso de corpo estranho de laringe de difícil comprovação diagnóstica e retirada.

Apresentação do caso: I.G.S., 51 anos, masculino, autônomo, procedente de São Lourenço da Mata (PE), procura a emergência otorrinolaringológica devido à queixa de incômodo na garganta e disfonia havia oito dias e relatou ter comido peixe. Negou quaisquer outras queixas. Foram feitos raios X cervical, sem evidências de corpo estranho, além de videolaringoscopia que mostrava edema de aritenóide direita com diminuição da mobilidade da prega vocal direita. Fez, então, endoscopia digestiva alta, que, porém, também não encontrou corpo estranho. Devido à manutenção da queixa do paciente, foi internado e submetido à RNM de pescoço, que revelou assimetria dos processos vocais; notava-se espessamento e realce pelo gadolínio à direita, que envolvia a cartilagem aritenóide desse lado. Fez posteriormente TAC de pescoço (cortes finos), que mostrou formação hiperdensa delgada e alongada com orientação posteroanterior e longitudinal, média cerca de 2 cm, localizada em projeção de prega vocal direita, de permeio ao músculo tireo-aritenóide junto à cartilagem tireoide. Decidiu-se por abordagem cirúrgica; foi feita uma cordectomia exploradora, na qual não foi encontrado corpo estranho. Foi repetida tomografia após procedimento, que manteve os achados da anterior. Fez-se, pois, 28 dias após a admissão na urgência, nova intervenção cirúrgica, com retirada de espinha de peixe que media 2 cm da porção medial da laringe. O paciente evoluiu com melhoria do quadro e recebeu alta, está sem queixas desde então.

Discussão: Apesar do forte valor preditivo positivo, devido a exames que mostravam indícios da presença de corpo estranho, houve dificuldade significativa de encontrá-lo tanto nos exames endoscópicos quanto nos procedimentos cirúrgicos. O paciente mantinha queixas persistentes e, com o auxílio dos exames de imagem, que evidenciavam a presença do corpo estranho, manteve-se a investigação até a sua completa retirada.

Comentários finais: Este relato de caso mostra a importância de valorizar as queixas do paciente e dos achados em exames de imagens (cortes finos), mesmo após diversos exames endoscópicos e até mesmo um procedimento cirúrgico não terem encontrado o corpo estranho referido na região da laringe do paciente em questão.

PRC-078 CRICOARITENOIDITE EM PORTADOR DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Anderson Tino de Carvalho, Thiago Cavalcante Ribeiro, Nara Nunes Barbosa Costa, Victor Holanda Bezerra, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, David Greco Varela, Nilvano Alves de Andrade

Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Hospital Santa Izabel, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma desordem autoimune que pode acometer diferentes órgãos. Alterações laríngeas em pacientes reumáticos são infrequentes e pouco relatadas na literatura.

Apresentação do caso: T.L.C., mulher, 25 anos, com LES de acometimento cutâneo e articular, com história de disfagia associada à disfonia com pioria progressiva havia duas semanas. Ao exame físico, apresentava-se orientada, contactante, nervos cranianos, força muscular e coordenação motora sem déficits. Videolaringoscopia revelou paralisia em adução de pregas vocais bilateralmente e intensa hiperemia de região interaritenóide. Ressonância nuclear magnética de encéfalo e pescoço não revelaram alterações. Evoluiu com pioria progressiva da dispneia; optou-se pela intubação orotraqueal seguida de traqueostomia e pulsoterapia com metilprednisolona 1 g/dia por três dias. Hemoculturas e cultura para fungos/tuberculose de lavado broncoalveolar negativas. Paciente evoluiu com melhoria da disfagia e da paralisia de pregas vocais durante período de internação. Alta hospitalar em 36 dias sem decanulação da traqueostomia.

Discussão: Quase todos os órgãos podem ser afetados no LES; o sistema musculoesquelético é o mais envolvido. A inflamação da articulação cricoaritenóide pode ser considerada uma forma particular desse envolvimento. Exames de imagem e eletromiografia da laringe podem ser úteis na diferenciação de causas mecânicas e neurogênicas. Manifestações clínicas, como estridor, disfonia, disfagia e dispneia, não são específicas, mas a análise do quadro clínico geral e do potencial acometimento de microarticulações do arcabouço laríngeo, mesmo imperceptíveis aos meios convencionais de radiologia, além da ausência de indícios de acometimento central, orientou a conduta quanto ao tratamento de suporte avançado de vida, aliado ao uso de corticoterapia para reversão do grave quadro clínico.

Comentários finais: O acometimento da articulação cricoaritenóide em pacientes com LES é um evento raro. Acredita-se que a experiência acumulada com tais relatos de casos possa levar ao estabelecimento da melhor terapêutica frente às manifestações laríngeas.

PRC-079 DISFAGIA POR OSTEÓFITO GIGANTE - UM CASO RARO

Nayara Soares de Oliveira Lacerda, Vanessa Brito Campoy, Fernando Laffitte Fernandes, Eulália Sakano

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: Anormalidades na coluna cervical podem ser causas raras de sintomas esofágicos e traqueais. Alguns casos de alterações ósseas já foram descritos na literatura; na maioria das vezes essas alterações estão associadas à má formação no arco anterior da coluna cervical.

Apresentação do caso: Paciente de 57 anos, sexo feminino, com disfagia alta e emagrecimento. Feita nasofibrolaringoscopia flexível com visualização de abaulamento retrofaríngeo na altura de epiglote. A tomografia computadorizada cervical demonstrou artrodese de corpos vertebrais de C4 a C6, com acentuada osteofitose na face anterior dos corpos vertebrais de C3/C4 e C6/C7, com compressão de face posterior do esôfago cervical. A paciente foi encaminhada para o serviço de neurocirurgia e feita abordagem cirúrgica. Após a cirurgia, a paciente apresentou melhora da disfagia e recuperação do peso.

Discussão: Sintomas como disfagia, trismo e dispneia devido à compressão externa por uma anormalidade anterior da coluna cervical são raros; poucos casos já foram relatados na literatura. Dentre as causas de patologias em vértebras cervicais, já foram descritos osteófitos por doença articular degenerativa, espondilite anquilosante, hiperostose esquelética idiopática difusa (doença de Forestier) e exostose múltipla hereditária. Essas patologias são mais comuns em indivíduos idosos, geralmente após os 60 anos.

Comentários finais: Apesar de a disfagia por anormalidade em coluna cervical anterior ser um evento raro, é sempre importante pensar como diagnóstico diferencial, até por casos de metástases ósseas.

PRC-080 DISPNEIA POR SCHWANNOMA DE LARINGE

Julie Louise Miranda Sanz, Thiago Almeida Reis, Tatiana Roriz Lopes, Renata Mendonça, Guilherme Novaes Coimbra, Fernando Jorge dos Santos Barros, Ivan Carlos Orenszajn

Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Schwannomas são tumores benignos, de crescimento rápido e que se originam da bainha de mielina das células de Schwann de nervos motores, sensitivos e cranianos. O schwannoma da laringe corresponde a 0,1% dos tumores benignos desse órgão, a maioria situada na prega ariepiglótica. A degeneração maligna é extremamente rara. A propedêutica é baseada na videolaringoscopia e na tomografia computadorizada, e a terapêutica de escolha é a abordagem cirúrgica.

Apresentação do caso: E.N.F., feminino, 30 anos, do lar, deu entrada no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Federal do Andaraí com queixa de “bolo na garganta e cansaço”. Paciente relatou globus faríngeo, que evoluiu após três meses com disfagia progressiva, dispneia, perda ponderal de 14 kg e queda capilar. Negou comorbidades e tabagismo. Ao exame físico encontrava-se dispneica e com estridor. Otoscopia e rinoscopia sem alterações e visualização de massa posterior à epiglote pela oroscopia. Não havia massas ou abaulamentos cervicais. A videolaringoscopia evidenciava massa supraglótica de aspecto arredondado, liso e róseo. Foi feita uma traqueostomia de urgência e, após sedação, ressecção completa a partir de seu pedículo, com o material enviado para exame anatomopatológico. No pós-operatório, a paciente apresentou melhora precoce da dispneia, deglutição e fonação. Após 21 dias o resultado histopatológico foi compatível com schwannoma. Após dois anos de seguimento ambulatorial a paciente não apresentou recidiva do tumor.

Discussão: Paciente com evolução dramática de lesão laríngea benigna que teve como conduta a excisão cirúrgica com necessidade de manutenção de via aérea definitiva durante o procedimento. O resultado e o seguimento pós-operatório foram bem-sucedidos.

Comentários finais: Sensibilizar o otorrinolaringologista quanto à importância dos exames complementares e da conduta cirúrgica precoce nessa lesão com prejuízo da qualidade de vida do paciente.

PRC-081 DOENÇA DE CASTLEMAN: RELATO DE CASO

Fabício Scapini, Mariana Zago de Moraes, Jader Franci Carvalho Oliveira, Aloma Jacobi Dalla Lana, Débora Gama de Barros, Mônica Camara Goulart, Beatriz Durlacher Arantes de Souza

Serviço de Otorrinolaringologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução: A doença de Castleman (DC) é uma doença linfoproliferativa rara, associada ao vírus da imunodeficiência humana, ao herpes vírus tipo 8 e a um grande número de doenças malignas, e é classificada em unicêntrica ou multicêntrica.

Apresentação do caso: Paciente feminina, 74 anos, procurou atendimento no ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de dispneia à deambulação associada a estridor havia dois meses, com pioria progressiva, associada à alteração no padrão do ronco durante o sono, com despertares noturnos por sufocação. A videolaringoscopia rígida revelou grande lesão de aspecto polipoide, pediculada em prega ariepiglótica esquerda, de superfície lisa e regular, móvel à fonação e deglutição. A paciente foi submetida à microcirurgia de laringe, com ressecção total da lesão, incluindo parte do ligamento ariepiglótico e porção superior da aritenóide esquerdos. Apresentou boa evolução clínica pós-operatória, sem sinais de recidiva em seguimento de um ano. Os achados histopatológicos e imuno-histoquímicos evidenciaram proliferação linfóide atípica, descrita como hiperplasia linfóide reativa com alterações Castleman-like.

Discussão: A forma de apresentação unicêntrica afeta geralmente o mediastino, é normalmente assintomática e diagnosticada de forma incidental, ou no estudo de queixas inespecíficas relacionadas ao efeito de massa. Histologicamente, é classificada em três subtipos, com manifestações clínicas e prognósticos diferentes: a variante hialinovascular, que corresponde à maioria dos casos; a variante plasmocítica; e a variante mista. O tratamento e o diagnóstico consistem em excisão cirúrgica total e análise histopatológica da peça, a fim de indicar qual a classificação histológica da DC pode direcionar o tratamento da doença e excluir malignidades.

Comentários finais: Este relato apresentou caso de doença de Castleman unicêntrica, com uma apresentação clínica atípica, acometeu a laringe, e não relacionada ao vírus HIV, HHV-8 ou a neoplasias. A ressecção cirúrgica completa foi curativa.

PRC-082 EPIGLOTITE DISPNEIZANTE EM ADULTO: RELATO DE CASO

Renan Gonçalves Bessa, Raquel Gonçalves Bessa, Thays Meireles dos Santos, Walter Sedlacek Machado, Édio Júnior Cavallaro Magalhães, Adão Henrique Gomes Diniz

Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A epiglote é uma condição grave resultante de infecção das estruturas da epiglote, causa sinais e sintomas relacionados à inflamação e obstrução progressiva das vias aéreas. É uma patologia que pode levar à morte de maneira rápida, se não houver intervenção adequada na via aérea do paciente.

Apresentação do caso: Paciente compareceu à emergência e apresentava dispneia ao repouso. O quadro havia iniciado três dias antes, com febre, cervicalgia anterior, odinofagia e dispneia. Apresentava-se em insuficiência respiratória, com estridor inspiratório e cianose em face. Posicionava-se com tórax e cabeça anteriorizados, além de extensão cervical. Fez-se videolaringoscopia, evi-

denciaram-se edema e hiperemia predominante em epiglote, que impediu a identificação de luz glótica. Foi conduzida à sala de pacientes graves e monitorada. Apresentava-se taquicárdica e com SpO₂ de 76%. Foi feita tentativa de cricotireoidostomia. Devido à grande circunferência cervical e à agitação, não foi permitido o procedimento; decidiu-se então pela intubação nasotraqueal. Foi então ventilada e conduzida para traqueostomia. Foram iniciados ceftriaxone e corticosteroides. Foi mantida em ambiente de terapia intensiva quando, já estável hemodinamicamente, recebeu alta dez dias após a admissão.

Discussão: A doença do adulto pode ter curso mais prolongado; são pistas para o diagnóstico “posição de tripé”, febre, dor de garganta, odinofagia, falta de ar e sialorreia. O exame revela epiglote com edema e inflamação periepiglotal. A via aérea deve ser sempre monitorada, mas manipulações excessivas pioram o edema e a obstrução. O tratamento consiste no manejo da via aérea e no uso de cefalosporinas de terceira geração e corticoterapia para reduzir o edema tecidual.

Comentários finais: Epiglote é uma doença grave e que pode ter desfecho potencialmente fatal se não intervirmos adequadamente na via aérea do paciente, com o objetivo de diminuir a mortalidade dessa patologia.

PRC-083 GLOTOPLASTIA DE WENDLER: OPÇÃO CIRÚRGICA PARA ELEVAR O PITCH VOCAL

Manuela Figueiredo Vieira,
Mariana de Novaes Santos Magalhães Pinheiro,
Adrielly Suelen Ferreira Dermatelaere, Leonardo Silva

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A voz é um caráter sexual secundário e suas características são influenciadas, entre outros fatores, por variações dos níveis de estrogênios e androgênios. Esses hormônios modulam o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção do equilíbrio fisiológico da laringe e, como consequência, as características vocais do indivíduo.

Apresentação do caso: Feminino, 15 anos, com queixa de voz agravada e hirsutismo havia cinco anos. Ao exame notava-se ausência de caracteres sexuais secundários femininos e presença de pilificação em sítios androgênicos. Voz com *pitch* agravado e *loudness* adequado. Laringoscopia: pregas vocais (PPVV) com mobilidade e revestimento normal. Observava-se discreta tensão e fenda triangular posterior. A endocrinologia diagnosticou hiperplasia adrenal congênita (HAC), forma virilizante simples; foi introduzida prednisolona 5 mg/m²/dia. Para correção do *pitch* vocal foi indicada a glotoplastia de Wendler, que adequou o *pitch* ao gênero e à idade da paciente.

Discussão: Considera-se que a frequência fundamental da voz seja influenciada de forma direta pela tensão e inversa pelo comprimento e pela massa das PPVV. A elevação dos níveis de androgênio decorrente da HAC determinou aumento no comprimento e na massa das PPVV durante o crescimento da paciente e uma frequência fundamental semelhante à que se encontraria em paciente da mesma idade e do gênero masculino. A glotoplastia de Wendler é uma opção cirúrgica para o tratamento desses casos. A técnica consiste na desepitelização da comissura e do terço anterior de ambas as PPVV, sutura dos rebordos e aplicação de selante de fibrina para reforço dos pontos, o que gera diminuição da porção fonatória, com consequente aumento da frequência fundamental.

Comentários finais: A glotoplastia de Wendler é uma opção terapêutica que apresenta bons resultados no tratamento de pacientes com agravamento de *pitch* vocal.

PRC-084 GRANULOMA DE PROCESSO VOCAL REFRATÁRIO AO TRATAMENTO CLÍNICO-CIRÚRGICO: RELATO DE CASO

Leidianny Firmino Costa, Daniela Isabel Cevallos Zambrano, Roberta Alencar Amorin, Carlos Eduardo Costa Maranhão, Jasiel Pereira de Queiroz Maciel, Nathália Cavalcante Pinto, Fabiana Araújo Sperandio

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: O granuloma de processo vocal é uma lesão que frequentemente se desenvolve na região posterior da laringe, adjacente ao processo vocal. Fatores causais incluem a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), trauma de intubação e abuso vocal. Excisões cirúrgicas e uma variedade de tratamento clínico têm sido usados com sucesso variável.

Apresentação do caso: L.E.S., sexo masculino, 40 anos, apresentava disfonia e desconforto na garganta havia seis meses. Feita videolaringoscopia, que evidenciou lesão sugestiva de granuloma em processo vocal esquerdo; iniciada investigação de DRGE e instituído tratamento com inibidor de bomba de prótons (IBP) e mudança de estilo de vida. Nos meses subsequentes, o paciente apresentou vários episódios de recorrência; foi relatado, a seguir, período entre tais episódios e tratamento feito: primeiro: quatro meses - terapia com IBP, fonoterapia e cirurgia; segundo: seis meses - aplicação de mitomicina e metilprednisolona intralesional; terceiro: oito meses - corticoide inalatório, exérese da lesão e injeção de toxina botulínica; quarto: dois meses - exérese da lesão. Histopatológico confirmou diagnóstico. Foi solicitada pH-metria de duplo canal, confirmado o diagnóstico de DRGE apenas em canal proximal; paciente foi encaminhado para o gastroenterologista para avaliação.

Discussão: Pontes et al. observaram como principais etiologias dos granulomas da laringe: refluxo gastroesofágico (30,3%), abuso vocal (33,3%), intubação endotraqueal (22,7%) e origem idiopática (9%). Pelo fato de as lesões se posicionarem na comissura glótica posterior, a voz, geralmente, é pouco comprometida. Sintomas adicionais incluem sensação de corpo estranho, tosse e pigarro e, em alguns casos, dispneia. Lemos et al. demonstraram a importância do controle do refluxo gastroesofágico, do processo inflamatório e do abuso vocal no tratamento e obtiveram remissão da lesão após tratamento clínico (IBP, corticosteroide inalatório e fonoterapia) por dois a quatro meses.

Comentários finais: Os granulomas de processo vocal são lesões benignas da laringe com tratamento controverso na literatura e com tendência a recorrência.

PRC-085 GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE EM LARINGE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Krissia Braga Diniz, Willian da Silva Lopes, Felipe Cordeiro Gondim de Paiva, Raphael Oliveira Correia, Aline Saraiva Martins, Sebastião Diógenes Pinheiro, André Alencar Araripe Nunes

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Granulomatose de Wegener, atualmente granulomatose com poliangeíte (GPA), é uma doença inflamatória, multisistêmica, que se caracteriza por vasculite de vasos de pequeno e médio calibre, com formação de granulomas e necrose tissular. Etiologia ainda desconhecida, acomete orelha, vias aéreas superiores e inferiores e rins, com quadro inicial que pode envolver o trato respiratório superior.

Apresentação do caso: Masculino, 28 anos, com quadro de disfonia crônica, odinofagia e dispneia aos pequenos esforços, referia também obstrução nasal e otalgia. Ao exame físico: desvio de septo nasal em área 2 e 4 para direita (+/+4+); membrana timpânica opaca e com retração em QPS, bilateral. À audiometria: perda au-

ditiva condutiva leve bilateral. Laringoscopia observou redução importante da mobilidade das pregas vocais, além de intenso edema de aspecto mixomatoso em pregas vocais e subglote, que reduziu espaço respiratório. Fez cordectomia posterior, inserção de tubo de ventilação bilateral e biópsia, que revelou processo inflamatório crônico exsudativo intenso, negativo para neoplasia, fungos e bacilos. TC de pescoço identificou aumento das partes moles em nasofaringe, glote e subglote, que determinou redução de espaço aéreo. Com pioria progressiva da dispneia, submeteu-se à traqueostomia. Fez então teste C-ANCA, que resultou em 1:80 e fechou o diagnóstico de GPA localizada, sem comprometimento pulmão-rim. Tratado com imunossuppressores.

Discussão: Envolvimento das vias aéreas é encontrado em até 55% dos pacientes com GPA. Em raras ocasiões, entretanto, o envolvimento das vias aéreas superiores pode ser a única forma de apresentação. Úlcera laríngea e traqueais podem estar presentes em 25% dos pacientes, mas estenose subglótica, considerada menos comum, está presente em 16% e evolui com insuficiência respiratória e necessidade de traqueostomia, como no caso.

Comentários finais: O otorrinolaringologista pode ser um dos primeiros médicos a ter contato com pacientes com GPA. Reconhecer sinais e sintomas da GPA que afetam o trato respiratório superior é crucial para uma eficaz avaliação diagnóstica que permita o início precoce da terapêutica adequada.

PRC-086 HEMATOMA DE PREGA VOCAL EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE POLIPECTOMIA

Flávia Alves Costa Perrucho, Jackeline Carneiro da Silva, Deyse Mayane de Castro, Ana Paula Lago Silva Pessoa, Alice Karoline de Oliveira, Marina Barbosa Guimarães, Amaury de Machado Gomes

Instituto de Otorrinolaringologia Otorrinolaringologistas Associados (INOOA), Salvador, BA, Brasil

Introdução: O hematoma de prega vocal (PV) é provocado por um rompimento de vaso no interior dela. Pode ser causado por abuso vocal, inflamações, infecções, trauma e até mesmo espontaneamente. Não existem muitos relatos de hematoma em PV no pós-operatório imediato ou tardio de microcirurgia de laringe. Esse procedimento é uma opção de tratamento cirúrgico de muitas afecções laríngeas, como pólipos, cistos, hemangiomas, tumores precoces e papilomas de pregas vocais ou laringe

Apresentação do caso: J.D.O.M.A., 39 anos, sexo feminino, submetida à polipectomia de prega vocal direita (PVD), sem intercorrências, cursou no 76º dia pós-operatório (DPO) com disfonia após crise de tosse intensa. Laringoscopia indireta evidenciou hematoma em PVD. Submetida em primeira instância a repouso vocal e uso de corticoide injetável, não apresentou melhora do quadro e foi submetida à drenagem cirúrgica do hematoma, sem intercorrências

Discussão: Sangramentos e hematomas de PV são raros. O hematoma de PV é originado pelo rompimento de vaso(s) sanguíneo(s) no interior da prega. Suas causas são diversas, desde abuso vocal, passando por inflamações e infecções, até a ocorrência espontânea. De incidência desconhecida na literatura, apresenta relação direta com os fatores causais descritos previamente. No entanto, não há evidências registradas da relação direta com procedimentos cirúrgicos; tampouco em pós-operatório tardio de microcirurgia de laringe, como o descrito.

Comentários finais: A crise de tosse intensa no pós-operatório tardio foi a provável causa do hematoma em PVD. O hematoma de PV é um evento raro no pós-operatório de microcirurgia de laringe; está normalmente associado a uma causa secundária. Por isso a importância do relato deste caso como contribuição para o diagnóstico diferencial das possíveis causas de hematoma de PV no pós-operatório de microcirurgia de laringe.

PRC-087 HEMATOMA RECIDIVANTE DE PREGA VOCAL

Luciano Rodrigues Neves, Daniel Sobral Fragano, Glaucya Madazio

Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O hematoma de prega vocal é caracterizado por extravasamento sanguíneo para a camada superficial da lâmina própria da prega vocal decorrente de ruptura parcial ou total de vasos sanguíneos localizados nessa região. O principal sintoma é a rouquidão, pois o hematoma modifica as características visco-elásticas da camada superficial da lâmina própria e prejudica a adequada vibração da prega vocal. Definir o diagnóstico e o tratamento precoces é extremamente importante, pois em hematomas persistentes ou recorrentes o processo inflamatório crônico pode induzir a fibrose e cicatrização.

Relato de caso: Paciente X.X., 24 anos, feminino, sem queixas vocais, referiu que há 1 mês foi submetida à nasofibrosocopia, a qual detectou "varizes" na prega vocal. Negou etilismo, tabagismo, episódios de infecções recorrentes ou outras comorbidades. Como antecedentes profissionais, a paciente referiu ser cantora *belting* havia seis anos e erudita havia dois anos. Atualmente, participa de apresentações em teatro musical infantil (2x/semana) e show musical (1x/semana). Durante a laringoscopia, visibilizou-se presença de hematoma em região supraglótica de prega vocal esquerda, além de uma ectasia vascular situada em transição de terço médio e posterior da mesma prega vocal. Apesar da ausência de queixas vocais, a conduta estabelecida foi o repouso vocal relativo, cancelamento das atividades relacionadas ao canto, avaliação fonoaudiológica e retorno em sete dias. Na consulta de retorno, a paciente mantinha-se assintomática vocalmente. Repetiu-se a laringoscopia, na qual se detectou presença de um novo hematoma, que se estendia até o terço anterior da face supraglótica da prega vocal esquerda. Foi solicitado repouso vocal absoluto e retorno em sete dias. Na segunda consulta de retorno, a paciente referiu que a voz estava ótima. O exame demonstrou que o hematoma fora reabsorvido e somente detectou-se a ectasia vascular. Após 21 dias do início do acompanhamento, a paciente retornou assintomática e disse que não apresentara problemas vocais durante as apresentações da última semana. A laringoscopia detectou um novo hematoma que acometeu toda a região supraglótica da prega vocal e estendeu-se ao ventrículo laríngeo e à borda livre. Decorrente da evolução apresentada pela paciente, com a constatação de hematomas recidivantes e apesar do adequado padrão fonatório, optou-se por uma conduta cirúrgica com a exérese da ectasia vascular e do seu vaso nutridor.

Discussão: A maior causa para a ocorrência de lesões vasculares em pregas vocais é o abuso ou uso inadequado da voz. Além das causas citadas anteriormente, a presença de lesões precursoras, como a vasculodisgenesia ou as ectasias vasculares, deve ser investigada. Apesar de o tratamento conservador ter sido preconizado inicialmente, a cirurgia pode ser indicada em casos de hematomas de pregas vocais recorrentes, pacientes com episódios frequentes de disfonia decorrente dessas lesões e em pacientes assintomáticos com lesões microvasculares, as quais podem ocasionar ou predispor a hematomas.

Considerações finais: Caso clínico em que o acompanhamento semanal pode detectar a presença de hematomas recidivantes oriundos de ectasia vascular. Apesar de a paciente ser vocalmente assintomática, optou-se pela conduta cirúrgica para que, futuramente, não houvesse mais hematomas e, por conseguinte, prejuízo à voz falada e cantada.

PRC-088 IMOBILIDADE BILATERAL DE PREGAS VOCAIS EM ABDUÇÃO APÓS CIRURGIA TORÁCICA

Fernanda Wiltgen Machado, Amanda Carvalho Villa de Camargo, Orlando Schuler de Lucena, Cristiana Vanderlei de Melo, Maria Ângela Ueda Martins, Luciana Tanada, Grazzia Guglielmino

Clínica Dr. Ivan F. Barbosa, Real e Benemerita Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Imobilidade bilateral de pregas vocais em abdução é uma apresentação rara, manifestam-se disфония e disfagia. As etiologias podem ser divididas em congênitas, traumáticas e neoplásicas, além de distúrbios neurológicos e neuromusculares.

Apresentação do caso: L.K., 47 anos, masculino, iniciou com quadro de afonia acompanhada de disfagia, logo após extubação orotraqueal, devido à cirurgia de correção de aneurisma toraco-abdominal. Feita nasofibrolaringoscopia, observou-se imobilidade bilateral de pregas vocais em abdução. A eletroneuromiografia apresentou denervação somente à direita. Foi conduzido com consultas periódicas otorrinolaringológicas acompanhadas de terapia fonoaudiológica. Evoluiu com pioria importante da disфония, porém sem disfagia e sem restrições alimentares. Feita nova eletroneuromiografia, que demonstrou lesão do nervo inferior à direita, sem denervação e com alteração neurológica do tireoaritenóideo ipsilateral. O exame de videolaringoscopia mostrou desnivelamento de pregas vocais, que persistiu com imobilidade de prega vocal esquerda e paresia de prega vocal direita. Foi então submetido à tireoplastia tipo I à esquerda com melhoria do padrão vocal. Mantém acompanhamento otorrinolaringológico com resultados satisfatórios, acompanhado de terapia fonoaudiológica, e apresenta: frequência fundamental = 136 Hz, irregularidade = 6,8 (normal até 4,8), número de harmônicos = 31 e loudness aumentando.

Discussão: A imobilidade de pregas vocais é uma disfunção neurogênica dos nervos laríngeos ou do vago. A unilateralidade da imobilidade não é incomum, mais frequente do lado esquerdo. Porém, a bilateralidade é uma entidade rara e grave, e pode apresentar-se de diversas formas.

Comentários finais: O diagnóstico precoce dessa entidade é essencial, a fim de evitar morbidade e mortalidade. O acompanhamento periódico também é essencial, devido a muitas vezes a traqueostomia ser necessária. Porém, nos casos estáveis, como o caso relatado, a técnica de medialização pode ser usada.

PRC-089 IMOBILIDADE BILATERAL EM ABDUÇÃO DAS PREGAS VOCAIS APÓS AUTOEXTUBAÇÃO

Flávia Rodrigues Ferreira, Mônica Machado Baptista, Édio Júnior Cavallaro Magalhães, Roberto Campos Meirelles, Mariana Bredim

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Paralisia bilateral em abdução de pregas vocais é uma apresentação rara, manifesta-se com disфония, disfagia e aspiração de alimentos e saliva para as vias aéreas inferiores. Cursam com essa manifestação algumas doenças, como patologias congênitas, neurológicas, neuromusculares, traumáticas e tumorais.

Apresentação do caso: J.C.D., 40 anos, deu entrada no pronto-socorro com um quadro de uremia e insuficiência respiratória aguda por insuficiência renal crônica agudizada, evoluiu para intubação orotraqueal de urgência. No terceiro dia de internação no CTI o paciente se autoextubou e apresentou disфония importante. O diagnóstico de paralisia de pregas vocais em abdução foi feito pela equipe de otorrinolaringologia por nasofibrolaringoscopia flexível e foi indicada sonda nasoentérica. O paciente fez algumas sessões de fonoterapia, se alimentava apenas com alimentos pastosos e em três semanas houve retorno completo dos movimentos das pregas vocais.

Discussão: As paralisias de pregas vocais podem ocorrer por lesão em qualquer parte da trajetória do nervo vago e seus ramos e acarretar morbidade importante devido à perda de algumas funções laríngeas. As paralisias bilaterais de pregas vocais são menos comuns e mais graves, podem se apresentar de várias formas. Nesse caso, não há dispnéia ou estridor, mas a qualidade vocal

é muito prejudicada e há risco de penetração e aspiração dos alimentos. O diagnóstico deve ser feito com a videolaringoscopia rígida e flexível, com avaliação da imobilidade da prega vocal. A eletromiografia laríngea é de grande importância no prognóstico das imobilidades laríngeas. O tratamento inicial é conservador, com fonoterapia e proteção da via aérea. Em caso de não resolução espontânea do caso, pode-se optar por um tratamento cirúrgico de medialização de uma das pregas vocais ou até mesmo injeção de substâncias, de forma a reduzir o espaço glótico e melhorar a disfagia.

Comentários finais: A paralisia bilateral das pregas vocais em abdução é rara e é necessário o rápido diagnóstico, de forma a proteger a via aérea da aspiração e penetração.

PRC-090 LARINGOCELE: RELATO DE CASO

Erica Cristina Campos e Santos, Natália Maria Couto Bem Mendonça, Lívia Modesto Sotero, Lucas Soares Passos Guimarães, Maria Laiza Fernandes Neves Abreu, Matheus Freitas Leite, Paulo Sérgio Lins Perazzo

Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: Laringoceles são lesões relativamente raras definidas como dilatações anômalas dos sáculos dos ventrículos laríngeos. Ocorrem a partir da obstrução do sáculo; podem ser decorrentes do aumento de pressão intraglótica, estenose pós-inflamatória, trauma ou tumor. O diagnóstico é geralmente feito por laringoscopia e tomografia computadorizada, que evidenciam presença de formação preenchida por ar ou líquido no espaço paraglótico.

Objetivo: Relatar patologia de incidência rara e, portanto, de interesse da comunidade médica.

Relato de caso: R.S.B., sexo feminino, 37 anos, dona de casa, casada, natural de Araci (BA). Apresentou-se à consulta otorrinolaringológica com queixa de sensação de "bolo na garganta", pigarro e odinofagia. Foi feita videolaringoscopia, que evidenciou lesão de aspecto lipomatoso oriunda da banda ventricular direita. Foi indicada microcirurgia de laringe com ressecção total da lesão, e posterior estudo anatomopatológico revelou diagnóstico de laringocele.

Conclusão: As laringoceles são afecções benignas e de bom prognóstico com intervenção cirúrgica precoce a fim de evitar obstrução das vias aéreas superiores e potencial insuficiência respiratória.

PRC-091 LEISHMANIOSE LARÍNGEA: TRATAMENTO ALTERNATIVO COM ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL

Rafael Paschoalim Antônio, Lorena Campiolo Lembi, Guilherme Solé Sampaio, Janaina Carneiro de Resende, Marcelo Girotti Merighe, José Fernando Gobbo

Hospital Vera Cruz Campinas, Campinas, SP, Brasil

Introdução: A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma grande endemia existente na América Latina. Várias espécies de *Leishmania* têm a capacidade de causar a forma cutânea (FC); a *L. braziliensis* e a *L. panamensis* são mais associadas com a forma mucosa (FM). Em manifestações otorrinolaringológicas, a laringe é o terceiro sítio de instalação, precedido pela mucosa faríngea e nasal.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 60 anos, internado para investigação de lesões cutâneas, tosse e disfagia. Na endoscopia digestiva alta evidenciou lesão vegetante na supraglote. Foi submetido à laringoscopia direta para biópsia da lesão, que deformava a anatomia laríngea, com tecido granulomatoso friável, cujo anatomopatológico revelou a presença dos protozoários. Recebeu tratamento com anfotericina B lipossomal devido à contraindicação ao antimoniato de meglumina por cardiopatia isquêmica. Após três meses, o paciente encontra-se sem sequelas, apresenta telescopia laríngea indireta dentro da normalidade.

Discussão: Estudos apontam que cerca de 3% dos pacientes com FC irão desenvolver a FM da doença. Acredita-se na propagação da FC até a mucosa por via linfática, hematogênica ou pelo contato direto. Estudos *in vitro* documentaram que a 29°C os macrófagos apresentam mais dificuldade de eliminar as *leishmanias* do que a 33°C, o que pode explicar a proliferação da doença mucosa na região septal anterior e nas zonas de passagem do bolo alimentar. O comprometimento da cartilagem epiglote piora a disfagia e pode evoluir com caquexia, complicar com pneumonias por aspiração, miase secundária, edema de glote e até asfixia.

Comentários finais: No Brasil, o uso da anfotericina B lipossomal está registrado para o tratamento da leishmaniose visceral. Entretanto, o acúmulo de experiências relatadas na literatura permitiu o sucesso do tratamento neste caso.

PRC-092 LINFOMA NÃO HODGKIN DE LARINGE: RELATO DE CASO

Letícia de Ávila Cambraia, Edson Júnior de Melo Fernandes, Bianca Rosa Rodrigues Rebelo, Paola Morales Salarini Pinto, Camila Taniguti Cordeiro Vasco, Ricardo Gimenes Ferri

Hospital Geral de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil

Introdução: Os linfomas são um conjunto de doenças linfoproliferativas variadas, divididas em linfoma de Hodgkin (LH) e linfoma não Hodgkin (LNH). Casos de LNH podem acometer sítios extranodais em 25-30% dos casos; o local mais frequente é o trato gastrointestinal. A região de cabeça e pescoço está envolvida em apenas 10-30% dos casos com acometimento extranodal. Na laringe, representam menos de 1% das neoplasias malignas. Têm sido relatados na literatura menos de 100 casos de linfomas primários de laringe. Os sintomas iniciais dos pacientes incluem rouquidão, tosse, disfagia, sensação de corpo estranho, perda de peso e febre.

Apresentação do caso: T.R.B.M., 79 anos, há dois anos iniciou quadro de disfagia progressiva, disfonia e dispneia. Iniciou investigação com endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou lesão vegetante em terço superior de esôfago e lesão em epiglote. Biópsia de lesão esofágica foi compatível com amiloidose. Videolaringoscopia evidenciou lesão expansiva de aspecto liso e superfície mucosa em epiglote, paralisia paramediana de prega vocal esquerda. Anatomopatológico de lesão demonstrou processo linfoproliferativo polimórfico de pequenas células com diferenciação plasmocitoide/plasmocítica, suspeito para LNH de pequenas células com diferenciação plasmocítica. Tomografia computadorizada cervical revelou espessamento de prega ariepiglótica e linfonodomegalia necrótica parcialmente calcificada no nível IV D. Paciente apresenta-se estável e em tratamento em centro especializado no momento.

Discussão: A idade média de início dos linfomas de laringe é de 63 anos, com acometimento principalmente da região supraglótica. No caso relatado o diagnóstico foi dificultado, pois a paciente apresentava diversos sintomas devido à presença da lesão maligna em laringe, assim como devido à amiloidose sistêmica. O diagnóstico tardio da paciente em questão pode afetar seu prognóstico; a sobrevivência relatada é entre 40% a 70% dos casos.

Comentários finais: Apesar de raro, é importante reconhecer a apresentação clínica do LNH de laringe, pois a detecção precoce pode permitir um melhor prognóstico, a depender do tipo histológico.

PRC-093 MANIFESTAÇÕES LARÍNGEAS DA AMILOIDOSE

Thamyris Rosati Servilha, Jamile Lopes de Souza, Mariana de Novais Santos Magalhães Pinheiro, Manuela Figueiredo Vieira, Stefano Bacco Amade, Fernando Alves Maciel, Leonardo da Silva

Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A amiloidose é uma doença caracterizada pelo depósito extracelular de proteína amiloide, com danos teciduais progressivos e manifestações clínicas variadas. O conhecimento das diversas formas de apresentação dessa doença possibilita um diagnóstico precoce e melhor condução do caso.

Apresentação do caso: *Caso 1:* Paciente masculino, 56 anos, com dispneia aos moderados esforços e disfonia havia 22 anos, progressivas. Submetido a duas cirurgias laringeas, havia 20 e 21 anos, em outro serviço, com diagnóstico de amiloidose, sem acompanhamento médico desde então. *Nasofibrosopia:* múltiplas tumorções amareladas em laringe e faringe. Descartado acometimento sistêmico da doença. No momento, aguarda condições clínicas para cirurgia laringea. *Caso 2:* Paciente feminino, 73 anos, com disfonia progressiva, acompanhada de dispneia e disfagia para líquidos. Voz soprosa e áspera, instável. *Nasofibrosopia:* sinéquia em comissura anterior e espessamento subglótico simétrico, regular, fixando pregas vocais. TC e RNM demonstram extensão até anéis superiores da traqueia, com obstrução de 85-90% de sua luz. Feita biópsia, com diagnóstico de amiloidose. Indicada dilatação subglótica, mas paciente não quis ser submetida a procedimento cirúrgico. Atualmente em acompanhamento ambulatório, com traqueostomia, sem dispneia.

Discussão: Amiloidose laringea é muito rara; entretanto, na região de cabeça e pescoço, a laringe é o sítio mais comum de amiloidose localizada, que acomete principalmente pregas vocais, pregas vestibulares, ventrículo, prega ariepiglótica e subglote. Na maioria dos casos de amiloidose laringea não há envolvimento sistêmico. Existem diversos tipos de amiloidose. O tipo AA manifesta-se principalmente com lesões localizadas, enquanto o tipo AL cursa mais frequentemente com lesões difusas e acometimento sistêmico.

Comentários finais: A amiloidose laringea deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de diversas lesões laringeas, devido a suas variadas formas de apresentação.

PRC-094 MANIFESTAÇÕES TARDIAS PÓS-TUBERCULOSE LARÍNGEA

Leandro José Almeida Amaro, Leonardo Mendes Acatauassu Nunes, Gisele Hennemann Koury, Jussandra Cardoso Rodrigues, Mariana Totola Força, Vanessa Fernandes Brito

Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém, PA, Brasil

Introdução: A obstrução laríngea pode apresentar-se clinicamente com rouquidão, dispneia progressiva, estridor laríngeo e, em casos graves, insuficiência respiratória aguda. O diagnóstico precoce evita complicações. A incidência do comprometimento laríngeo na tuberculose (TB) varia de 3 a 22%. As manifestações clínicas da TB laríngea geralmente não são tardias.

Apresentação de caso: O.P.C., 56 anos, masculino, ex-tabagista, história prévia de TB laríngea tratada havia seis anos, apresentava quadro de rouquidão, voz soprosa, tensão e instabilidade vocal, desde então. Refere dispneia progressiva havia um ano, com pioria aos esforços. A videolaringoscopia evidencia rigidez e atrofia difusas de pregas vocais, que prejudica a captação glótica, compensada por medialização de bandas ventriculares; estenose subglótica severa, concêntrica, que obstruía em torno de 90% da luz traqueal, abaixo do primeiro anel. Como estratégia terapêutica inicial foi feita traqueostomia. Em segundo tempo, foi feita a ressecção cirúrgica do tecido fibrótico da estenose, obtiveram-se resultados satisfatórios.

Discussão: A TB laríngea é a doença granulomatosa mais comum da laringe. No início do quadro há edema difuso e eritema de pregas vocais; pode-se confundir com carcinoma glótico. Porém, ao progredir, observam-se lesões nodulares e ulceração e, posteriormente, pericondrite/condrite. Pode haver paralisia de pregas vocais decorrentes de envolvimento da musculatura interaritenóidea ou

por fixação da articulação cricoaritenóidea. Se não tratada adequadamente, a condrite e a necrose levam à destruição laríngea com extensa fibrose e estenose. A sintomatologia relacionada à estenose subglótica pós-TB geralmente não é tardia; esta é uma apresentação atípica de dispneia após cinco anos de resolução da TB. **Comentários finais:** As doenças granulomatosas podem gerar sequelas graves. A TB laríngea é, talvez, a mais importante delas; pode limitar a qualidade de vida e até mesmo levar o paciente a óbito quando não tratada.

PRC-095 PAPILOMATOSE LARÍNGEA NA INFÂNCIA

Adriano Sérgio Freire Meira, Thaís Eugênio Gomes, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho, Nelson José Barboza Quintino, Christiane Kulzer Birck, Yuri Ferreira Maia, Bruno Leonardo Barbosa Machado

SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil

Introdução: A papilomatose laríngea é uma neoplasia benigna da laringe mais comumente encontrada na infância, associada com a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), principalmente os subtipos 6 e 11, e caracteriza-se pela presença de lesões proliferativas exofíticas e recidivantes sobre a mucosa das vias aéreas, em especial na laringe. Os achados clínicos, geralmente, iniciam-se com uma disфонia progressiva que pode ser acompanhada de estridor e dispneia.

Objetivo: Relatar um caso de papilomatose laríngea.

Método: Foi feito um estudo de caso, em um serviço de otorrinolaringologia (SOS Otorrino) de João Pessoa (PB) em junho de 2015.

Relato de caso: H.K.A.C., sexo feminino, cinco anos, foi admitida no serviço com queixa de disфонia. A mãe relatou o início do sintoma desde o começo da fala, com pioria progressiva. O exame físico revelou a presença de dispneia, disфонia, estridor inspiratório no decúbito dorsal. Foi feita uma videolaringoscopia flexível que mostrou extensa lesão vegetante em 90% da região glótica anterior e sugeriu papilomatose laríngea. O tratamento cirúrgico foi feito sem intercorrências; optou-se por uma microcirurgia de laringe com ressecção a frio, sem a necessidade de traqueostomia. No pós-operatório, foi feita videolaringoscopia flexível, na qual se observou a ausência de lesão, discreta redução da mobilidade de prega vocal direita e sinais sugestivos de refluxo faringolaríngeo. Paciente evoluiu com fonoterapia e seguimento com a otorrinolaringologia desse serviço.

Conclusão: Observa-se a importância do diagnóstico precoce e de intervenções adequadas a fim de manter as vias aéreas livres e minimizar o trauma na área da lesão papilomatosa, bem como recidivas dessa patologia.

PRC-096 PARAGANGLIOMA LARÍNGEO: RELATO DE CASO

Natália Maria Couto Bem Mendonça, Matheus Freitas Leite, Érica Cristina Campos e Santos, Paulo Sérgio Lins Perazzo, Thiara Lessa Silva, Maria Laiza Fernandes Neves Abreu, Lucas Soares Passos Guimarães

Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: Os paragangliomas são tumores raros, vasculares e benignos oriundos da crista neural. Representam 0,012% de todos os tumores do corpo e 0,6% dos tumores de cabeça e pescoço.

Objetivo: Relatar patologia rara de apresentação atípica, prega ariepiglótica de laringe.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 40 anos, procura nosso serviço com queixa de dor em região do pescoço havia seis meses, com pioria no último mês, uma sensação de corpo estranho na garganta e pigarro. A videolaringoscopia direta evidenciou tumoração, de aspecto nodular, não ulcerada, vascularizada em região supraglótica, em prega ariepiglótica esquerda. O paciente

foi submetido à microcirurgia de laringe para exérese da lesão com suspeita diagnóstica de cisto ou granuloma. Doze horas após a cirurgia houve necessidade de reabordagem, pois o paciente apresentou sangramento intenso no local, contido com eletrocauterização do local sangrante. O exame histopatológico mostrou presença de células de linhagem neuroectodérmica; foi necessário exame de imuno-histoquímica para estabelecer o diagnóstico definitivo, que revelou paraganglioma em região da laringe. Em acompanhamento pós-operatório, o paciente apresenta-se com melhora do quadro clínico, sem dor cervical. Atualmente sem recidiva da lesão.

Conclusão: Paragangliomas são tumores raros, de crescimento lento e geralmente benignos. Em região de laringe são bem delimitados e vascularizados. A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha.

PRC-097 PARALISIA LARÍNGEA CORRELACIONADA COM MACROADENOMA HIPOFISÁRIO: RELATO DE CASO

Gleydson Lima dos Santos, André Serra Mota, João Paulo Lins Tenório, Marcos Antônio de Melo Costa, Sâmella Cavalcanti Monteiro, Paula Medeiros Balbino, Wesley Vilela de Campos

Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, Brasil

Introdução: Paralisias laríngeas (PL) podem ter origem em patologias do sistema nervoso central ou periférico, causas traumáticas, cirúrgicas, processos infecciosos e inflamatórios. Podem também originar-se de intoxicações, causas psicogênicas, iatrogênicas, idiopáticas ou podem ser sintomas secundários a diversas síndromes já classificadas e outras ainda por definir.

Apresentação do caso: Mulher, 47 anos, natural de Arapiraca (AL) com história de roncos, hiporexia, aumento da língua, mãos e pés havia oito anos, evoluiu havia um ano com tosse produtiva, rouquidão e cansaço. Sem história de infecção prévia, perda ponderal ou alteração neurológica. Nega reposição hormonal. Radiografia e tomografia de tórax, espirometria, ultrassonografia cervical, ecocardiograma, eletrocardiograma e exames laboratoriais sem alterações. Na videolaringoscopia, observou-se paralisia bilateral de pregas vocais em posição paramediana com estreitamento importante da fenda glótica; foi indicada cirurgia devido à dispneia intensa. Na ressonância magnética do crânio observou-se presença de macroadenoma hipofisário e somatomedina C de 958 ng/dL, foi iniciado uso de inibidor da octreotida, com melhora dos movimentos das pregas vocais e da voz após dois meses.

Discussão: Adenomas hipofisários são tumores benignos que representam mais de 10% na neurocirurgia. Podem se manifestar por alterações visuais ou endócrinas. Adenomas funcionantes representam 75% dos casos, o prolactinoma e os produtores de GH e prolactina são os mais frequentes. Níveis elevados de GH estão associados a patologias do trato respiratório, polipose nasal, alterações laríngeas, macroglossia e hipertrofia da epiglote. Distúrbios endócrinos exercem um impacto importante sobre a laringe e causam modificações. Casos de diabetes foram descritos como causadores de PL e ilustram um possível processo neuropático, no qual elevados níveis glicêmicos podem lesionar nervos cranianos.

Comentários finais: O objetivo deste relato é questionar a possível associação entre PL e macroadenoma. Não encontramos na literatura evidências de tal associação, porém devemos estar atentos para sair do óbvio e abrir caminho para o mais improvável.

PRC-098 PARALISIA LARÍNGEA UNILATERAL PÓS-MIGRAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

Rodrigo Moreno Nakata, Gustavo Haruo Passerotti, Ulisses Catossi Júnior, Ana Luiza Papi Kasemodel de Araújo, Luiza Rodrigues Mazzola, Marielle Albrechete, Fábio Tadeu Moura Lorenzetti

Hospital de Otorrinolaringologia de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil

Introdução: O uso de cateteres venosos centrais de longa permanência é rotineiro em pacientes oncológicos em regime quimioterápico. Várias complicações em relação ao seu uso são relatadas na literatura. Neste artigo relatamos um caso raro de complicação relacionada ao cateter venoso central de longa permanência.

Apresentação do caso: E.F., masculino, 55 anos, jornalista, diagnosticado com câncer de reto, iniciou tratamento quimioterápico através de cateter venoso central de longa permanência em jugular interna direita. Após dez meses apresentou disfonia e foi retirado o cateter venoso central por trombose de jugular interna direita. Tanto a ultrassonografia cervical como a tomografia computadorizada revelaram sinais de trombose pericatereter. A videostroboscopia laríngea revelou paralisia de prega vocal direita em posição paramediana e a análise da voz mostrou tempo fonatório máximo de quatro segundos. A videonasofibroscopia demonstrou sensibilidade preservada da laringe. Foi indicada fonoterapia e optou-se por fazer injeção de hidroxapatita na prega vocal lesada. No pós-operatório o paciente evoluiu satisfatoriamente conforme registrado em videostroboscopia que revelou processos vocais nivelados, frequência de 100 Hz e ondas mucosas normais bilateralmente com maior tonacidade em relação ao exame anterior. A análise acústica da voz revelou um tempo fonatório de 19 segundos.

Discussão: Este caso ilustra um exemplo raro de lesão iatrogênica do nervo laríngeo recorrente que normalmente está associada a cirurgias de tireoide, paratireoides, aórticas, esofágicas e carotídeas. Os resultados dos exames de imagem unidos à história clínica e à videostroboscopia laríngea reforçam a conclusão de que o nervo laríngeo recorrente foi lesado devido a uma complicação do cateter venoso central de longa permanência. Neste caso a trombose de jugular interna parece ser a responsável pela injúria ao nervo laríngeo recorrente.

Comentários finais: É razoável concluir que a lesão do nervo laríngeo recorrente é uma possível complicação da cateterização venosa central. É importante reconhecer essa possibilidade para poder preveni-la.

PRC-099 PARALISIA UNILATERAL DE PREGA VOCAL CAUSADA POR VARICELLA-ZOSTER: UM RELATO DE CASO

Diego Gehrke Pistoia, Ingrid Wendland Santanna, Priscila Cortez, Matheus Leon, Angélica van der Laan Mendonça, Alexandra Rech Vieira, Bárbara Perussatto

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

Introdução: A varicela-zoster consiste numa patologia viral que é secundária a uma primoinfecção latente de varicela. Quando há a reativação do patógeno em um gânglio dorsal da raiz de um nervo craniano, geralmente acomete a porção sensitiva, levando a um quadro de nevralgia que segue o dermatomo inervado pelo segmento do nervo lesionado. Pode também haver comprometimentos neurológicos de forma mais incomum com o acometimento de outros pares cranianos, como o nervo vago, o qual pode causar a paralisia de pregas vocais.

Apresentação de caso: Paciente do sexo feminino, 25 anos, previamente hígida, procura atendimento de otorrinolaringologia após disfonia e rouquidão havia duas semanas sem infecção de via aérea superior. Apresenta paralisia de prega vocal esquerda à videolaringoscopia, sem particularidades na tomografia. Apresenta IgG e IgM reagentes a varicela-zoster. Foi feito o uso de aciclovir e encaminhou-se a paciente para fonoterapia. Após dois meses apresentou melhora significativa, ficou apenas com uma pequena fenda triangular posterior e com boa mobilidade na prega vocal que estava paralisada.

Discussão: Os sintomas apresentados na paralisia vocal unilateral de prega vocal são descoordenação pneumofono articulatória, fa-

lisa, disfagia, rouquidão, redução da intensidade e extensão vocal, perda da projeção e soprosidade na voz. O grau de acometimento e a extensão da lesão levam em conta a extensão da paralisia, além da capacidade da prega vocal contralateral de compensar a perda de mobilidade ao fazer o seu movimento além da linha média. A conduta de escolha nesse caso deve ser o uso de aciclovir associado à fonoterapia, para garantir melhora da qualidade de vida do paciente.

Comentários finais: Deve-se ter mais atenção em quadros em que há perda vocal e incluir a opção herpes zoster como um dos possíveis diagnósticos diferenciais, apesar de ser uma patologia que infrequentemente se manifesta da forma como relatada.

PRC-100 PRESBIFONIA COMO FATOR DE MASCARAMENTO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE LARINGE: RELATO DE CASO

Daniilo Rodrigues Cavalcante Leite, Alexandre Ramos Caiado Filho, Ana Paula Giusti de Campos, André do Lago Pinheiro, Carlos Henrique Tolomei, Mariana Figueiredo Guedes d'Amorim, Luís Sérgio Raposo

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: Disfonias são alterações vocais produzidas por comprometimento no trato vocal. Denominam-se presbifonia achados compatíveis com o processo de envelhecimento da voz, que perde força, velocidade, estabilidade e precisão articulatória, e pode muitas vezes mascarar patologias subjacentes. O presente estudo reforça a importância da adequada investigação diante de um suposto caso de presbifonia.

Apresentação do caso: Mulher, 71 anos, hipertensa e diabética com história de disfonia contínua e progressiva havia um ano. Hipótese feita em atenção básica de presbifonia. Negava dispneia, disfagia, tosse, emagrecimento, tabagismo e etilismo. Nasofibrocopia evidenciava prega vocal esquerda com lesão vegetante em terços anterior e médio com mobilidade preservada. Oroscoopia e inspeção cervical dentro da normalidade. Paciente submetida à laringoscopia direta com biópsia, que evidenciou carcinoma espinocelular bem diferenciado e superficialmente invasivo em prega vocal esquerda, com extenso componente *in situ*. Feito estadiamento com endoscopia digestiva alta, tomografia de tórax e pescoço sem evidência de lesões em outros sítios. Paciente encaminhada à radioterapia (T1BN0M0), sem queixas no momento.

Discussão: As causas de disfonia são muitas e variam desde resfriados até tumores malignos. A importância dessa queixa se deve à possibilidade do diagnóstico precoce de tumores malignos glóticos mesmo em pacientes sem os clássicos fatores de risco, o que altera o prognóstico da doença. O câncer da laringe é primariamente uma doença da meia-idade, com picos de incidência na quinta e na sexta décadas, predominante no sexo masculino. O hábito de fumar é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer da laringe, com uma forte associação dose-dependente entre o tabagismo e o câncer. O álcool também é um fator de risco importante no desenvolvimento da doença, agindo como multiplicador do risco.

Comentários finais: A disfonia no idoso deve ser sempre valorizada, pois pode mascarar patologias subjacentes se for tratada sem investigação e terapêutica adequadas.

PRC-101 PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO DE LARINGE: RELATO DE CASO DE UMA CRIANÇA DE 10 ANOS

César Galusni Senna, Valmir Tunalá Júnior, Mariana Dalbo Contrera Toro, Mayara Tabai, Paola Piva de Freitas, Rebecca Christina Kathleen Maunsell, Agrício Nubiato Crespo

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: Pseudotumor inflamatório é também conhecido como granuloma de células plasmáticas, tumor fibromixóide atípico, tumor pseudosarcomatoso ou tumor inflamatório miofibroblástico. O comprometimento laríngeo é raro e seu diagnóstico baseia-se nos achados clínicos de rouquidão, disфония, disfasia, dispnéia e estridor. O tratamento baseia-se na excisão local do tumor, a mais radical possível nos casos de recorrência. Radioterapia e quimioterapia são outras opções menos usadas.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 10 anos, deu entrada no serviço de pediatria por dispnéia e estridor. Optou-se pela intubação e pelo tratamento com corticoide. Feita broncoscopia e biópsia de lesão inflamatória em cricoide e primeiro anel traqueal, com 30-50% de obstrução. Teve alta, mas retornou três semanas depois com pioria importante da insuficiência respiratória e à nasofibroscoopia foi vista lesão que obstruía 80% da luz; optou-se pela traqueostomia. O resultado anatomopatológico evidenciou pseudotumor inflamatório. A tomografia computadorizada confirmou lesão restrita à via aérea. Tratamento com ressecção endoscópica com laser de CO₂ e corticoide sistêmico no pós-operatório por 30 dias, sem recorrência até o momento.

Discussão: A classificação desse tumor em neoplasia benigna ou maligna é controversa, uma vez que não se chegou à conclusão. De acordo com estudos, o pseudotumor da laringe não se comporta de forma tão agressiva quanto em outros locais. A etiologia do pseudotumor ainda é incerta. Acredita-se que exista uma associação com o vírus Epstein-Bar, e alguns propuseram uma relação com trauma subclínico, mas ainda sem comprovação consistente. O tratamento mais usado tem sido a ressecção cirúrgica, mas as opções por meio de quimioterapia e radioterapia precisam ser mais bem estudadas.

Comentários finais: Pseudotumores inflamatórios são lesões que afetam principalmente os pulmões de crianças e adultos jovens. A laringe é um local incomum para ocorrer. Ele deve ser tratado com excisão completa, dada sua recorrência, até com ressecções mais agressivas.

PRC-102 RARO CASO DE PERMANÊNCIA DE CORPO ESTRANHO EM LARINGE DE LACTENTE POR 40 DIAS

Aécio de Albuquerque Lins Porto, Valmir Tunal Júnior, Guilherme Lippi Ciantelli, Adriana de Azevedo Coutinho Mariuzzo, Rebecca Christina Kathleen Maunsell

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: Os corpos estranhos respondem, em média, por 11% dos casos de emergência em otorrinolaringologia, podendo evoluir com complicações em 22% dos casos. Essas complicações são, na maioria das situações, simples, mas, eventualmente, quadros mais severos podem surgir. Embora raro, um corpo estranho supostamente deglutido ou aspirado pode ser projetado, impactar e fixar-se na laringe, o que corresponde a menos de 1% dos casos.

Apresentação do caso: Lactente R.N.L., feminino, 11 meses, atendida em pronto-atendimento com história de um episódio de engasgo e dispnéia, seguido de tosse e estridor inspiratório havia 40 dias, diagnosticada com laringite e medicada com corticosteroides sistêmicos. Evoluiu com manutenção da tosse e estridor inspiratório; foi levada a serviço terciário de emergência. Ao exame apresentava estridor inspiratório, eupneica. A rinoscopia anterior, a mobilidade cervical e a oroscopia não mostraram qualquer anormalidade. O exame segmentar restante não evidenciou alterações. Submetida a RX, sem anormalidades. A videonasolarinofibroscopia evidenciou corpo estranho em laringe, de aspecto metálico e triangular, impactado na comissura posterior de pregas vocais, reconhecido como parte de um sachê. Feitas a laringoscopia direta, sob anestesia geral, em centro cirúrgico, e a retirada do corpo estranho. O seguimento ambulatorial não evidenciou sequelas ou complicações.

Discussão: A inalação de corpos estranhos através das vias aéreas superiores pode levar a problemas graves, por vezes consequências

fatais; é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em crianças, especialmente durante os primeiros quatro anos de vida. A depender da região de impactação, pode produzir tosse, engasgos, dispnéia e aparecimento súbito de sibilância. Com o propósito de se evitar um agravamento do quadro clínico, um tratamento precoce deve ser feito.

Comentários finais: O objetivo deste trabalho foi relatar um caso raro de permanência de longa duração de corpo estranho em laringe de lactente que pode simular clinicamente outras etiologias.

PRC-103 REFLUXO LARINGOFARÍNGEO E CRISES DE PÂNICO?

Annelise Cristine Ballin, Wagner Homma, Carlos Henrique Ballin, Henrique Sava

Centro da Face e Otorrino (CEFOP), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: O refluxo laringofaríngeo (RLF) é uma doença com alta prevalência no consultório do otorrinolaringologista. Entre os agravantes do RLF estão tabagismo, álcool e bebidas gaseificadas. Acredita-se que o estresse também seja agravante do RLF. Crises de pânico são acompanhadas de ansiedade intensa com sensação de não conseguir respirar, palpitação, taquicardia, medo de morrer, entre outros, sem uma causa orgânica desencadeante. Quando há uma causa orgânica que desencadeia sintomas semelhantes, o diagnóstico mais adequado seria de transtorno de sintomas somáticos (TSS).

Apresentação do caso: *Caso 1:* 26 anos, feminino, havia três semanas com episódios quase diários, acordava engasgada, com pigarro, tosse seca, sensação de sufocamento e corpo estranho em laringe. História de dois internamentos, o último havia uma semana, com dor em laringe e falta de ar intensas, sensação de morte, foi diagnosticada laringite aguda, sem melhora com tratamento. *Caso 2:* 28 anos, feminino, havia um ano com episódios esporádicos de dificuldade para engolir alimentos sólidos associada à sensação de não conseguir respirar e corpo estranho em laringe, episódios ocorrem apenas quando está mais ansiosa. Ambos os casos à videolarinoscopia demonstraram paquidermia, edema e hiperemia posteriores moderados; as pacientes demonstraram alívio em visualizar a laringe no exame sem sinais de câncer e de ter um diagnóstico; RLF foi diagnosticado e pantoprazol 40 mg 12/12 h foi iniciado; sugerida avaliação psiquiátrica. Seguimento de um mês: ambas apresentaram diminuição importante dos episódios, mas se negaram a procurar um psiquiatra.

Discussão: Determinar se o RLF desencadeia o TSS ou se a crise de pânico desencadeia o RLF é difícil. Entretanto, o simples esclarecimento do diagnóstico de RLF tranquiliza os pacientes. Pacientes com TSS geralmente procuram médicos não psiquiatras e têm resistência ao encaminhamento especializado em saúde mental.

Comentários finais: Os casos demonstram a importância de um conhecimento básico em psiquiatria, de um bom contato interdisciplinar e do esclarecimento ao paciente do seu diagnóstico de RLF através da demonstração das imagens da laringoscopia.

PRC-104 RELATO DE CASO: AMILOIDOSE LARÍNGEA

Monalice Ferreira Campos, Vinícius Campos Coelho, Bianca Mendonça de Almeida, Lucas de Abreu Lima Thomé da Silva, Régis Marcelo Fidélis, Carlos Abreu Lima Thomé da Silva, Ana Cristina da Costa Martins

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil/ SEPTO

Introdução: A amiloidose acomete indivíduos entre 40 e 60 anos, é mais frequente no sexo masculino, e a rouquidão é o sintoma mais comum.

Apresentação do caso: J.R.N.N., feminino, 35 anos, assintomática. Procurou o serviço com videolaringoscopia com discreta fenda posterior fisiológica e solicitou reavaliação otorrinolaringológica. Após um ano, fez nova videolaringoscopia para reavaliação, na qual foi evidenciada fenda medioposterior. Após três anos apresentou disfonia, e novo exame evidenciou nódulo de prega vocal bilateral e cisto em ventrículo direito. Foi solicitada RNM, porém normal. Após um ano procurou atendimento otorrinolaringológico, apresentava pioria da disfonia. Novo exame foi feito, evidenciou espessamento bilateral de borda de prega vocal, grande edema com hiperemia de supraglote bilateralmente e fenda medioposterior. Meses depois o exame estroboscópico mostrou espessamento bilateral de borda de prega vocal com projeção de ventrículo direito e aspecto de cisto sugestivo de laringocele ventricular. Solicitada nova RNM, que confirmou laringocele bilateral de 8 e 9 mm. Com a pioria da disfonia e da lesão, na qual a projeção ventricular impedia a visualização das pregas vocais, optou-se por biópsia laríngea, cujo resultado foi positivo para coloração vermelho congo. Foi encaminhada ao reumatologista.

Discussão: A amiloidose no trato respiratório superior é rara, e nas estruturas de cabeça e pescoço a laringe é o órgão mais frequentemente afetado. Neste caso, a paciente era mulher fora da faixa etária mais prevalente. Atenta-se para o fato de a doença ser assintomática na fase inicial. A evolução clínica com disfonia e cisto ventricular nos levou à investigação mais minuciosa com complementação radiológica. A pioria progressiva da lesão laríngea fez com que fosse indicada a biópsia para elucidação do caso, cujo resultado histopatológico foi de amiloidose laríngea.

Comentários finais: A amiloidose laríngea deve ser cogitada pelo otorrinolaringologista; é a apresentação clínica mais frequente em cabeça e pescoço, com aspecto muitas vezes indistinguível do de outras lesões benignas.

PRC-105 RELATO DE CASO: DISFONIA PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Rafael Toledo Enes Nogueira, Fernanda Rodrigues da Cunha, Nathália Nishiyama Tondelli, Inara Julian Gato de Morais, Ariadne Fonseca Carvalho Silva, Martinho da Palma e Melo Neto, Júlia do Carmo Binotto

Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: Acidente vascular cerebral é a alteração do fluxo sanguíneo cerebral, leva a um déficit neurológico com duração dos sintomas maior do que 24 horas. Sua maior prevalência é no sexo masculino e acima de 65 anos. Menos de 5% dos casos de lesões cerebrovasculares apresentam paralisia de prega vocal, a maioria delas em lesões de tronco encefálico.

Apresentação do caso: J.G.P.R., 34 anos, feminina, deu entrada hospitalar com história de cefaleia intensa que evoluiu com cervicobraquialgia e ptose à esquerda, disfonia e disfagia para sólidos e líquidos. Referiu uso de anticoncepcional de longa data. Negou doenças pregressas, história familiar de doença cerebrovascular e tabagismo. Durante a internação, apresentou pioria do quadro de disfonia e disfagia; foram necessárias intubação orotraqueal e ventilação mecânica por 10 dias. Após estabilização da condição ventilatória, permaneceu disfônica. Foi feita fibronasolaringoscopia, que evidenciou paralisia de prega vocal esquerda em posição paramediana. Fez ressonância de crânio e arteriografia vertebral que confirmaram lesão isquêmica em cerebello. Após melhoria do quadro clínico, recebeu alta hospitalar com antiagregante, sonda nasoesofaríngea, foi encaminhada para fonoterapia e controle da deglutição. Depois de dois anos de seguimento clínico apresentou melhoria da disfonia, manteve quadro leve de tosse e pigarro, com episódios de engasgo e sem dispneia. Nas fibronasolaringoscopias de controle mantém paralisia de prega vocal esquerda.

Discussão: Este relato retrata um quadro de disfonia pós-lesão cerebrovascular, incomum, devido à baixa idade e ao sexo da paciente, além da presença da paralisia de pregas vocais nessa patologia. Apresenta o uso de contraceptivo oral como único fator de risco para lesões vasculares. A paciente apresentou evolução satisfatória para o quadro de disfonia, devido à forma precoce da fonoterapia. **Comentários finais:** O atendimento multidisciplinar somado ao diagnóstico precoce leva a uma melhor sobrevida dos pacientes.

PRC-106 RELATO DE CASO: ESTENOSE LARÍNGEA RECORRENTE POR SINÉQUIA ANTEROPOSTERIOR

Dalila Araújo Mota, Émilly Cristina de Bulhões, Victor José Timbó Gondim, Isabela Tavares Ribeiro, César Augusto Simões, Cláudio Videira Júnior

Universidade de Santo Amaro (UNISA), Santo Amaro, BA, Brasil

Introdução: A estenose laríngea constitui-se em um dos principais desafios médicos, devido a sua alta taxa de recidiva, apesar dos avanços das técnicas cirúrgicas. As queixas mais comuns relacionadas à estenose anterior são disfonia e insuficiência respiratória, ambas relacionadas com a extensão da estenose

Apresentação do caso: E.P., masculino, 52 anos, traqueostomizado, com queixa de disfonia e fadiga à fonação. História de laringectomia frontolateral esquerda prévia por carcinoma espinocelular em 2004, evoluiu com sinéquia em porção supraglótica após seis meses. Feita nasofibrolaringoscopia, que evidenciou mínima luz posterior, PVE ausente e porção anterior da direita preservada. Feita microcirurgia com ressecção da sinéquia posteroanteriormente, colocação de sonda ureteral na região glótica anterior, mantidos bordos afastados com *splint* e fixação da sonda com ponto transfixante cutâneo de região cervical anterior. O *splint* foi retirado ambulatorialmente no 10º PO pelo traqueostoma. Evoluiu com boa epitelização de mucosa, boa fenda respiratória e ausência de sinéquias. Dois anos após, retornou com queixa de dispneia, evidenciou recidiva de sinéquia anteroposterior à nasofibrolaringoscopia. Foram feitas três ressecções cirúrgicas posteriores; na última (2014) foi instalada cânula de Montgomery em traqueia e glote, que se mantém até o momento.

Discussão: Estenose pós-microcirurgia laríngea é afecção infrequente, geralmente após intervenções agressivas, com escoriação de PPVV na sua porção anterior. O paciente apresentava uma estenose anteroposterior, provavelmente devido à comunicação do tecido lesado após exérese cirúrgica do tumor. A remoção da mucosa anterior de ambas as cordas implica o uso de *splint* de comissura anterior ou cirurgia em dois tempos.

Comentários finais: Os cuidados com as estenoses são complexos e podem ser feitos por via endoscópica ou externa, e o tratamento pode se estender por meses ou anos.

PRC-107 RELATO DE CASO: PARACOCCIDIOIDOMICOSE LARÍNGEA

Mikhael Romanholo El Cheikh, Raíssa Camelo Valletta, Marina Ferraz Gontijo Soares, Mariana Moreira de Deus, José Neto Ribeiro de Souza, Juliane Moreira Barbosa, Claudiney Cândido Costa

Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: Paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica, crônica e progressiva, frequentemente identificada na América do Sul. Causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, essa doença é adquirida geralmente pelo trato respiratório, através da inalação de propágulos (microconídeos) do fungo. Descrevemos o caso de um paciente com lesão primária de laringe, diagnóstico diferencial com lesão neoplásica, manifestação incomum dessa infecção fúngica.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 61 anos, pedreiro, procedente de Goiânia (GO), com queixa de disfonia havia um ano, com pioria progressiva, associada à dispneia aos esforços, disfagia e odinofagia. Sem perda ponderal, abaulamento cervical e outras morbidades. Paciente etilista e tabagista - carga tabágica de 80 maços/ano. Videolaringoscopia: lesão glótica e supraglótica infiltrativa, acometimento de pregas vocais bilateralmente, com prevalência à esquerda, e diminuição da área respiratória, sugestivos de neoplasia. Paciente foi submetido à traqueostomia para garantia de via aérea e biópsia de lesão. Histopatológico sugeriu infecção fúngica característica de paracoccidiodomicose e não evidenciou sinais de malignidade.

Discussão: Exposição ao *P. brasiliensis* gera, inicialmente, um complexo primário na via aérea inferior, assintomático. A reativação de fungos latentes desencadeia a forma crônica da doença, com a formação de lesões granulomatosas que podem ocorrer desde a cavidade oral até a via respiratória inferior. As lesões laríngeas crônicas por paracoccidiodomicose apresentam-se de modo similar às neoplasias, como o CEC. Além do risco de diagnósticos equivocados, há relatos de câncer como comorbidade; são necessários a biópsia e o estudo histopatológico para maior acurácia e segurança.

Comentários finais: Paciente iniciou acompanhamento com a infectologia, sugerido tratamento com itraconazol. Por motivos sociais, optou-se pelo tratamento com sulfametoxazol-trimetropim. Cinco meses após, paciente retornou para avaliação com programação de fechamento da traqueostomia e nova fibronasofaringolaringoscopia, na qual se encontrou laringe sem lesão aparente e pregas vocais livres.

PRC-108 RELATO DE CASO: PERSISTÊNCIA DE ANOMALIA DO TERCEIRO ARCO BRANQUIAL

Paloma Simoni Gama Ferreira, Samuel Neiva Almino, Érica Carla Figueiredo de Souza, Romualdo Suzano Louzeiro Tiago, Camila Lira Holanda de Lima Barros, Nicole Martuscelli de Almeida, Gabriella Soares de Souza

Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Anomalias congênitas dos arcos branquiais são muito frequentes e manifestam-se habitualmente como fístulas e cistos cervicais. Apresentam fisiopatologia desconhecida e podem aparecer em qualquer idade. As anomalias derivadas do terceiro arco e da bolsa branquial representam menos de 1% do total de malformações cervicais. A forma de manifestação pode ser variada e a forma de fístula é a mais frequente.

Apresentação do caso: M.S.M., masculino, 47 anos, compareceu ao serviço de otorrinolaringologia de um hospital público de São Paulo com queixa de roncos e obstrução nasal de longa data. Negou demais sintomas e comorbidades. Feita nasofibrotelelaringoscopia, que evidenciou pequeno óstio circular em valécula esquerda medial e anterior à prega faringoepiglótica.

Discussão: Os arcos consistem em um mesênquima do 1° ao 7° somitômeros, recoberto internamente por endoderma e externamente por ectoderma. O terceiro arco faríngeo (arco glossofaríngeo) dará origem aos cornos maiores e à parte inferior do corpo do osso hioide, ao músculo estilofaríngeo, à artéria carótida comum e à parte proximal da carótida interna e é nervado pelo glossofaríngeo. Os cistos podem se manifestar tardiamente, entretanto as fístulas tendem a ser diagnosticadas ao nascimento ou na infância. O diagnóstico é primariamente clínico, mas a ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética podem auxiliar no diagnóstico diferencial. O orifício encontrado na valécula representa um achado do exame endoscópico. O paciente não apresenta queixas associadas à persistência do seio do terceiro arco branquial. A remoção completa das lesões é o tratamento de escolha

para as anomalias dos arcos branquiais a fim de evitar recorrência, porém, no caso apresentado, como não havia queixas do paciente e repercussão clínica, optou-se por acompanhamento ambulatorial.

Comentários finais: O relato deste caso reforça a importância de o otorrinolaringologista estar atualizado sobre as anomalias cervicais. Observa-se que o caso foge aos padrões epidemiológicos e foi diagnosticado em um adulto assintomático.

PRC-109 RELATO DE CASO: PLASMOCITOMA DE LARINGE

Geovane Luiz Alves Santos, Gustavo Meyer de Moraes, Flávio Barbosa Nunes, Paulo Fernando Tormin Borges Crosara, Leandro Farias Evangelista, Jéssica Maia Couto, Carolina da Fonseca Barbosa

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O presente relato descreve um caso de plasmocitoma extramedular de laringe.

Apresentação do caso: M.A.B., feminina, 50 anos. Procurou atendimento havia cerca de cinco anos e queixou-se de dispneia e estridor laríngeo com melhora espontânea. Foi evidenciada lesão em PVD, em comissura posterior, com suspeita de granuloma secundário à intubação feita dois anos antes, durante nefrolitotomia anatórfica. Estudo anatomopatológico após ressecção evidenciou inflamação crônica moderada inespecífica. Exames clínicos e endoscópicos de controle mantinham-se inalterados. Após seis meses, quadro agudo de dispneia a fez procurar o serviço com necessidade de traqueostomia. Tomografia de pescoço evidenciou lesão expansiva em glote e subglote, obstruiu aproximadamente 90% do espaço aéreo. Procedeu-se à remoção da lesão por laringofissura. Anatomopatológico observou proliferação de células linfoides atípicas, na sua maioria de aspecto plasmocitoide. Avaliação imuno-histoquímica confirmou quadro compatível com neoplasia de células plasmáticas. Cintilografia óssea demonstrou múltiplos implantes secundários no esqueleto. Achados laboratoriais evidenciaram proteínas plasmáticas elevadas com inversão da relação albumina/globulina, pico monoclonal da fração gama, elevação de cálcio iônico e anemia leve. Foi estabelecido diagnóstico de mieloma múltiplo e proposta quimioterapia com ciclofosfamida seguida de talidomida por sete meses e transplante autólogo de medula óssea. Observou-se redução de mais de 80% das lesões ósseas mensuráveis e normalização de exames laboratoriais. Feitos desmame e fechamento de traqueostomia.

Discussão: O plasmocitoma extramedular é uma das apresentações das neoplasias de células plasmáticas. Sua incidência, dentre essas neoplasias, é de 4,5% a 7,2%. A região da cabeça e pescoço é o sítio mais comum; entretanto, o acometimento laríngeo é raro. O diagnóstico é firmado por anatomopatológico e o tratamento pode incluir radio/quimioterapia e ressecção cirúrgica.

Comentários finais: Apesar de raro, o plasmocitoma de laringe deve ser considerado como diagnóstico diferencial de massas nessa região. Uma vez firmado, o diagnóstico deve ser seguido de investigação de doença sistêmica.

PRC-110 RELATO DE CASO: TUBERCULOSE LARÍNGEA

Lucas de Abreu Lima Thomé da Silva, Bianca Mendonça de Almeida, André Junqueira de Almeida, Roney Costa Louvain Filho, Régis Marcelo Fidélis, Ednilson Parra César, Ana Cristina da Costa Martins

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil/ SEPTO

Introdução: A tuberculose laríngea é uma complicação da tuberculose pulmonar decorrente da cicatrização das lesões nessa região. Duas teorias explicam a contaminação da laringe. A mais

aceita é a broncogênica, na qual a laringe é infectada pelo contato direto entre a secreção da árvore brônquica e a mucosa da laringe com acometimento da parte posterior da laringe. A outra é a disseminação hematogênica, mais rara com acometimento da epiglote e laringe anterior. Nas lesões laríngeas simples e múltiplas, as pregas vocais são as mais afetadas e, por isso, o sintoma mais frequente é a rouquidão.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 33 anos, com disфонia intermitente havia seis meses. Nos últimos três meses notou emagrecimento de 7 kg, calafrios, porém sem febre. Videolaringoscopia: edema difuso acentuado de falsas pregas vocais, aritenoides e epiglote com placas amarelas; não foi possível visualizar as pregas vocais. Rinoscopia e oroscopia sem alterações. Nesse período foi tratado para refluxo faringolaríngeo com omeprazol 40 mg/dia, além do uso de antibióticos e corticosteroides, sem melhoria. Todos os exames foram negativos, exceto o RX tórax: escavação e nódulos e BAAR positivo. Iniciado tratamento medicamentoso com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.

Discussão: O sintoma inicial mais comum de tuberculose laríngea é a disфонia, que acomete 80-100%, seguida pela disfagia, odinofagia, tosse, dispneia, hemoptise, adenopatia cervical, perda de peso e raramente disseminação sistêmica. O envolvimento prioritário é a hemilaringe posterior, através do escarvo infectado. Entretanto, a hemilaringe anterior tem se tornado mais frequente do que a posterior, e as cordas vocais são o sítio mais afetado, seguido pelas falsas cordas.

Comentários finais: Os otorrinolaringologistas devem suspeitar de lesões causadas pela tuberculose nos casos de disфонia e odinofagia mesmo na ausência de comprometimento sistêmico e imunossupressão. O diagnóstico e o tratamento precoce são imprescindíveis para a cura e a prevenção de sequelas.

PRC-111 RELEVÂNCIA OTORRINOLARINGOLÓGICA DA LIPOIDOPROTEINOSE

Carolina de Castro Santos Rodrigues, Fagner Gomides Torres, Mateus Silva Marobin, Marcell de Melo Naves, Lucas Gomes Patrocínio, Juliano Molina Pelicano, Carolina Gambeta Coelho Paim

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil

Introdução: Doença de Urbach-Wiethe ou proteinose lipídica, também conhecida como hialinose cutaneomucosa, é uma doença autossômica recessiva rara, caracterizada pelo depósito de material hialino em pele, mucosa e órgãos internos.

Apresentação do caso: R.M.P.F., 34 anos, sexo feminino, relatou rouquidão desde os seis meses de idade, perceptível ao choro, que progrediu para disфонia. Referiu também lesões pustulosas e bolhosas difusas em regiões expostas à luz solar que cicatrizavam com aspecto varioliforme, além de crostas em região extensora das articulações de cotovelos e tornozelos desde a infância de caráter intermitente. Exame físico: Tipo brevillínio (142 cm), fâcias envelhecida, discretas áreas de alopecia no couro cabeludo, ausência de dentes (caninos e pré-molares bilateralmente), mãos hipoplásicas. Pele de aspecto esclerodermiforme com cicatrizes atróficas e varioliformes difusas, com pápulas perláceas ao longo das bordas livres palpebrais, nos dedos das mãos e dos pés. Observam-se crostas e fissuras nas regiões olecraneanas e de joelhos. Na cavidade oral encontram-se placas amarelo-esbranquiçadas de moderada quantidade que se estendem para a orofaringe. Exame neurológico sem alteração. Videolaringo: presença de língua rígida, infiltrada, de aspecto amiloide, parede de faringe com infiltração irregular e granulada, corpo da laringe com presença de granulações, paresia de prega vocal e aritenóide à esquerda. Bx cutânea com apresentação histopatológica de ácido periódico-*shiff* (PAS) positivo. Funções renais, hepáticas e cardíacas normais. Testes para colagenoses e vasculites negativos. Paciente em tratamento com a dermatologia, apresenta quadro

cutâneo estável e mantém acompanhamento com a otorrinolaringologia pelo quadro laríngeo e possível laringoplastia.

Discussão: A etiopatogênese da lipoidoproteinose não está completamente elucidada, mas relaciona-se com alterações de síntese e metabolismo do colágeno, como aumento de produção dos tipos IV e V e diminuição dos tipos I e II.

Comentários finais: Tratamentos específicos e efetivos ainda não estão disponíveis. Este trabalho tem como objetivo salientar a importância dessa doença como causa de alterações mucosas, cutâneas e laríngeas na infância.

PRC-112 SARCOIDOSE LARÍNGEA - UM RELATO DE CASO

Juliana Reinesch, Natália Quinhone Shiguematsu, Giuliano Ferreira Morgantetti, Fabiano Pinto Saggio, Daniel Salgado Kupper, Rodrigo Lacerda Nogueira, Edwin Tamashiro

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A sarcoidose é uma doença rara, geralmente de manifestação sistêmica, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos sem agente etiológico específico identificado. Sua maior incidência está na faixa dos 25 aos 40 anos. Apresentamos aqui um caso de sarcoidose restrita à laringe, em adolescente sem história patológica prévia.

Apresentação do caso: Paciente de 15 anos, sexo feminino, sem comorbidades. Apresentava queixas de dispneia aos moderados esforços, roncos e apneias havia dois meses. Videolaringoscopia flexível mostrou edema difuso de supraglote, que acometeu principalmente epiglote e aritenoides e impediu a visualização de pregas vocais e vestibulares e de subglote. Exames laboratoriais e provas inflamatórias sem alterações, tomografia de tórax sem sinais de acometimento pulmonar. Foi feita laringossuspensão para biópsia de epiglote. A análise anatomopatológica evidenciou macrófagos epitelioides com arquitetura granulomatosa ao redor de linfócitos maduros. Não foram encontradas células gigantes multinucleadas ou necrose. Colorações específicas para micro-organismos não revelaram microbactérias ou fungos. Após reunião multidisciplinar com as equipes de infectologia e reumatologia, foi iniciado tratamento com prednisona e metotrexato, considerando a hipótese clínica de sarcoidose laríngea. A paciente evoluiu com melhoria dos sintomas e do edema laríngeo, se mantém estável em seguimento ambulatorial.

Discussão: O diagnóstico de sarcoidose baseia-se na constatação de granulomas não caseosos, resultados concordantes clínico-radiológicos e exclusão de outras doenças granulomatosas. É comum o acometimento de múltiplos órgãos e mais de 90% dos pacientes têm envolvimento pulmonar. O acometimento laríngeo é raro e os sintomas podem ser confundidos com afecções pulmonares isoladas e atrasar diagnóstico e tratamento adequados.

Comentários finais: Apesar de pouco frequente, a sarcoidose é um diagnóstico que deve ser considerado em casos de sintomas respiratórios, especialmente na evidência de achados sistêmicos. O atraso na avaliação e no diagnóstico pode levar a risco de vida e a necessidade de via aérea cirúrgica.

PRC-113 SARCOMA DE TRAQUEIA EM ADOLESCENTE: UM CASO RARO

Jefferson Pitelli Fonseca, Bruno Alexandre Barbosa do Nascimento, Mônica Sofia Padilha de Barros, Fabiana Cardoso Pereira Valera, Carolina Sponchiado Miura

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: Os sarcomas de cabeça e pescoço correspondem a 2% de todas as doenças malignas na cabeça e no pescoço e 4 a 10% de todos os sarcomas em adultos. São tumores raros, que, associados à diversidade de subtipos histológicos e comportamento clínico variável, tornam difícil a elaboração de algoritmos de tratamento específicos e escassos grandes ensaios clínicos que abordem sua terapêutica.

Apresentação do caso: Neste relato apresentamos um paciente de 17 anos, havia três com quadro de dispneia progressiva e sibilância intermitente, diagnosticado com lesão subglótica de caráter expansivo endotraqueal que determinou suboclusão de traqueia, de crescimento rápido em RNM seriadas de pescoço associado a nódulo pulmonar metastático em TC de tórax. Estudo atomopatológico de lesão compatível com sarcoma indiferenciado de traqueia. Paciente evoluiu com progressão da doença, com necessidade de traqueostomia, apresentou refratariedade nos esquemas rádio e quimioterápicos propostos. No momento, acompanhado em nosso serviço em quimioterapia paliativa, sem perspectivas de cura.

Discussão: É imprescindível o desenvolvimento de diagnóstico precoce a fim de aumentar a sobrevida de paciente com formas raras de lesões malignas otorrinolaringológicas.

PRC-114 SÍFILIS LARÍNGEA: RELATO DE CASO

Natalya de Andrade Bezerra, Fernanda Alves Guimarães, Lucas Osanan Andrade Sousa, Carolina Cavalcante Dantas, Erika Mucciolo Cabernite, Majorie Cristine Agnoletto, Rafael Burihan Cahali

Hospital do Servidor Público Estadual, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa, causada pelo *Treponema pallidum*. A via sexual é a principal forma de transmissão. O envolvimento laríngeo foi descrito pela primeira vez no século XVI e, embora raro, pode acontecer em qualquer fase de evolução da doença. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico da doença com essa apresentação.

Apresentação do caso: M.Z.V., 62 anos, feminino, queixa de disfonia, glóbulus faríngeo e tosse seca ao deitar-se havia quatro meses. Prescritos inibidor de bomba de prótons e antagonistas do receptor H₂, como tratamento empírico para doença do refluxo gastroesofágico, sem resposta satisfatória. Laringoscopia indireta mostrou edema supraglótico importante, que poupou a epiglote, cordite bilateral e acometimento de bandas vestibulares, além de lesão bolhosa com conteúdo de aspecto supurativo em aritenóide esquerda e úlcera de fundo leucoplásico em bordo livre de epiglote. Solicitadas sorologias, encontrou-se VDRL reagente 1/16. Paciente encaminhada para tratamento junto à infectologia, encontra-se em acompanhamento ambulatorial, com títulos sorológicos em queda.

Discussão: A patologia sífilítica apresenta evolução classificada em fase primária, secundária e terciária. É na fase secundária que as manifestações clínicas apresentam caráter generalizado, podendo envolver a mucosa de todo o trato aerodigestivo superior. O acometimento da laringe e da hipofaringe cursa com disfagia e rouquidão, justificados por edema laríngeo e erupção maculopapular, geralmente encontrados ao exame físico. A rouquidão pode ocorrer também na sífilis terciária em consequência de lesão laríngea ou comprometimento do nervo laríngeo recorrente. O diagnóstico diferencial das lesões laríngeas é feito com aquelas de aspecto granulomatoso, e o tratamento é dado pelo uso da penicilina benzatina conforme a apresentação clínica dessa doença.

Comentários finais: Uma vez que a sífilis apresenta diversas formas de apresentação clínica, é prudente ao otorrinolaringologista identificar lesões suspeitas e fazer diagnósticos diferenciais a fim de efetuar adequado tratamento.

PRC-116 SULCO VOCAL: TRATAMENTO COMBINADO COM FRANJEAMENTO, ENXERTO DE GORDURA DE LÓBULO DE ORELHA E FONOTERAPIA COM ÓTIMOS RESULTADOS

Michel Balvedi Nomura, Carla Maffei, Marcelo Charles Pereira, Fernanda Henriques Camelo, Bruno Amaral Hay, Emily Balvedi Nomura, Alana Farias Micsza Schauenburg

Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Sulco vocal é uma alteração fibrótica da mucosa da prega vocal, com conseqüente redução da viscoelasticidade do tecido e potencial vibratório. A literatura diverge quanto ao tratamento de reabilitação vocal, variando desde fonoterapia a cirurgia ou ambas.

Apresentação do caso: Feminino, 49 anos, professora. Ao exame de videolaringoscopia, visualizaram-se sulcos em estria bilateral, com fechamento glótico em fenda. A qualidade vocal pré-cirúrgica era rouca, áspera e sopro em grau intenso; o tempo máximo de fonação era de dois segundos. Foi indicada fonoterapia por três meses. Houve melhoria do grau de disfonia e tempo máximo de fonação sustentada, porém a qualidade vocal ainda era incompatível e insuficiente para comunicação interpessoal e laboral. Optou-se por intervenção cirúrgica de franjeamento, ressecção interna do ligamento vocal (SILV) e enxerto de gordura de lóbulo de orelha. Por 15 dias, a paciente ficou em repouso vocal e, em seguida, retornou à fonoterapia por cinco meses. A análise perceptivo-auditiva da paciente melhorou no fim do tratamento, e o tempo máximo de fonação sustentada aumentou para 18 segundos.

Discussão: As técnicas cirúrgicas de franjeamento associadas à técnica do SILV e ao enxerto de gordura de lóbulo de orelha propiciaram maior preenchimento do espaço das lâminas, bem como aumentaram a flexibilidade e viscoelasticidade da túnica mucosa, reduziram a rigidez, com conseqüente aumento do potencial vibratório da túnica mucosa e eliminação da fenda glótica. As modificações histoestruturais obtidas pelo tratamento combinado resultaram na melhoria da qualidade vocal e do tempo máximo de fonação, o qual era insuficiente para a comunicação interpessoal, bem como para as atividades letivas, tornaram a tarefa comunicativa efetiva, com qualidade vocal adaptada à idade cronológica e ao sexo.

Comentários finais: A combinação dos tratamentos cirúrgico e de fonoterapia intensiva é eficiente e célere em relação aos tratamentos isolados preconizados.

PRC-117 TRAUMA DE CARTILAGEM TIREOIDE EM PRATICANTE DE JIU-JITSU: RELATO DE CASO

Bernardo Relvas Lucas, Alonço da Cunha Viana Júnior, Daniella Leitão Mendes, Ana Carolina Daflon Scoralick, Nathália Senra Santos, Luiz Felipe Lira de Moraes, Alexandre José de Souza Cunha

Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Os traumas de laringe são raros. Ainda, tendo em vista a importância da região, podem ter conseqüências devastadoras, caso não sejam diagnosticados e tratados corretamente. Nos traumas com fratura, em 60% das vezes há o acometimento da cartilagem tireoide, cricoide em 13% e de ambas em 27% dos casos. A relevância desse relato está na raridade do caso e em sua evolução particularmente longa e quase assintomática.

Apresentação do caso: J.B.L., 34 anos, lutador de jiu-jitsu, referiu sensação discreta de corpo estranho na "garganta" havia cerca de dois meses, sem odinofagia, disfagia e disfonia. Negava tosse, halitose e dispneia. Exame físico sem alterações. À videolaringoscopia observou-se assimetria laríngea com a presença de estrutura de aspecto cartilaginosa, que se projetava sob a mucosa em região lateroposterior à esquerda durante a fonação, o que confirmou fratu-

ra do corno superior esquerdo da cartilagem tireoidiana. Optou-se por conduta expectante.

Discussão: Os traumas fechados são os mais frequentes dos traumas de laringe, correspondem a 80 a 85%. A principal causa é acidente de automóvel, com o mecanismo clássico de hiperextensão cervical. As causas menos importantes são quedas, agressões, tentativas de suicídio e esportes como karatê, rúgbi e baseball. Nesse caso, o paciente era lutador de jiu-jitsu e talvez a dinâmica do trauma tenha ocorrido provavelmente pelo golpe denominado estrangulamento. É de grande relevância a história clínica para poder estabelecer o fator causal. Os sinais e sintomas mais comuns da lesão traumática de laringe são alteração de voz, tosse, disfagia, odinofagia, dispnéia, estridor laríngeo, aspiração. Neste caso o paciente queixava-se apenas de sensação de corpo estranho.

Comentários finais: A história clínica torna-se ainda mais relevante para estabelecer uma relação de causalidade nos pacientes com pouca sintomatologia e diagnóstico tardio.

PRC-118 TUBERCULOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO

Sâmella Cavalcanti Monteiro, Marcos Antônio de Melo Costa, Marcos Rossiter de Melo Costa, André Serra Mota, Gleydson Lima dos Santos, Paula Medeiros Balbino, Wesley Vilela de Campos

Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, Brasil

Introdução: Tuberculose (TB) laríngea é a principal manifestação otorrinolaringológica da TB. Sua incidência diminuiu devido aos avanços no tratamento e diagnóstico precoce, porém, com a expansão das doenças imunossupressoras, a incidência voltou a crescer paulatinamente.

Apresentação do caso: E.J.M.S., sexo masculino, 51 anos, procedente de Maceió (AL), tabagista, etilista, apresentou quadro de disфония e disfagia progressivas havia dois meses. Referiu tosse produtiva, com secreção clara, e perda de peso havia quatro meses. Videolaringoscopia evidenciou lesões granulomatosas difusas em laringe. Baciloscopia e cultura do escarro positivas para o *Mycobacterium tuberculosis*, radiografia com infiltrado pulmonar intersticial difuso. Foi iniciado tratamento quimioterápico com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (Ripe). No segundo mês de tratamento, evoluiu assintomático, com videolaringoscopia normal. Atualmente, está no sexto mês do tratamento medicamentoso.

Discussão: A TB laríngea é uma das principais causas de doença granulomatosa da laringe. É causada pelo *M. tuberculosis*. A prevalência ocorre em homens, tabagistas, idosos ou portadores de imunodeficiências. A doença desenvolve-se por contaminação direta da mucosa; os principais sintomas são disфония, disfagia e odinofagia, associadas ou não a sintomas sistêmicos. Os achados laringoscópicos vão desde edema sem lesão de mucosa a formas ulceradas. Em casos suspeitos, deve-se constar avaliação clínica completa, radiografia de tórax, baciloscopia do escarro e biópsia da lesão laríngea, fundamental para afastar neoplasias, seu principal diagnóstico diferencial. O tratamento indicado consiste no Ripe durante seis meses. A maioria das lesões e dos sintomas regride após dois meses de tratamento.

Comentários finais: O Brasil faz parte dos 22 países responsáveis por 90% dos casos de TB no mundo. A TB laríngea frequentemente está associada a formas graves da doença. O acometimento laríngeo na presença de doença pulmonar parece ser muito mais comum do que se tem registrado e apresenta alta morbidade, e mostra a necessidade de divulgação e discussão do tema.

PRC-120 TUBERCULOSE PRIMÁRIA DE LARINGE

Camila Nogueira Merlo, Eron Mosciati, Igor Guerra Guimarães, Antônio Issa, Tácito Elias Sgorlon

Núcleo de Otorrinolaringologia de Ribeirão Preto (NORP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A apresentação laríngea da tuberculose como forma isolada, sem acometimento pulmonar, é uma doença rara, uma entidade incomum e raramente incluída no diagnóstico diferencial das patologias laríngeas. Porém, nos últimos anos, houve um aumento progressivo do número de casos de tuberculose em geral, incluindo o aumento dessa localização.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 74 anos, hipertenso e asmático, com história de disфония havia dois meses, sem outras queixas ou sintomas referentes às vias aéreas superiores. Apresentava lesão granulomatosa em pregas vocais cujo resultado da biópsia revelou bacilo de tuberculose. Exame clínico e radiológico do pulmão compatível com normalidade. Foi feito tratamento para tuberculose por seis meses e houve melhora completa do quadro após reavaliação.

Discussão: A disфония é o sintoma mais prevalente nos casos de tuberculose laríngea. A patogênese do acometimento laríngeo pode ser secundária à doença pulmonar, ou primária - mais rara, como no caso descrito acima. Existem duas teorias que tentam explicar o mecanismo de contágio, um por via broncogênica, outro por via hematogênica. A proporção de acometimento é duas vezes maior em homens do que em mulheres. A faixa etária varia da segunda até a sexta década de vida. O diagnóstico da tuberculose pode ser estabelecido por meio de história, teste tuberculínico, radiografia de tórax, BAAR e cultura do escarro e histopatológico. Foram feitos notificação compulsória e tratamento com quimioterápico.

Comentários finais: Atentar ao otorrinolaringologista para as lesões causadas pela tuberculose laríngea e fazer o diagnóstico diferencial com outras patologias, tanto granulomatosas quanto neoplásicas, e dessa forma antecipar o diagnóstico e o tratamento precoce da doença.

Área Temática: Otologia/Base de Crânio Médio e Posterior

PRC-121 ABSCESSO DE BEZOLD EM LACTENTE: UMA SÉRIA COMPLICAÇÃO DA OTITE MÉDIA AGUDA

Eduarda Costa Alves, Felipe Félix, Nathália Tassarolo Dias, Sharon Maria Soares de Lima Ávila, Christiane de Sousa Lopes, Renato Ponte Portela Aguiar, Janaina Kopp

Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Otite média aguda é uma das doenças mais prevalentes em lactantes e crianças. A antibioticoterapia e os cuidados com a saúde diminuíram a incidência de suas complicações. Entretanto, devido à gravidade dessas evoluções, são necessários diagnóstico e tratamento precoces. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de otite média aguda em um lactante, que evoluiu com otomastoidite aguda, trombose de seio transversal e abscesso de Bezold.

Apresentação do caso: C.B.J.R., seis meses, internado no CTI pediátrico do HFSE devido a sepsis, queda do estado geral, otorreia direita e abaulamento cervical ipsilateral, sem resposta a antibioticoterapia de amplo espectro. Ao exame, lactante em grave estado geral, otorreia, ausência de contorno de ângulo de mandíbula e abaulamento cervical direitos. Em tomografia computadorizada de urgência de osso temporal e pescoço, foi evidenciado velamento de células mastóideas, material com densidade de partes moles em epítimpano, sinal do delta em seio transversal direito e imagem cervical sugestivo de abscesso. Foram feitas timpanomastoidectomia

e drenagem de abscesso cervical. Paciente evoluiu com melhoria clínica no pós-operatório imediato.

Discussão: O abscesso de Bezold é uma complicação das otomastoidites agudas, nas quais ocorre necrose da cortical da mastoide, que permite disseminação da infecção para a região cervical. A pneumatização da mastoide ocorre ao longo da vida, adelgaça o córtex, e esse é o principal fator predisponente para ocorrência dessa complicação. Portanto, o abscesso de Bezold é mais comum em adultos e raro em crianças. Com a possibilidade de disseminação para laringe e para o mediastino, o prognóstico é grave se não tratado.

Comentários finais: Devido ao avanço da antibioticoterapia, a incidência de complicações de otomastoidite diminuiu e o abscesso de Bezold passou a ser um evento incomum. Apesar de o prognóstico ser grave, o rápido diagnóstico e a adequada intervenção permitem resolução do quadro sem sequelas.

PRC-122 "ASSIMETRIC CRYING BABY FACE" (ACBF) RELACIONADA AO USO DE ISOTRETINOÍNA

Guilherme Lippi Ciantelli, Aécio de Albuquerque Lins Porto, Thiago Luís Infanger Serrano, Jorge Rizzato Paschoal

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: A isotretinoína é um retinoico derivado da vitamina A usado no tratamento de acne refratária e conglobata, reconhecidamente teratogênico. Há descrição de malformações cardíacas, craniofaciais e em sistema nervoso central. Relata-se um caso de uma lactente com exposição gestacional à isotretinoína durante o primeiro trimestre, que se apresenta unicamente com paralisia facial periférica e malformação de orelha externa.

Apresentação do caso: A.N.L.O., lactente, oito meses levada para serviço terciário de referência devido à paralisia facial periférica desde o nascimento. Nasceu com 40 semanas, parto cesáreo sem uso de fórceps, com peso = 3.010 g, comprimento = 49 cm, perímetro cefálico = 33 cm, apgar 9/10. Genitora relatou uso de isotretinoína (30 mg/dia) durante os primeiros 15 dias de gestação e negou uso de qualquer outro teratogênico. Lactente apresentava-se com paralisia facial periférica à direita grau V de House-Brackmann e microtia de orelha direita, sem outras alterações anatômicas faciais. Ecocardiograma, tomografia de crânio e ultrassonografia de abdome não mostravam malformações, cariótipo 46XX e Peate sem alterações. Solicitada TC de ouvidos e mastoide na qual não foi visualizado o canal do nervo facial à direita.

Discussão: A etiologia do ACBF é multifatorial e pode ser devido à compressão de nervo facial, ausência de musculatura facial ou do desenvolvimento desse nervo. A isotretinoína é reconhecidamente teratogênica e classificada como medicamento classe X para uso durante a gestação, sua ação é dose-dependente. A exposição pré-natal ao fármaco pode causar aumento da incidência de abortos, malformações cardíacas, do sistema nervoso central e genitourinárias, alteração de migração neuronal e anomalias craniofaciais (hipoplasia da face, fenda palatina e malformações do canal auditivo externo e de pavilhão auricular).

Comentários finais: A isotretinoína tem elevado potencial teratogênico e o seu uso em mulheres em idade fértil deve ser feito com cautela. A associação de anticoncepcionais hormonais e métodos de barreira deve ser sempre estimulada, além de testes hormonais de gravidez antes do início do tratamento.

PRC-123 A ELETRONEUROGRAFIA É SOBERANA À CLÍNICA NO TRATAMENTO DA PARALISIA FACIAL TRAUMÁTICA?

Syriaco Atherino Kotzias, Leticia Chueiri, Lourenço Sabo Mueller, Mariana Manzonni Seerig, Carlos Alberto Kuntz Nazario

Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: Os traumas correspondem à segunda maior causa de paralisia facial periférica. Seu tratamento é feito com cuidados oculares, corticoterapia, fisioterapia e, se necessário, tratamento cirúrgico por meio de descompressão e anastomose do nervo facial.

Apresentação do caso: Vítima de colisão automobilística evoluiu com paralisia facial periférica à direita classificada como House-Brackmann V, iniciada dois dias após o trauma. A tomografia computadorizada demonstrou fraturas coronais oblíquas do segmento escamoso do osso temporal direito irradiadas para a mastoide, conduto auditivo externo e segmento timpânico subjacentes. O tratamento conservador foi prescrito. A eletroneurografia feita 18 dias após o trauma não evidenciou atividade dos músculos frontal e orbicular à direita, captou alguma atividade nos músculos nasal e orbicular do lábio do lado da lesão, resultado indicativo de descompressão cirúrgica. Porém, visto que um mês após o trauma a melhoria clínica da paciente era notável, optou-se por manter o tratamento conservador e o acompanhamento. A paciente teve ótima evolução, e após cinco meses teve alta ambulatorial com paralisia facial classificada como House-Brackmann II.

Discussão: A abordagem cirúrgica da paralisia facial periférica traumática é preconizada quando há história de paralisia completa e imediata, a qual corrobora o diagnóstico de transecção do nervo. Porém, como muitos desses casos ocorrem em vítimas de politrauma, a anamnese pode ser dificultada. Dessa forma, testes eletrofisiológicos também podem auxiliar na decisão de tratamento. A eletroneurografia é preferida por apresentar resultados objetivos; quando demonstra uma degeneração superior a 90% das fibras nervosas também indica a necessidade de cirurgia, visto que a chance de recuperação incompleta da função do nervo é de 50%.

Comentários finais: Neste caso, a história de início tardio dos sintomas e a melhoria clínica importante foram mais relevantes do que a eletroneurografia na decisão do tipo de tratamento da paralisia facial periférica traumática.

PRC-124 ABCESSO DE FOSSA POSTERIOR COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA

Luana Ferreira Cruz, Laiani Confalonieri Bertoldi, Bruno Martins Fernandes Silva, Nathália Prudêncio Silvano, Lívia de Vasconcellos Gonzaga, Priscila Dias, Rebecca Heidrich Thoen

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: As complicações da otite média crônica colestomatosa (OMCC) tiveram sua incidência reduzida com o advento da antibioticoterapia. Entre as complicações mais frequentes temos o abscesso cerebral, mais comum em fossa média com disseminação por contiguidade.

Apresentação do caso: Paciente de 19 anos, sexo feminino, interna no Hospital de Saracuruna em maio de 2014 com rebaixamento do nível de consciência, febre e prostração. Foi diagnosticada pela equipe de neurocirurgia com abscesso cerebral de fossa posterior à direita. Foram feitas drenagem do abscesso e colocação de derivação ventricular externa. Evoluiu com melhoria do nível de consciência e permaneceu internada com antibioticoterapia venosa. Nesse mesmo hospital foi definida como causa do abscesso OMCC bilateral. Em junho de 2014, a paciente foi transferida para o Hospital Universitário Pedro Ernesto. Ao exame, apresentava secreção abundante em conduto auditivo externo à direita com presença de lamelas e perfuração de membrana timpânica atical. À esquerda, retração de membrana atical. Após sua admissão, tomografia confirmou o diagnóstico de OMCC e apresentou abscesso residual (adotada conduta conservadora pela neurocirurgia). Equipe de otorrinolaringologia fez mastoidectomia à direita. Antibioticoterapia foi mantida por mais seis semanas. Paciente evoluiu bem e sem sequelas e recebeu alta.

Mastoidectomia à esquerda foi feita em um segundo momento. Segue com boa evolução em ambos os ouvidos.

Discussão: Embora tenha menor incidência nos dias de hoje, as complicações da OMCC ainda têm alta taxa de mortalidade (36%). Os abscessos cerebrais, a complicação mais frequente, geralmente ocorrem por erosão colesteatomatosa ou por extensão perivascular direta e tromboflebite retrógrada. Os sítios mais comuns são lobo temporal e cerebelo, geralmente únicos.

Comentários finais: Embora menos incidentes, essas complicações permanecem como desafio diagnóstico e terapêutico. A possibilidade de disseminação hematogênica e ocorrência de abscesso em outras áreas cerebrais não devem ser descartadas.

PRC-125 ABSCESSO CEREBELAR COMO COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA COLESTEATOMATOSA: RELATO DE CASO

Marcela Maria Pinto Vilela, Emyle Mayra Santana Alves Almeida, Isabela Loyola Borem Guimarães, Sebastião Kelson Alves dos Santos, Tarsius Capelo Cândido, Gilberto Francisco Ferreira Filho, Agenor Alves de Souza Júnior

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: As complicações intracranianas (CIC) das otites médias crônicas (OMC) mais comuns são meningite, abscesso encefálico, abscesso extradural e tromboflebite do seio lateral. Devem ser suspeitadas frente a um quadro de OMC associado à febre e sinais neurológicos. Dentre as OMC, a forma colesteatomatosa está mais associada a CIC devido ao seu potencial invasivo. Objetiva-se relatar um caso de abscesso cerebelar e trombose de seio transversal secundários à OMC colesteatomatosa, atendido no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF).

Apresentação do caso: B.R.C.C., 21 anos, natural e procedente de Juiz de Fora, atendido no ambulatório geral de otorrinolaringologia após ter tido alta de uma unidade de pronto-atendimento, onde ficou internado por 10 dias, com quadro de otorreia, febre alta, vertigem e vômitos. Recebeu antibioticoterapia (amoxicilina+clavulanato IV por 10 dias e ceftriaxone IM dose única) e, apesar da permanência dos sintomas, foi encaminhado via ambulatorial. O paciente foi internado e, após exames de imagem, foi diagnosticada trombose de seio transversal e presença de abscesso cerebelar associados à OMC colesteatomatosa. O caso foi conduzido juntamente com a neurologia e neurocirurgia. Optou-se por tratamento clínico do abscesso e foi feita mastoidectomia após estabilização clínica. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial, quatro meses após a alta, sem sequelas neurológicas e/ou recidiva do colesteatoma e do abscesso.

Discussão: No caso apresentado a suspeição do quadro não foi aventada no primeiro atendimento. Tal fato colocou em risco a vida do paciente pela possibilidade de sepse grave e complicações da hipertensão intracraniana. Tais casos de CIC devem ser conduzidos juntamente com a neurologia e neurocirurgia e a mastoidectomia deve ser feita o mais precocemente possível.

Comentários finais: É importante um alto índice de suspeição de CIC de OMC para seu diagnóstico e tratamento precoces, dada a sua alta mortalidade.

PRC-126 ADENOMA CERUMINOSO

Mariana Manzoni Seerig, Letícia Chueiri, Syriaco Atherino Kotzias, Carlos Alberto Kuntz Nazario, Lourenço Sabo Muller

Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: As glândulas ceruminosas são glândulas modificadas encontradas na porção cartilaginosa do meato acústico externo. Neoplasias originadas nessas glândulas são denominadas cerumino-

mas, termo genérico que não define o verdadeiro comportamento dessas lesões.

Apresentação do caso: *Caso 1:* Paciente feminina, 57 anos, apresentava zumbido e sensação de abafamento do som na orelha direita havia dois anos. *Caso 2:* Paciente masculino, 35 anos, queixava-se de obstrução progressiva do ouvido direito havia um ano. Ambos apresentavam tumoração no conduto auditivo direito, teste de Rinne negativo na orelha direita e teste de Weber lateralizando para direita. A audiometria demonstrava perda condutiva à direita e curva do tipo B na imitanciometria. Ambos fizeram tomografia de ossos temporais que demonstrou lesão expansiva em conduto auditivo direito, sem erosão de paredes ósseas, que poupou a membrana timpânica e a orelha média. O tratamento dos dois pacientes consistiu na retirada em bloco do tumor. O estudo histopatológico revelou adenoma ceruminoso em ambos os casos.

Discussão: Os tumores de glândulas ceruminosas são divididos em cinco tipos histológicos: carcinoma adenoide cístico, adenoma ceruminoso, adenoma pleomórfico, adenocarcinoma e carcinoma mucoepidermoide. São raros, afetam igualmente ambos os sexos e costumam se apresentar com otalgia, perda de audição e zumbido. A lesão é visualizada como um nódulo coberto por pele normal à otoscopia. Na tomografia a lesão geralmente é restrita ao conduto auditivo externo. O diagnóstico baseia-se principalmente na análise histológica da lesão, e o tratamento definitivo é a excisão completa do tumor, seguida ou não de radioterapia.

Comentários finais: Apesar de serem tumores bastante raros, os ceruminomas devem ser considerados no diagnóstico diferencial de tumorações de conduto auditivo externo. A remoção completa da lesão, além de ser o tratamento padrão-ouro, permite fazer estudo histológico para classificação do tipo de tumor e avaliação da necessidade de tratamento adjuvante.

PRC-127 AGENESIA DO NERVO COCLEAR UNILATERAL: UM ESTUDO DE CASO

Adriano Sérgio Freire Meira, Yuri Ferreira Maia, Christiane Kulzer Birck, Nelson José Barboza Quintino, Thaís Eugênio Gomes, Bruno Leonardo Barbosa Machado, Kallyne Cavalcante Alves Carvalho

SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil

Introdução: A agenesia do nervo coclear é uma malformação congênita, uma das causas de perda auditiva sensorioneural.

Apresentação do caso: Paciente de 17 anos, sexo masculino, com histórico de hipoacusia bilateral mais acentuada à direita desde os três anos, evoluiu com zumbido constante havia um ano. Segundo a genitora não houve intercorrências no pré e pós-natal. Durante a anamnese negou antecedentes familiares de problemas auditivos e outras patologias. Ao exame físico otorrinolaringológico, otoscopia, rinoscopia e oroscopia sem alterações. A audiometria tonal revelou limiares auditivos dentro dos padrões da normalidade, exceto nas frequências 6 e 8 kHz, com rebaixamento sensorioneural leve em orelha esquerda e anacusia em orelha direita. Exame neurológico dentro da normalidade, com preservação funcional dos demais nervos cranianos. O paciente foi submetido à ressonância magnética das mastoides. Foi constatado afilamento do calibre do conduto auditivo interno à direita; verificou-se apenas uma estrutura nervosa que adentrava o conduto auditivo interno, identificado como VII nervo craniano direito.

Discussão: A agenesia do nervo coclear é uma das causas de surdez sensorioneural na infância. Apesar de ser um assunto bem abordado ultimamente, pois é uma contra-indicação para o implante coclear, ainda é uma malformação rara e pode estar acompanhada de estreitamento do conduto auditivo interno, malformações labirínticas ou isoladamente.

Comentários finais: Agenesia do nervo vestibulococlear é uma anomalia rara da orelha interna. Ressaltamos que devemos investigar as crianças com anacusia antes de firmar um diagnóstico idio-

pático e precocemente para melhorar a qualidade de vida e até, se possível, instituir um tratamento.

PRC-128 ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA ABERRANTE COMO CAUSA DE ZUMBIDO PULSÁTIL

Daniel Castelo Rocha, José Victor Lima Figueiredo,
Eduardo Bezerra Rocha, Hugo Bandeira Portela,
Cláudio Henrique da Cunha Procópio,
Jordanna Yvna Fontenele Alcântara, Mariana Pontes Baquit

Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O zumbido pulsátil (ZP) é a detecção coclear de um ruído sincrônico com os batimentos cardíacos, resultado da turbulência sanguínea por alteração de sua velocidade ou do calibre da luz do vaso, geralmente causado por alterações vasculares. A artéria carótida interna aberrante (ACIA) é uma malformação vascular na orelha média (OM), que, apesar de rara, constitui um importante diagnóstico diferencial com paraganglioma e colesteatoma.

Apresentação do caso: Paciente, 49 anos, feminino, referiu ZP em OE, sincrônico com os batimentos cardíacos, associado com dor periauricular e hipoacusia à esquerda. A otoscopia evidenciou lesão vinhosa e pulsátil em quadrante anteroinferior retrotimpânico esquerdo. A tomografia computadorizada (TC) mostrou curso alterado da artéria carótida interna, apresentava-se deiscente na OM, foi indicado seguimento ambulatorial periódico. Durante o intervalo de 21 anos, evoluiu com perda auditiva mista bilateral (leve a severa em OD e moderada a severa em OE, com IPRF de 72/44% respectivamente) e doppler de carótidas com mínimo espessamento de artéria carótida direita. Imagem retrotimpânica inalterada.

Discussão: Deve ser enfatizado que a história clínica, aliada ao exame físico cuidadoso, com otoscopia detalhada, seguida por exames de imagem adequados, constitui condição necessária para o manejo dos pacientes com ZP. O diagnóstico correto pode levar ao tratamento precoce de patologias que acarretariam grande morbidade aos pacientes. Já nos casos em que há malformações vasculares ou ausência de anormalidades, como nos casos idiopáticos, nos quais o especialista pouco pode fazer, a tranquilização dos pacientes é de grande importância para a evolução favorável dos casos.

Comentários finais: Embora a ACIA seja extremamente rara, o otorrinolaringologista deve excluí-la, uma vez que essa entidade pode se assemelhar com outras patologias otorrinolaringológicas, como colesteatoma e glômus timpânico ou da jugular. Desse modo, evitam-se manipulações cirúrgicas indevidas e potencialmente graves.

PRC-129 BULBO DA JUGULAR ANÔMALO NA ORELHA MÉDIA: RELATO DE CASO

Patrícia Barbosa de Sousa, Ricardo Barbosa Ramos Filho,
Natália Cristina Gomes do Amaral, Arlete Cristina Granizo Santos,
Valéria Maria Prado Barreto, Ronaldo Carvalho Santos Júnior

*Serviço de Residência Médica de Otorrinolaringologia,
Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE, Brasil*

Introdução: As afecções vasculares do osso temporal cursam com história clínica e exame físico semelhantes e podem ser confirmadas com exames de imagem. O bulbo da jugular dentro da caixa tímpano é uma localização anormal da veia jugular interna no osso temporal.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, com 13 anos, procurou o Serviço de Otorrinolaringologia do HU/UFS acompanhado do genitor, que referiu queixa de roncos noturnos e respiração bucal. Negava sintomas alérgicos nasais, amigdalites de repetição e queixas otológicas. É portador de anemia falciforme. Ao exame clínico apresentava amígdalas grau 2. Na oroscopia, mucosa nasal

normocorada. Na rinoscopia anterior e na otoscopia foi evidenciada a presença de uma massa avermelhada retrotimpânica em quadrante posteroinferior da membrana timpânica à direita e sem anormalidades à esquerda. A videonasofibroscopia evidenciou hipertrofia adenoamigdaliana. A audiometria mostrava perda auditiva condutiva leve à direita e normoacusia à esquerda. Timpanometria com curvas tipo "B" à direita e tipo "A" à esquerda. A TC de ossos temporais evidenciou bulbo da jugular direito proeminente com ruptura da cortical do assoalho da caixa do tímpano. Foi indicada adenoamigdalectomia e acompanhamento ambulatorial de lesão retrotimpânica.

Discussão: O bulbo da jugular deiscente é uma variação anatômica encontrada com mais frequência à direita, de acordo com dados da literatura. Pode estar associado à presença de zumbido, a sintomas vestibulares e à perda auditiva condutiva. Entretanto, muito frequentemente é uma descoberta incidental em exame otoscópico.

Comentários finais: Com o avanço tecnológico e o advento de exames de imagens é possível o adequado diagnóstico das afecções vasculares na orelha média, tendo em vista que tais achados podem trazer consequências durante procedimentos cirúrgicos da orelha média, como sérias complicações hemorrágicas.

PRC-130 CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO: RELATO DE CASO

Flávia Vieira Dias, Edna Patrícia Charry Ramirez,
Júlia da Silva Almeida, Maria Eugênia Pedruzzi Dalmaschio,
Larissa Maria Alencar Xerez

Hospital Universitário Antônio Pedro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O carcinoma adenoide cístico é uma neoplasia maligna rara de glândula salivar de crescimento lento, mas prognóstico desfavorável pela agressividade da invasão tumoral e seu elevado poder recidivante. Mais prevalente em adultos de meia-idade. Distribuição igual entre os sexos. Histologicamente, pode ser classificado em padrão cribriforme, tubular ou sólido. O diagnóstico é por biópsia e o tratamento é cirúrgico.

Apresentação do caso: PSC, masculino, 61 anos, com tontura, otalgia e zumbido em orelha esquerda desde 2013. À otoscopia, estreitamento de conduto auditivo externo esquerdo. Evoluiu com otorreia desse lado. Refratário ao tratamento clínico. Tomografia de mastoide revelou mastoides ebúrneas e material com densidade de partes moles impregnado pelo contraste em conduto auditivo externo esquerdo. Feita abordagem cirúrgica ampla. Histopatológico revelou carcinoma adenoide cístico. Tomografia de crânio, pescoço, tórax e abdômen sem metástase. Encaminhado para radioterapia.

Discussão: O carcinoma adenoide cístico é raro no conduto auditivo externo, com origem nas glândulas ceruminosas. Acomete mais frequentemente adultos na quinta e na sexta décadas de vida e incomum em jovens. O principal sintoma inicial é a otalgia (90%). Outros podem ocorrer, como sangramentos, otorreia, tontura, surdez, paralisia facial. A massa tumoral pode ser um pólipio, uma ulceração, um tecido de granulação ou simplesmente uma discreta elevação subepitelial. As metástases regionais são principalmente para linfonodos subdigástricos e raras a distância. Quando ocorrem, o local mais acometido é o pulmão. Tomografia computadorizada faz parte do diagnóstico, que é confirmado pelo histopatológico. O tratamento é essencialmente cirúrgico, combinado ou não com radioterapia pós-operatória, por tratar-se de tumor radiosensível.

Comentários finais: Apesar do crescimento lento, não se subestima esse tumor, mesmo com terapêutica favorável em curto prazo. O prognóstico costuma ser ruim e a taxa de metástase tardia alta, devido à invasão perineural. Por isso, é necessário acompanhamento clínico por no mínimo cinco anos após o fim do tratamento.

PRC-132 CHRONIC OTITIS MEDIA, MYIASIS AND FACIAL PARALYSIS

André Luiz Lopes Sampaio, Alessandra Ramos Venosa, Juliana Gusmão de Araújo, Paula Lobo Furtado Machado, Isabelle Braz de Oliveira Silva, Natália Barros de Melo, Halina Araújo Souza

Hospital Universitário de Brasília (HUB), Brasília, DF, Brazil

Introduction: Otitis media (OM) is considered a potentially severe disease due to the risk of complications. The evolution of chronic otitis media results in otorrhea, very often fetid. This fact can attract, by the smell, flies into the canal and give rise to myiasis. Myiasis of the otolaryngological cavity usually occurs from neglected chronic lesions in patients with poor personal hygiene. The injury of the auditory meatus may lead to deafness, facial paralysis and meningitis, and even death may occur. Facial paralysis as an otogenic complication can originate from acute otitis media and secretory otitis media. We intend to report a case of myiasis in the ear of a patient with chronic otitis media, culminating in complete peripheral facial paralysis.

Related case: J.A.S.O., 26 years old, bearer of cholesteatoma and chronic otitis media in the right ear, underwent an open-cavity tympanomastoidectomy in 2008. In December 2014, he presented otorrhea on the same side, not seeking medical attention for treatment. In February 2015, myiasis of that ear was observed, progressing to peripheral facial palsy grade V.

Discussion: He was admitted to the Hospital de Base do Distrito Federal, where a cavity cleaning and introduction of intravenous corticosteroids associated with intravenous and local antibiotics were performed. During hospitalization, there was remission of the myiasis symptoms, but the facial paralysis persisted. An electroneuromyography showed a 90% increased lesion of the facial nerve on the right. A tomography of the mastoid performed with preoperative purposes showed dehiscence of the facial canal in the tympanic segment. On 13 February 2015, the patient underwent decompression of the facial nerve. In the immediate postoperative period there was a partial and temporary recovery from the peripheral facial palsy (grade III), with a reference to grade IV in the course of two weeks.

Final comments: Auricular myiasis is an opportunistic disease caused by non-pathogenic agents, which in situations of general dysfunction or local tissue damage can become harmful. Any age group can be affected, with it being more common among middle-aged and elderly groups. The identification and early treatment can prevent complications and sequelae such as facial paralysis.

PRC-133 CIRURGIA DE FÍSTULA LIQUÓRICA DE ORELHA MÉDIA POR VIA TRANSMASTOIDEA

Nelson Álvares Cruz Filho, Luciene Mayumi Sato, Orlando Schuler de Lucena, Amanda Carvalho de Villa Camargo, Fernanda Wiltgen Machado

Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Fístula liquórica de orelha média é rara, pode ser congênita ou adquirida. As principais causas das adquiridas são trauma, iatrogenia e infecciosas. Casos com membrana timpânica íntegra podem simular otite média serosa ou manifestar-se por meio de meningites recorrentes.

Apresentação do caso: Foram operados dois pacientes. O primeiro (F.P.L., masculino, 67 anos) queixava-se de hipoacusia e zumbido pulsátil à direita, com audiometria e imitanciometria compatíveis com otite serosa desse lado. O segundo (J.P., feminino, 62 anos) com história de hipoacusia bilateral e meningites recidivantes, apresentava retração da Shrapnell à direita e cavidade radical à esquerda na otoscopia; na audiometria havia hipoacusia mista bilateral. Ambos foram submetidos à TC de ossos temporais e operados por via transmastoidea do ouvido direito. No primeiro caso foram

feitos mastoidectomia com aticotomia, remoção da bigorna e da cabeça do martelo e fechamento da fístula no tegmen timpânico com cortical da mastoide, fragmento de músculo temporal e cola de fibrina. No segundo caso foi feita mastoidectomia e, ao se tocar na mucosa hiperplásica no ádito do antro, houve saída de LCR. Essa mucosa foi removida e feito o fechamento da fístula com cartilagem, fragmento de músculo temporal e cola de fibrina. Os dois evoluíram bem.

Discussão: O diagnóstico de fístula liquórica otológica é feito pela anamnese, exame otorrinolaringológico e exames laboratoriais e de imagem (dosagem de glicose e de beta 2-transferrina no LCR, cisternotomografia). A TC dos ossos temporais permite identificar falha óssea no tegmen, e a RNM pode revelar herniações cerebrais na orelha média. A cirurgia para fechamento da fístula pode ser feita por via transmastoidea ou da fossa média.

Comentários finais: Na dependência do tamanho da falha óssea no tegmen, devemos tentar a cirurgia por via transmastoidea, pela maior facilidade e pelo menores riscos e complicações.

PRC-134 COLESTEATOMA CONGÊNITO GIGANTE

Bruno Takegawa, Raíssa Ferreira Gonçalves, Márcia Okawara, José Ronaldo de Souza Filho, Marina Fernandes Motta, Carlos Eduardo Borges Rezende, Priscila Bogar

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

Introdução: O colesteatoma é uma lesão de tecido epidérmico e conjuntivo constituída de epitélio escamoso estratificado com produção exacerbada de queratina que pode ocorrer em qualquer porção pneumatizada do osso temporal. Pode ser classificado em congênito ou adquirido. Embora muito semelhante ao adquirido, o congênito tem etiologia e etiopatogenia totalmente diversas. Evolui geralmente de maneira silenciosa, até que em determinada oportunidade se manifesta de formas variadas. Complicações intra e extracranianas podem ocorrer se o diagnóstico e o tratamento forem tardios. Apresentamos um caso de colesteatoma congênito de diagnóstico tardio de tamanho gigante que evoluiu com diversas complicações pré e pós-operatórias.

Relato de caso: Paciente P.R.F., sexo masculino, 62 anos, ao ser avaliado pela primeira vez por nossa equipe apresentava quadro de paralisia facial periférica à esquerda havia um ano e hipoacusia esquerda progressiva havia quatro anos. À otoscopia apresentava estenose de meato acústico externo esquerdo, sem visualização de membrana timpânica. Em tomografia computadorizada de ossos temporais foi visualizada lesão expansiva hipodensa em região mastoidea esquerda, que preenchia a orelha média com remodelamento ósseo. O paciente foi submetido à mastoidectomia, na qual se observou que o tumor se estendia até a dura-máter em fossa média. Na tentativa de retirada houve formação de fístula liquórica com correção posterior.

Discussão: Complicações intra e extracranianas podem ocorrer se o diagnóstico e o tratamento do colesteatoma for tardio, como no caso relatado. Quanto mais demorado o diagnóstico, maior a possibilidade de o colesteatoma ser gigante e crescer através do osso temporal, invadir a fossa craniana média e posterior, alcançar o cerebelo e até o sistema nervoso central.

Comentários finais: O caso relatado mostra a importância do diagnóstico precoce do colesteatoma para que não alcance proporções gigantes, atinja estruturas importantes e evolua com complicações pré e pós-cirúrgicas.

PRC-135 COLESTEATOMA DE ORELHA MÉDIA ASSOCIADO À OSTEOMA DE CONDUTO AUDITIVO

Frederico Vieira de Oliveira, Débora Fridman, Maria Carolina Giordano de Barros, Simone Rennó Rosa,

Ana Cláudia Alves Zangirolami, Fernanda Sihen Oliveira Rachid, Marcelo Mendes Tepedino Júnior

Policlínica de Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O osteoma de meato acústico externo (MAE) corresponde a um crescimento ósseo anormal e benigno abaixo da pele do conduto e pode causar obstrução total ou parcial. O colesteatoma ocorre geralmente em orelha média, pode apresentar-se com dor crônica, otorreia, comprometimento auditivo. É incomum sua apresentação associada a osteoma.

Apresentação do caso: Dois pacientes do gênero masculino, I.N.R., 30 anos, e E.C., 63 anos, com queixa de hipoacusia unilateral de longa data à direita, com visitas frequentes ao otorrinolaringologista para remoção de cerume, apresentavam lesão em MAE compatível com osteoma. Um dos pacientes tinha queixa de otorreia fétida havia um ano e perda auditiva leve a profunda. O segundo apresentava otalgia intermitente e perda auditiva mista severa. A tomografia computadorizada de ossos temporais dos pacientes evidenciava, além da lesão de densidade óssea em MAE, velamento de células mastóideas à direita. Indicado tratamento cirúrgico, exérese do osteoma endoaural para o primeiro e limpeza de orelha média por timpanotomia exploradora via retroauricular com mastoidectomia simples para o segundo. Evoluíram bem no pós-operatório, com melhoria dos sintomas.

Discussão: Acredita-se que o colesteatoma de orelha média em geral seja oriundo de uma hipoventilação da orelha média, ocorrida por déficit da tuba auditiva, assim como o colesteatoma de conduto auditivo pode ser formado por obliteração. Os pacientes relatados não tinham história de otites de repetição prévias; isso sugeria que o osteoma possa ter relação com as alterações de orelha média. Existem relatos de colesteatomas de conduto auditivo situados medialmente a osteomas, o que reforça a teoria de hipoventilação e acúmulo de epitélio no conduto como possíveis causadores. No entanto, não foram encontrados relatos de associação entre osteoma e colesteatoma de orelha média.

Comentários finais: O osteoma de conduto auditivo é uma condição frequente; deve o médico atentar para a possibilidade de colesteatoma associado.

PRC-136 CONDUTAS NA MALFORMAÇÃO DE ORELHA EXTERNA E MÉDIA

Luciana Menezes Nogueira Martins, Vinicius Ribeiro Cruz, Andressa Vinha Zanúncio, Laís de Aquino Rodrigues, Eveline Tasca Rodrigues, Pablo Augusto Silva de Assunção, Victor Andrade Venâncio Bicalho

Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), Campus Centro-Oeste Dona Lindu, São João Del Rei, MG, Brasil

Introdução: As malformações da orelha externa e média ocasionam, em sua maioria, perdas auditivas condutivas, e no recém-nascido levam à triagem auditiva negativa.

Apresentação do caso: São apresentados três casos de malformações de orelha externa e média: microtia, atresia de conduto auditivo externo e malformação de ossículos. Os primeiros dois pacientes foram diagnosticados durante a triagem auditiva, que se mostrou negativa; foram então encaminhados para avaliação otorrinolaringológica. Após tomografia evidenciou-se que a malformação era apenas externa, com preservação de ouvido médio e interno. O terceiro paciente foi diagnosticado com perda condutiva unilateral aos seis anos. Tomografia de ouvidos evidenciou fusão incudomaleolar e estribo monocrucal.

Discussão: A embriogênese se faz de modo dinâmico e sequencial, e é importante elaborar uma visão global e tridimensional, com a evolução simultânea e inter-relacionada dos diversos órgãos e sistemas. A formação das orelhas externa, média e interna se faz

concomitantemente; uma, possivelmente, interfere no desenvolvimento da outra.

Comentários finais: Dentre as malformações mais comuns de orelha externa estão a microtia e a atresia de conduto auditivo externo. A incidência dessas está entre 0,83 e 17,4 por 10.000 nascimentos. Na microtia, o envolvimento unilateral é três a cinco vezes mais comum, mais prevalente à direita, em meninos, filhos de mães diabéticas e com exposição a teratogênicos. Podem ocorrer isoladamente ou em associação com outras malformações (faciais, cardíacas, dos membros, renais). Num estudo de 145 casos, mais de 2/3 eram esporádicos. Em relação à cirurgia de microtia, a idade ideal é após sete anos. A cirurgia de correção da atresia melhora a audição em pacientes com orelha média e interna normais e pacientes com atresia não reparada apresentam risco de desenvolver colesteatoma da orelha média. Geralmente, a cirurgia é feita em torno dos 10 anos.

PRC-137 CORPO ESTRANHO EM MEATO ACÚSTICO EXTERNO

Sylvia Marielle Rezende Brito, João Francisco Giampietro di Giacomo, Anike Maria Nascimbem, Lígia Raquel Maeda, Renata Vigolvin de Oliveira, Thiago Pontes Pereira Chequetto, José Ricardo Gurgel Testa

Hospital Paulista de Otorrinolaringologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Perfuração de membrana timpânica à direita com remoção de parte da cadeia ossicular por trauma.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 62 anos. Sensação de corpo estranho em ouvido direito, na tentativa de retirada houve ruptura da membrana timpânica (MT) e remoção do ossículo martelo com uso de pinça jacaré em pronto-socorro geral. Na data houve dor intensa local, hipoacusia, tontura, otorragia à direita. Após dois dias procurou nosso serviço com otoscopia com sangue em meato, perfuração de membrana timpânica em 60% e secreção purulenta à direita, esquerda sem alterações. Audiometria com perda neurossensorial severa com SRT 70 dB, timpanometria ausente à direita e perda neurossensorial moderada com SRT 34 dB e curva A à esquerda. Tomografia de ossos temporais com áreas de líquido em mastoide em orelha média e externa à direita e ausência de martelo. Após limpeza do meato houve saída de larva e inseto à direita com melhoria da dor e tontura. Foi tratado com ciprofloxacino tópico, amoxicilina-clavulanato, analgésicos e ivermectina. Apresentou melhoria progressiva da hipoacusia, fechamento completo da membrana do tímpano e audiometria com perda neurossensorial moderada com SRT 50dB à direita e mantido à esquerda. Paciente segue em controle para programação de cirurgia com tentativa de reconstrução de cadeia ossicular.

Discussão: Todos os pacientes com corpos estranhos de ouvido devem ser avaliados por profissionais experientes e com o uso de instrumentais adequados. No caso de corpos animados, o médico geral pode inativar ou imobilizar o inseto com gotas oleosas.

Comentários finais: Os pacientes com corpos estranhos animados de meato acústico externo devem ter inicialmente a imobilização do inseto para posterior remoção em ambiente adequado.

PRC-138 DEISCÊNCIA DO TEGMEN TIMPÂNICO COM TESTE DO GLICEROL POSITIVO: RELATO DE CASO

Roberto Dihl Angeli, Marina Lise, Hamilton Leal Moreira Ferro, Gisiane Munaro

Hospital Universitário da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil

Introdução: O teste do glicerol ainda pode ser considerado um exame de relativa relevância no diagnóstico de hidropsia endolinfática.

Sua positividade em casos de deiscência do tegmen timpânico ainda não foi descrita na literatura.

Apresentação do caso: Paciente de origem caucasiana, do sexo feminino, com 44 anos, apresentou-se com queixa de perda auditiva à direita, em baixas frequências, de caráter neurossensorial, com seis meses de evolução. Queixava-se também de instabilidade postural, intolerância a sons elevados e autofonia importante. A otoscopia era normal. A paciente havia sido previamente submetida ao teste do glicerol, cujo resultado demonstrou-se francamente positivo. A avaliação pela tomografia computadorizada revelou a presença de uma área de descontinuidade no tegmen timpânico à direita, com rebaixamento de conteúdo da fossa média para o epitímpano (encefalocèle), que entrava em contato com a cadeia ossicular. Identificou-se também que o canal semicircular superior estava separado da fossa média por uma delicada lâmina óssea, porém sem caracterizar a presença de deiscência.

Discussão: Defeitos no tegmen timpânico podem gerar queixas pouco específicas. No presente caso, todavia, sintomas sugestivos da presença da terceira janela indicaram a necessidade de exame de imagem que confirmou a presença não apenas do defeito já descrito, mas de herniação de conteúdo da fossa média para o epitímpano. O teste do glicerol positivo prévio levou a um atraso no diagnóstico definitivo, pois direcionou o manejo terapêutico ao controle de uma hidropsia endolinfática que nunca se manifestou de forma clínica característica. De qualquer modo, não é evidente o motivo pelo qual o exame se tornaria positivo nos casos de deiscência do tegmen timpânico ou mesmo do canal semicircular superior.

Comentários finais: A presença de positividade no teste do glicerol em um caso de deiscência do tegmen timpânico pode representar uma relação a ser mais bem estudada.

PRC-139 DESLOCAMENTO DO ÍMÃ INTERNO DO IMPLANTE COCLEAR

Alessandra Alencar de Andrade, João Henrique Zanotelli Santos, Karine Tabata Carvalho Bispo, Aline de Almeida Sousa e Silva, Matheus Alves Farah, André Luís Lopes Sampaio, Juliana Gusmão Araújo

Hospital Universitário de Brasília (HUB), Brasília, DF, Brasil

Introdução: O implante coclear era, até a pouco tempo, uma contraindicação para ressonâncias magnéticas. Isso devido à diferença de potencial gerado no dispositivo, com geração de calor dentro dele mesmo e tecidos circundantes, o que compromete a integridade do aparelho. Essa incompatibilidade levou algumas empresas a repensarem o projeto do implante, com a criação de ímãs fixos compatíveis, ou então criação um ímã interno removível cirurgicamente. Com essa evolução, surgiu uma nova complicação possível: a extrusão ou o deslocamento do ímã interno. De 2001 a 2009 temos o relato de aproximadamente 103 casos. Porém, tal complicação foi pouco relatada na literatura até a presente data. Em nossa revisão, não encontramos quadro semelhante relatado no Brasil.

Apresentação do caso: Paciente G.K.D.V., oito anos, que chegou ao serviço de Saúde Auditiva do Hospital Universitário de Brasília em 2011 com diagnóstico de perda auditiva neurossensorial profunda bilateral de origem congênita. Fez cirurgia de implante coclear à direita em 12/03/2012, modelo Nucleus Freedom da Cochlear, sem intercorrências, com monitoração do nervo facial durante todo o procedimento. Em 27 de junho de 2015 foi vítima de TCE, evoluiu com mau funcionamento do aparelho. Por meio de testes neurais e de exames de imagem foram observados eletrodos normoposicionados e funcionantes, porém com deslocamento do ímã interno do implante, o que impossibilitava o acoplamento do componente externo. Optou-se por reintervenção cirúrgica em 20/07/2015. Durante o procedimento, observada cápsula interna rompida e

ímã fora de posicionamento. Houve, dessa forma, necessidade de reimplante com novo dispositivo. O implante foi feito com sucesso, com inserção completa, apresentou neurotelemetria e telemetria de impedância com respostas consistentes em todos os eletrodos.

PRC-140 DOLICOECTASIA DA ARTÉRIA VERTEBROBASILAR COMO CAUSA DE SURDEZ SÚBITA: RELATO DE CASO

Mayara Tabai, Vagner Rodrigues, Alexandre Guimarães Caixeta, Arthur Castilho Menino, Agrício Núbio Crespo

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: A perda auditiva súbita e inexplicada é uma importante causa de emergência otorrinolaringológica. A maioria dos pacientes tem etiologia incerta, provavelmente de causa viral, autoimune, ou microvascular. No entanto, outras causas de perda auditiva unilateral devem ser consideradas e só são descobertas por meio da ressonância magnética, tais como tumores (neurinoma vestibular, meningeoma) e alterações vasculares, como a dolicoectasia da artéria vertebral, que pode, raramente, causar surdez súbita e perda auditiva neurossensorial assimétrica por compressão do VIII par craniano.

Apresentação do caso: VB, masculino, 68 anos, com história de hipoacusia e zumbido em ouvido direito aos 24 anos de início súbito. O zumbido é tipo ruído de cigarra, agudo e constante. Não apresentou alterações ao exame otorrinolaringológico. Com perda auditiva neurossensorial severa na orelha direita e normal à esquerda na audiometria. A ressonância nuclear magnética evidenciou complexo VI-VIII nervos cranianos deslocados posteriormente à direita, à custa de artéria vertebral tortuosa, que determinou efeito compressivo sobre eles mesmos na topografia da cisterna do ângulo pontocerebelar.

Discussão: A dolicoectasia vertebral é caracterizada pelo alongamento e pela dilatação das artérias vertebrais. A prevalência pode variar entre 0,2 e 4,4%. Clinicamente, além da hipoacusia e zumbido também podem ocorrer: cefaleia, hipoestesia facial, neuralgia trigeminal, vertigem, diplopia e paralisia facial. O exame de escolha para diagnóstico é a ressonância nuclear magnética. A sobrevida do paciente com dolicoectasia vertebral em cinco anos é de 36,2%. As complicações envolvem: AVC isquêmico (17,6%), compressão do tronco cerebral (10,3%), ataque isquêmico transitório (10,1%), AVC hemorrágico (4,7%), hidrocefalia (3,3%) e hemorragia subaracnóidea (2,6%). A terapia pode ser intervencionista ou conservadora, a depender dos achados. Optou-se por manter aparelho de amplificação sonora individual na orelha direita e medicação para zumbido.

Comentários finais: Devido à grande variedade de apresentações clínicas dessa doença, é recomendável a abordagem multidisciplinar, que envolva otorrinolaringologista, neurologista e neurocirurgião.

PRC-141 EFEITO DO AASI NO ZUMBIDO UNILATERAL APÓS LABIRINTECTOMIA CONTRALATERAL

Marcela Machado Parma, Lúcia Joffily, Fernando Andreiulo Rodrigues, Cristiane Gonçalves da Silva, Paula Bicudo Mendes Silva, Cristiane Pimentel do Nascimento

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Zumbido é a percepção do som sem estímulo sonoro externo. De 10 a 17% da população o apresentam, 20% se incomodam de forma significativa, em 5% ele interfere negativamente na vida dos indivíduos. Não existe um tratamento completamente eficaz, mas estratégias podem minimizar, como aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), que melhoram a compreensão da fala e tornam o zumbido menos evidente pelo estímulo externo

concorrente. Entretanto, a literatura sobre efeitos na orelha contralateral à sua adaptação é escassa.

Apresentação do caso: MLS, feminino, 65 anos, otorreia desde 2008 em ouvido esquerdo (OE). Timpanomastoidectomia havia 30 anos. Seguiu em acompanhamento, pois anemia severa contraindicava a cirurgia. Em 2011, OE: MT com retração e fístula atical; Romberg negativo; marcha sem alterações; motilidade ocular preservada; ausência de nistagmos e dismetrias; Head impulse e Henebert positivos para a direita; Head shake test normal; vertigem incapacitante e hipoacusia. Submetida à nova timpanomastoidectomia em 2014 com labirintectomia em OE devido à fístula labiríntica no exame de imagem em canal semicircular superior e lateral. Pós-operatório tardio manteve tontura, zumbido intenso bilateral e sintomas depressivos. Encaminhada ao psiquiatra e AASI em OD. Em um ano retornou com AASI em OD, referiu boa adaptação, negava zumbido bilateral.

Discussão: O zumbido causa incômodo subjetivo e variável. A incapacidade de habituar-se a ele promoveria ativação do sistema límbico e nervoso autônomo e geraria medo, ansiedade e depressão. Por isso, no modelo neurofisiológico de P.J. Jastreboff o enriquecimento sonoro é apenas uma etapa da terapia, que também envolve o aconselhamento. Está bem sedimentado o papel do AASI ipsilateral ao zumbido, mas a prática mostra melhoria até no zumbido contralateral. A análise das conexões entre nervos cocleares e cruzamento de vias centrais permite essa conclusão sobre transmissão de sinais ao córtex auditivo e interpretação contralateral.

Comentários finais: A estimulação unilateral pelo AASI em uma orelha causa repercussão auditiva contralateral.

PRC-142 FÍSTULA LABIRÍNTICA, LABIRINTITE E MENINGITE COMO COMPLICAÇÕES DE OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA

Carlos Eduardo Borges Rezende, Andressa dos Santos Kodama, Priscila Bogar, Renan Salvioni de Souza, Daniela de Souza Formigoni, Luís Felipe Lopes Honorato, Pedro Augusto Soffner Cardoso

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

Introdução: Colesteatoma de orelha média é definido pela presença de pele na cavidade timpânica. Tem características hiperproliferativas e osteolíticas. A fístula labiríntica é a complicação extracraniana associada a colesteatoma mais frequente, encontrada em torno de 7% dos casos. O canal semicircular lateral é o local mais atingido. O diagnóstico é confirmado no intraoperatório. A labirintite secundária à otite média ocorre por disseminação por meio da janela redonda. A meningite é a complicação intracraniana mais frequente, na maioria das vezes secundária à otite média aguda em crianças.

Apresentação do caso: Sexo feminino, 68 anos. Otorreia bilateral havia dois meses, hipoacusia e vertigem. Mastoidectomia aberta à esquerda havia 40 anos. Múltiplas comorbidades. Tratada com antibiótico tópico. Audiometria com perda auditiva sensorioneural profunda na orelha direita e moderada a severa à esquerda, SRT 60 dB e IRF 80%. Tomografia de ossos temporais evidenciou mastoidectomia à esquerda e sinais sugestivos de colesteatoma à direita, com erosão do canal semicircular lateral e do canal do facial. Após dois meses evoluiu com rebaixamento do nível de consciência. Tomografia de crânio sem sinais de isquemia. Punção lombar apresentou hiperproteïnorráquia, hipoglicorraquia e leucorraquia, com predomínio de polimorfonucleares. Iniciada antibioticoterapia parenteral. Após 14 dias apresentou novo pico febril e otorreia. Associada gota otológica e novo esquema de antibioticoterapia parenteral. Submetida à mastoidectomia aberta à direita. Visualizadas deiscências do canal semicircular lateral e do canal do nervo facial, em sua porção timpânica. Feita obliteração do canal lateral com músculo temporal e gelfoam. Recebeu alta hospitalar no 20° dia de pós-operatório em bom estado geral.

Discussão: Colesteatoma de orelha média é uma doença potencialmente grave que precisa ser tratada o mais precocemente possível.

Comentários finais: O diagnóstico precoce e o tratamento adequado dessas complicações reduzem a morbimortalidade, especialmente neste caso, em que a paciente apresentava várias comorbidades de base.

PRC-143 GIANT CELL TUMORS OF TEMPORAL BONE AND INFRATEMPORAL FOSSA

Iury Lima Veloso, Norimar Hernandes Dias, José Vicente Tagliarini, Antônio Carlos Marão, Thaís Gomes Abrahão Elias, Regina Helena Garcia Martins, Camila Sá de Melo Campos

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brazil

Introduction: Giant cell tumors (GCT) are rare, benign neoplasms commonly found in the long bones. Only 1-2% of these lesions present in the head and neck, skull base being a commonly reported site (temporal, sphenoid and ethmoid bones) and other sites including the mandible, maxilla and soft tissues of the neck. The temporal bone is a common site of occurrence of GCT in the skull base, with a locally, potentially dangerous destructive character.

Case report: Male patient, 44 years old, referred to our hospital with progressive hearing loss and ear fullness in the right ear for six years. Submitted to three previous mastoidectomies with no improvement of symptoms, with a diagnosis of cholesteatoma. Audiometry showed moderate, mixed hearing loss. CT: expansive lesion infiltrating the temporal bone, 5 x 7cm, projected by the deep lobe of the parotid gland, eroding the lateral margin of the jugular foramen and the carotid canal. High density with heterogeneous impregnation contrast. MRI: the lesion extended superiorly to the temporal fossa, however, no signs of invasion of the brain parenchyma. Thin peripheral uptake of paramagnetic contrast. An infratemporal fossa type B approach allowed the complete removal of the lesion, and a postoperative MRI showed no residual disease. The histological analysis confirmed bone tumor giant cells associated with cholesteatoma.

Discussion: GCT of temporal bone is a benign lesion that is locally aggressive. Most patients present with slowly progressive hearing loss.

Final comments: Wide local excision is required to ensure optimal outcomes in the treatment.

PRC-144 GRANULOMA DE COLESTEROL NO ÁPICE PETROSO: RELATO DE CASO

André Serra Mota, Gleydson Lima dos Santos, João Paulo Lins Tenório, Marcos Antônio de Melo Costa, Sâmella Cavalcanti Monteiro, Paula Medeiros Balbino, Wesley Vilela de Campos

Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, Brasil

Introdução: Granuloma de colesterol (CG) é a lesão benigna mais comum do ápice petroso (AP). Sua incidência é estimada em 0,6 caso por um milhão. Lesões do AP são tipicamente assintomáticas ou geram sintomas inespecíficos.

Apresentação do caso: Mulher, 45 anos, procedente de Maceió (AL), apresentou em 2006 episódio de síncope seguido de cefaleia holocraniana pulsátil e vertigens diárias. A ressonância magnética (RM) evidenciou assimetria do AP com material de hipersinal em T1 e T2 à direita e perda de sinal na supressão de gordura, média 1,8 x 1,2 x 1,2 cm, sugestivo de GC. Após evoluir com zumbido e perda auditiva neurosensorial, foi referenciada para São Paulo (SP), onde a abordagem cirúrgica foi desaconselhada. Atualmente a paciente segue em tratamento clínico, sem alterações em relação aos exames de imagem anteriores.

Discussão: A etiologia do GC ainda é desconhecida. Aponta-se a otite média serosa/crônica como um fator de risco. Os pacientes

são frequentemente assintomáticos. Sintomas inespecíficos, como cefaleia ou sintomas compressivos que causam perda auditiva neurossensorial unilateral, zumbido, plenitude auricular, vertigens, espasmo facial, entre outros. Na RM apresentou hipersinal em T1 e T2, com perda de sinal nas sequências com supressão de gordura, o que diferencia o GC de outras lesões do AP. O tratamento dos GCs é baseado na apresentação e progressão dos sintomas. A abordagem dependerá da audição do paciente e da extensão da lesão. Para lesões pouco extensas é difícil saber se a origem dos sintomas do paciente é causada pela doença; recomenda-se observação e exames de imagens seriados para selecionar os pacientes cirúrgicos.

Comentários finais: Relatamos o caso por se tratar de uma patologia incomum, situada em uma região anatômica delicada e de difícil acesso cirúrgico. Devido ao caráter evolutivo da doença, que havia nove anos não mostrara crescimento significativo e cuja sintomatologia permanecia controlada, optou-se pelo tratamento conservador.

PRC-145 HEMANGIOMA DO NERVO FACIAL

Natanael Alves de Souza, Marcelo Castro Alves de Sousa, Milene Lopes Frota, Roger Lanes Silveira, José Márcio Barcelos Costa Júnior, Mirian Cabral Moreira de Castro

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O hemangioma de nervo facial é um tipo raro de tumor vascular, responsável por apenas 0,7% dos tumores de osso temporal. As lesões ocorrem normalmente nos seguimentos do gânglio geniculado e do conduto auditivo interno, mas é descrito também o acometimento raro na porção mastóideia do facial.

Apresentação do caso: JMS, sexo feminino, 25 anos, apresentava queixa de zumbido pulsátil à esquerda, com evolução de 18 meses. Seis meses após o início dos sintomas evoluiu com hemiparalisia completa à esquerda (House-Brackmann 6). Audiometria tonal, vocal e imitanciometria não apresentaram alterações. A tomografia computadorizada de ouvidos demonstrou presença de lesão com densidade de partes moles, localizada posteroinferiormente ao conduto auditivo interno, acometia o nervo facial desde o segmento timpânico até o forame estilomastóideio. Durante o procedimento cirúrgico foi ressecada lesão sugestiva de hemangioma, diagnóstico esse confirmado pelo anatomopatológico.

Discussão: A sintomatologia do hemangioma do nervo facial geralmente se relaciona à localização e ao tamanho do tumor. Hemangiomas presentes na região do gânglio geniculado cursam com paralisia facial progressiva, associada à perda auditiva neurossensorial na quase totalidade dos casos. A paralisia é menos comum quando a lesão se localiza no conduto auditivo interno, mas nesse, apesar de a perda auditiva também ocorrer, 70% dos pacientes mantêm sua audição dentro dos padrões da normalidade. Outro sintoma relativamente comum é o zumbido pulsátil. O diagnóstico diferencial deve ser feito com a paralisia de Bell, o schwannoma do facial e a disseminação perineural maligna da glândula parótida.

Considerações finais: Apesar de rara, a ocorrência do hemangioma do nervo facial deve ser considerada como diagnóstico diferencial naqueles casos em que o paciente apresenta perda auditiva neurossensorial súbita ou progressiva, bem como nos casos de paralisia unilateral de nervo facial que não apresentam melhoria ao tratamento clínico.

PRC-146 HIPOACUSIA COMO APRESENTAÇÃO DE TUMOR RARO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: RELATO DE CASO

Efigênia Pereira de Lourenço Cunha, Marcello de Freitas Machado, Rebecca Martins de Sousa Oliveira, Paula Denoni Gomes, Bruna Lemes Falcão, Ivair Massetto Júnior, Bernardo Campos Faria

Faculdade Atenas, Paracatu, MG, Brasil

Introdução: Os cordomas são tumores pouco frequentes, geralmente de crescimento lento e localmente agressivos. São originados de restos da notocorda primitiva. Apresentam padrões diferentes de extensão e penetração e contam menos de 1% dos tumores do sistema nervoso central (SNC). A incidência global de cordomas é de 0,08 a 0,5:100.000 pessoas/ano; os de base de crânio são 1:2.000.000 pessoas/ano. Sua evolução natural segue imprevisível. Alguns crescem rapidamente, apesar do tratamento, é de mau prognóstico. Outros apresentam evolução muito mais benigna. A imuno-histoquímica, os cordomas são muito reativos às citoqueratinas e ao antígeno epitelial de membrana.

Apresentação do caso: Paciente com 14 anos encaminhado ao ambulatório de otorrinolaringologia (ORL) por redução da acuidade auditiva à direita, iniciada havia um ano. Cefaleia e vertigem acompanhavam o sintoma, principalmente aos esforços. Ao exame físico observou-se otoscopia normal. Havia postura viciosa da cabeça que compensava dificuldade visual, segundo o paciente, além de estrabismo convergente à direita, paresia facial periférica ipsilateral e desvio à direita da língua à manobra de exposição lingual. A avaliação tomográfica identificou lesão expansiva extensa que acometeu o ângulo pontocerebelar, a fossa média e a fossa subtemporal à direita. Feita ressecção subtotal da lesão por via suboccipital lateral (retrossigmoidea) pela equipe de neurocirurgia, em primeiro tempo operatório, não avançou além da cápsula tumoral. A avaliação histopatológica evidenciou condroma condroide, com a ressalva de ser indistinguível de condrossarcoma nessa localização. A imuno-histoquímica mostrou-se negativa para os anticorpos EMA, PANCK, CEA E NSE e positiva para o S-100. A vimentina não foi testada por falta de reagente. A evolução se deu com redução das alterações neurológicas, sem remissão completa. A audiometria pós-operatória evidenciou perda auditiva neurossensorial severa a profunda à direita. Manteve acompanhamento pela equipe de ORL até o 10º mês pós-operatório, quando foi perdido o seguimento por motivo ainda desconhecido.

Discussão: O cordoma é uma neoplasia maligna originada de remanescentes embrionários da notocorda primitiva, e pode se localizar por todo o esqueleto axial. É um tumor raro e de crescimento lento, que, apesar de raramente dar metástases, tem grande tendência à invasão local e recorrência. Os cordomas intracranianos na região da base do crânio causam, na maioria das vezes, compressão cerebral e lesão de nervos cranianos, provocam cefaleia e alterações visuais, além de sintomas auditivos, como se observou no presente relato. A tomografia computadorizada comumente exhibe massa de partes moles, hiperdensa, associada à erosão óssea e a focos de calcificação. Uma vez que tais tumores apresentam característica infiltrativa, sua exérese completa é difícil. Apesar disso, embora os resultados não sejam satisfatórios, o tratamento indicado é o cirúrgico. Em busca de uma menor taxa de recorrências, a radioterapia é indicada como terapia adjuvante.

Comentários finais: Os cordomas são neoplasias raras de crescimento lento e localmente invasivos. O diagnóstico pode ser suspeitado por métodos de imagem e a confirmação se dá pela análise histopatológica com auxílio imuno-histoquímico. O diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico com exérese da lesão constituem fatores prognósticos decisivos.

PRC-147 HIPOACUSIA COMO ÚNICA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE TUMOR DE NERVO FACIAL

Marcelo Guimarães Machado, Mariana Esmeraldo Pinheiro, Julian Pablo Stavarengo, Débora Hirose Aparecido, Edenizio Lourenço da Silva Júnior, Carlos Eduardo Cesário de Abreu
Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Tumores do nervo facial são entidades bastante incomuns, e seu diagnóstico precoce constitui um desafio ainda nos

dias atuais. A manifestação clínica mais comum desses tumores é a paralisia facial periférica, seguida pela perda auditiva.

Apresentação do caso: Paciente M.C.R.M., 60 anos, sexo feminino, com queixa de hipoacusia e zumbido unilateral à esquerda havia seis anos. Ao exame otorrinolaringológico, não apresentou alterações. A audiometria tonal demonstrou perda auditiva neurossensorial leve em agudos à direita e perda auditiva mista moderada-severa à esquerda. Feita tomografia computadorizada de ossos temporais que demonstrou espessamento do nervo facial no gânglio geniculado e porção timpânica, que chegava a tocar na cadeia ossicular. A ressonância magnética de ossos temporais demonstrou presença de espessamento de porção do gânglio geniculado e porção timpânica do nervo facial esquerdo, hiperintensa em T1 com contraste, isointensa em T2 e T1 sem contraste. Devido à ausência de paralisia facial periférica, optou-se por acompanhamento clínico semestral.

Discussão: As manifestações clínicas mais comuns dos tumores de nervo facial são a paralisia facial periférica e a perda auditiva. Normalmente essas duas manifestações clínicas são concomitantes. No nosso caso, apesar de a paciente apresentar perda auditiva, não foi evidenciado qualquer tipo de comprometimento da função do nervo facial, o que tornou a hipótese diagnóstica bastante improvável em um primeiro momento e demonstrou a importância de exames de imagem no diagnóstico diferencial de perdas auditivas condutivas com otoscopia normal.

Comentários finais: O caso relatado traz à luz a possibilidade do diagnóstico precoce de tumores do nervo facial, mesmo quando não existe qualquer tipo de comprometimento de função desse, o que demonstra a importância dos exames de imagens nos casos de perdas auditivas condutivas ou mistas com presença de otoscopia normal.

PRC-148 HISTIOCITOSE DAS CÉLULAS DE LANGERHANS EM OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO

Milene Lopes Frota, Mirian Cabral Moreira de Castro, Marcelo Castro Alves de Souza, Natanael Alves de Souza, Carolina Bongioiolo, Cintia Elisa Gonçalves Costa

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A histiocitose de células de Langerhans é uma doença rara da faixa etária pediátrica. Trata-se de distúrbio dos histiócitos em que há acúmulo de macrófagos, monócitos e células dendríticas em diversos tecidos; ocorre predominantemente em cabeça e pescoço. As manifestações clínicas são variadas, 4 a 25% em ossos temporais, como otorreia purulenta de repetição, edema retroauricular, pólipos de conduto e graus variados de perda condutiva. O *diabetes insipidus* é a endocrinopatia mais frequente, com relatos de até 50% dos casos. O diagnóstico é baseado em achados histopatológicos e imuno-histoquímicos. O tratamento tem como objetivo melhorar os sintomas clínicos e prevenir as complicações; pode ocorrer por meio de quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia.

Apresentação do caso: G.S.M., masculino, três anos, com história de polidipsia, otalgia à direita com edema retroauricular, associados a otorreia purulenta e pólipo em conduto auditivo externo direito. Não apresentava adenomegalias ou outras alterações ao exame físico. À tomografia computadorizada de ossos temporais evidenciou velamento e destruição óssea à direita. Foi feita mastoidectomia e visualizou-se grande tumor mole em toda a mastoide, erosão óssea com destruição de conduto auditivo externo posteriormente. O material foi enviado ao anatomopatológico, com diagnóstico de histiocitose. O paciente foi encaminhado para oncologia para prosseguir com tratamento de quimioterapia.

Discussão: O diagnóstico diferencial com patologias que causam lesões ósseas, como doenças metastáticas, sarcomas, neuroblastomas e outras enfermidades, é fundamental, assim como a otorreia amplia o diagnóstico para otite média aguda supurativa, otomastoidites e otites crônicas. O colesteatoma congênito também é um

diagnóstico diferencial importante, devido à semelhança quanto ao quadro otológico.

Comentários finais: Apesar de a histiocitose ser uma afecção rara e com variadas manifestações, o otorrinolaringologista deve estar apto a reconhecer suas características, o que pode ser essencial na conduta e no prognóstico dos pacientes.

PRC-149 IMPLANTE COCLEAR EM LABIRINTITE OSSIFICANTE PÓS-MENINGITE BACTERIANA: RELATO DE COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA

Natália Quinhone Shigematsu, Marcos Gerhardinger Jacob, Verônica Rodrigues Silva de Moraes, Camila Giacomo de Carneiro Barros, Jorge Nassar Filho, Miguel Ângelo Hyppolito, Eduardo Tanaka Massuda

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A meningite bacteriana é a causa mais comum de labirintite ossificante (LO) e de perda auditiva neurossensorial profunda bilateral na infância.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, um ano e oito meses, previamente hígido e com desenvolvimento de fala adequado para a idade, apresentou quadro de surdez após episódio de meningite bacteriana por *Neisseria meningitidis* com um ano e cinco meses. Não havia alterações ao exame físico. Emissões otoacústicas e potencial evocado auditivo de tronco encefálico sem respostas. Tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética evidenciaram ossificação de base coclear à direita e fibrose discreta em base coclear à esquerda. Indicado implante coclear (IC) bilateral, simultâneo, ambos com cocleostomia em rampa média, sem progressão completa de todos os eletrodos, permanecem dois para fora. Houve resposta bilateral após ativação, com diferenciação de sons, progressivo uso de palavras com significado e limiares auditivos em audiometria de campo livre em 50 dB. Após um ano e dois meses do IC, houve extrusão de eletrodos à esquerda e pioria de calcificação, evidenciados por TC; foi feito explante e reimplante com outro modelo, com boa resposta após ativação. O mesmo ocorreu no lado direito três meses após. Paciente permanece em seguimento clínico, há oito meses, sem novas extrusões.

Discussão: A LO ocorre em três fases: aguda, fibrosa e de ossificação. Tanto os mecanismos patogênicos responsáveis pela osteogênese quanto sua cronologia não estão completamente elucidados. Atualmente, o IC para esses casos é o único tratamento eficaz para recuperação de audição que permite o desenvolvimento de linguagem verbal. O grau de estenose e de calcificação da cóclea, entretanto, pode limitar ou impedir o IC.

Comentários finais: A cronologia e progressão da ossificação na LO podem interferir nos resultados de cirurgias de IC.

PRC-150 MASTOIDITE DE BEZOLD ASSOCIADA A ABSCESSO CERVICAL - RELATO DE CASO

Caroline Fernandes Rimoli, Thaís Gomes Abrahão Elias, Iury Lima Veloso, José Vicente Tagliarini, Norimar Hernandez Dias, Gustavo Yogolare, Thereza Lemos de Oliveira Queiroga

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: As complicações do processo infeccioso no ouvido médio devem-se basicamente a uma extensão dessa infecção para outras regiões do osso temporal (mastoide, região petrosa) e para o crânio (meninges, espaços meníngeos, parênquima) por contiguidade e, menos frequentemente, pela via hematogênica. No abscesso de Bezold, ocorre uma mastoidite aguda que evolui com fistulização da cortical interna da ponta da mastoide e subsequente dis-

seção da coleção purulenta para o músculo digástrico e o músculo esternocleidomastóideo, o qual se apresenta abaulado e doloroso. **Relato de caso:** Paciente de 13 anos havia duas semanas com otalgia à direita, sem febre. Havia sete dias apresentara abaulamento retroauricular à direita, associado a dor e calor local. Evoluiu com pioria progressiva dos sintomas e drenagem de secreção amarelada de ouvido direito havia um dia. Ao exame apresentava secreção purulenta, edema e hiperemia em conduto auditivo externo. A membrana timpânica apresentava perda de transparência e perfuração. No exame do pescoço evidenciava-se o abaulamento retroauricular doloroso, porém sem drenagem de secreção. O hemograma inicial mostrava leucocitose de 21.000mm^3 . Na tomografia, a mastoide direita estava preenchida por conteúdo de partes moles e área osteoítica em região posterior. Na angiotomografia e tomografia cerebral, não apresentava sinais de comprometimento central ou tromboflebite de seio sigmoide. Diante do quadro clínico e dos resultados de exames complementares, o diagnóstico de mastoidite com abscesso de Bezold secundários à otite média aguda foi feito. Foi iniciada antibioticoterapia com ceftriaxone e feitas mastoidectomia à direita, drenagem do abscesso cervical e alocação de tubo de ventilação em membrana timpânica à direita. Paciente evoluiu com regressão do quadro clínico, sem perda auditiva, sinais de comprometimento do sistema nervoso central ou sinais de comprometimento do sistema vestibulococlear. Recebeu alta após o término de antibioticoterapia e permanece em seguimento ambulatorial no nosso serviço.

Discussão: O abscesso de Bezold é uma complicação definida quando há a propagação e exteriorização do processo infeccioso do ouvido médio, por meio de uma fistulização da ponta da mastoide, forma subsequente coleção purulenta cervical e envolve o músculo esternocleidomastóideo. Se a infecção progredir para a face interna do músculo, pode ocorrer uma mediastinite anterior por meio do comprometimento dos vasos e espaço carotídeo. Alguns casos são, por vezes, oligossintomáticos, aparentemente sem gravidade e arrastados. Podem ter essa evolução, principalmente pelo não tratamento ou uso prévio e inadequado de antibióticos. Essa complicação pode ser causada por *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. A terapia antimicrobiana de amplo espectro tem boa penetração na barreira hematoencefálica. Indicação de drenagem cirúrgica imediata, mastoidectomia e acompanhamento tomográfico posterior é obrigatória.

Comentários finais: Essas complicações ainda continuam presentes em nosso meio. Reportamos o caso no intuito de evitar diagnósticos tardios, na maioria das vezes pelo mascaramento consequente à antibioticoterapia prévia, à ausência de sintomas e/ou às alterações à otoscopia.

PRC-151 MENINGOCELE DO ÁPICE PETROSO

Rebeka Jacques de Farias, Larissa Ferreira de Macedo, Júlio Antônio de Abreu Freire Peixoto, Pietro Jorge Tenório Tavares, Danielle Seabra Ramos, Mariana de Carvalho Leal Gouveia, Sílvia da Silva Caldas Neto

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: Meningocele é uma lesão rara do ápice petroso, frequentemente assintomática, usualmente um achado incidental em exames de imagem.

Apresentação do caso: Feminino, 25 anos, com cefaleia temporal, espasmos faciais e hipoacusia bilateral havia 10 anos. Antecedentes pessoais de dois episódios de meningites bacterianas na infância. Ao exame, apresentava otoscopia normal. Audiometrias revelavam perda auditiva neurosensorial, de grau profundo à direita e moderado à esquerda, desde a infância. Tomografia computadorizada dos ossos temporais evidenciou lesão hipodensa no ápice petroso direito sem realce com contraste e, à ressonância nuclear magné-

tica, lesão hipointensa em T1 e hiperintensa em T2. Com hipótese diagnóstica de mucocele do ápice petroso, foi submetida à cirurgia para drenagem da lesão por via transcoclear, porém, após abertura da cóclea, foi visualizada saída de líquido claro, sugestiva de líquido; foi então interrompida a cirurgia. Após novo estudo de imagem e discussão com a radiologia, foi aventada a hipótese de meningocele do ápice petroso.

Discussão: Quando uma lesão cística do ápice petroso é identificada, lesões obstrutivas benignas das células aéreas (granuloma de colesterol, mucocele), colesteatoma e petrosite apical devem ser tradicionalmente consideradas no diagnóstico. As meningoceles são consideravelmente menos comuns do que as lesões inflamatórias císticas do ápice petroso; originam-se do cavo de Meckel e secundariamente erodem em direção ao osso petroso temporal. As meningoceles e as lesões inflamatórias (exceto granuloma de colesterol) apresentam achados semelhantes à tomografia computadorizada (imagens hipodensas) e à ressonância nuclear magnética (hipointensas em T1 e hiperintensas em T2), diferenciam-se do granuloma de colesterol, que é hiperintenso em T1/T2. As meningoceles devem ser diferenciadas das complicações inflamatórias do ápice petroso, pois essas usualmente requerem tratamento cirúrgico, enquanto as meningoceles geralmente apresentam comportamento mais benigno.

Comentários finais: Intervenção cirúrgica deve ser considerada com cautela e feita apenas quando os sintomas estiverem claramente ligados à presença dessa lesão.

PRC-152 MENINGOMIELOCELE NO PÓS-OPERATÓRIO DE MASTOIDECTOMIA: MANEJO E CONDUTA EM PACIENTE PEDIÁTRICO

Samantha Fernandez de Castro, Rafaela Reginatto, Talita Lopes Silva, Rodrigo André Soccol, Joel Lavinsky, Patrícia Barcellos Ogando, Maurício Miura

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Relatar caso de meningoencefalocele no pós-operatório de mastoidectomia radical em caso de otite média crônica colesteatomatosa.

Apresentação do caso: C.F.S., 10 anos, interna por otalgia e otorreia unilateral na orelha direita, associadas a vertigem, zumbido e paralisia facial periférica House Brackman III. História de otite média de repetição. Audiometria demonstrou perda auditiva neurosensorial severa unilateral e TC de ouvidos e mastoides evidenciou velamento de mastoide à direita, erosão de canal semicircular lateral, tegmen timpânico e mastóide, compatível com mastoidite por OMC colesteatomatosa. Feita timpanomastoidectomia aberta. No pós-operatório, foi evidenciada massa que ocupava cavidade; suspeitou-se de meningoencefalocele. Solicitados exames de imagem que confirmaram hipótese diagnóstica. Optou-se por cirurgia corretiva.

Discussão: Meningoencefalocele é uma herniação do parênquima cerebral além da cavidade craniana. Pode ser basal ou cranial, essa mais comum. A encefalocele temporal é o tipo mais comum da basal, pode ser congênita ou adquirida. No caso relatado, foi decorrente de uma otite média crônica devido à erosão do tegmen, entre o epitímpano e a cavidade mastoidea, que predispôs à herniação do parênquima. O tratamento consistiu em timpanomastoidectomia aberta associada a acesso por fossa média, remoção do tecido de granulação ao redor da encefalocele e ressecção de tecido desvitalizado, duroplastia com fásia temporal e fechamento em camadas do defeito ósseo.

Comentários finais: O acesso por fossa média é seguro e efetivo para reparar defeitos da base do crânio. Alta suspeição é necessária para diagnóstico, incluindo exames de imagem, como a ressonância magnética. A estratégia de tratamento depende do defeito

anômico, com reconhecimento precoce da complicação e aprimoramento da técnica para um bom resultado cirúrgico.

PRC-153 MICOSE FUNGOIDE DE OSSO TEMPORAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Ulisses Meireles Filgueiras Filho, Gabriel Gomes Lopes, William da Silva Lopes, Raphael Oliveira Correia, Felipe Cordeiro Gondim de Paiva, Aline Saraiva Martins, Marcos Rabelo de Freitas

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Micose fungoide é um tipo raro de linfoma não Hodgkin de células T, que acomete primariamente a pele, com uma discreta prevalência no sexo masculino. Caracteriza-se pela presença de placas eritematosas que podem evoluir para lesões ulceradas, tumores na pele ou ainda infiltração de medula óssea, em estágios avançados. As primeiras opções de tratamento são: quimioterapia, corticoterapia tópica, fototerapia e radioterapia.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 82 anos, agricultor, foi diagnosticado havia dois anos com micose fungoide, fez tratamento com fototerapia e radioterapia. Após tratamento, iniciou quadro de otalgia moderada na orelha esquerda, otorreia de secreção hialina e inodora que evoluiu com hipoacusia importante. Após um mês iniciou saída de secreção sanguinolenta pela orelha esquerda, evoluiu com paralisia hemifacial ipsilateral e extensão de lesões eritematosas em região temporal esquerda. Relatou ainda dor e edema em pavilhão auricular com extensão para região temporal esquerda e otalgia. Negava tontura e alterações na orelha direita. Internado por 63 dias, inicialmente tratado com isoniazida por 27 dias e antibioticoterapia (meropenem, vancomicina, metronidazol, oxacilina). Foi abordado com biópsia incisional da lesão de osso temporal, que confirmou a neoplasia. Exame imuno-histoquímico da pele sobre o temporal sugeriu micose fungoide em fase tumoral.

Discussão: Assim como alguns linfomas, a micose fungoide pode leucemizar, dar origem à síndrome de Sézary, ou seja, à expressão eritrodérmica dos linfomas cutâneos de células T. Dessa forma, o tratamento com fototerapia, corticoterapia e radioterapia total da pele é essencial para conter o avanço da doença.

Comentários finais: Micose fungoide é uma afecção grave, que se não tratada cedo pode avançar para a fase tumoral, desenvolver eritrodermia, infecções recorrentes, sepse e falência de órgãos devido ao envolvimento visceral. Além disso, pode gerar morbidade sensorial importante, como paralisia facial e perda auditiva, como no caso descrito.

PRC-154 MIELOMA MÚLTIPLO: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OTOMASTOIDITE

Rafael Paschoalim Antônio, Lorena Campiolo Lembi, Guilherme Solé Sampaio, Janaína Carneiro de Resende, Henrique Penteado Camargo Gobbo, José Fernando Gobbo, Laís Fajardo

Hospital Vera Cruz, Campinas, SP, Brasil

Introdução: Mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna de células plasmáticas da medula óssea e apresenta-se como lesão óssea localizada ou doença sistêmica. O envolvimento do osso temporal (OT) pelo MM é raro e o diagnóstico inicial dessa neoplasia pelas manifestações otológicas é incomum.

Apresentação de caso: P.R.C., 60 anos, masculino, com história de plenitude auricular à direita e zumbido havia alguns anos, procurou o pronto-atendimento por otalgia, abaulamento retroauricular e otorreia ipsilateral. A tomografia de crânio (TC) revelou massa tumoral com lesão óssea lítica expansiva e reação periosteal agressiva que envolvia osso temporal e tecidos moles da orelha direi-

ta com aumento da captação de contraste, com extensão petrosa e para fossa posterior, que acometeu meninge e cerebelo. Feita biópsia incisional da lesão occipito-mastóidea direita, cujo perfil imuno-histoquímico apoiou o diagnóstico para neoplasia de plasmócitos. O paciente foi submetido à quimioterapia e transplante de medula óssea, evoluiu com prognóstico favorável.

Discussão: Estudos consideram o envolvimento do OT no MM como fator de mau prognóstico e é descrito em estágios finais da doença. E a maioria deles foi feita em ossos temporais de pacientes com diagnóstico prévio de MM, que manifestaram sintomas otológicos posteriormente. No presente caso, relatamos o diagnóstico inicial de MM feito em decorrência de achados radiológicos no osso temporal, cuja clínica simulava um quadro de otomastoidite.

Comentários finais: MM é uma causa incomum de otomastoidite e os sintomas otológicos são inespecíficos. O diagnóstico diferencial deve ser feito com exames radiológicos e a pesquisa do componente monoclonal por meio da eletroforese de proteínas séricas, que é muito útil para identificação do MM nos casos iniciais.

PRC-155 MIRINGITE GRANULOSA E OTITE EXTERNA ESTENOSANTE: RELATO DE CASO CLÍNICO

Fernando Alves Maciel, Gabriel Wynne Cabral, Fernando de Andrade Quintanilha Ribeiro

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A miringite granulosa (MG) é uma afecção exclusiva da orelha externa caracterizada pela desepitelização da membrana timpânica (MT) espontânea, secundária a uma otite externa ou ainda sem causa determinada. Envolve a camada epitelial da MT e pode se estender ao meato acústico externo (MAE). Consiste na descontinuidade epitelial localizada ou difusa com eventual granulação. Inicialmente pode apresentar resolução completa quando tratada ou evoluir como otite externa crônica estenosante (OECE).

Apresentação do caso: A.A.M.D., 38 anos, gênero feminino, relatou que havia oito anos começara com quadro de otalgia leve à direita, intermitente, associada à plenitude auricular com drenagem de secreção purulenta e fétida. Apresentou pioria em contato com água e relatou melhora quando protegia o ouvido e usava antibiótico em gotas sob orientação médica. Relatou prurido bilateral intenso, pioria progressiva da audição à direita, sem zumbido ou tontura.

Discussão: A OECE é uma condição rara, cuja fisiopatologia ainda permanece incerta. Acredita-se que uma falha no reparo de uma lesão epitelial na MT, com subsequente formação de tecido de granulação imaturo observado na MG, possa ser o estágio inicial dessa afecção. Seu tratamento é um desafio na prática clínica.

Comentários finais: Para os autores, estudos por meio de marcadores biomoleculares poderão auxiliar no entendimento da fisiopatologia e na evolução dessa afecção da orelha externa.

PRC-156 NEOFORMAÇÃO ÓSSEA APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COLESTEATOMA INVASIVO

Rebeka Jacques de Farias, Larissa Ferreira de Macedo, Salyne Regina Martins Roberto, Júlio Antônio de Abreu Freire Peixoto, Danielle Seabra Ramos, Mariana de Carvalho Leal Gouveia, Sílvia da Silva Caldas Neto

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: Colesteatomas podem eventualmente invadir a cápsula ótica, promover fístula do canal semicircular lateral e, menos comumente, erosão do promontório.

Apresentação do caso: Masculino, 32 anos, com história de otites na infância e cirurgia otológica à esquerda havia 20 anos, evoluiu

com hipoacusia, plenitude aural e zumbido ipsilateral desde então. Ao exame, apresentava membrana timpânica (MT) branca e imóvel à esquerda. Audiometria identificou perda auditiva mista leve ipsilateral. Tomografia computadorizada (TC) dos ossos temporais demonstrou *status* pós-mastoidectomia fechada, velamento da orelha média e erosão do canal carotídeo, golfo da jugular e promontório, com aparente exposição do canal coclear à esquerda; com imagem compatível com colesteatoma à ressonância nuclear magnética. Feita timpanomastoidectomia à esquerda, observou-se orelha média totalmente ocupada por colesteatoma, o qual foi removido com toda sua matriz; foi percebida esquelétização dos giros basal e médio da cóclea e exposição do endóstio coclear, golfo da jugular e carótida interna. No pós-operatório tardio, identificou-se à TC regeneração total do promontório, canal carotídeo e golfo jugular.

Discussão: Dos colesteatomas da orelha média, 15% envolvem estruturas da orelha interna. A ação destrutiva do colesteatoma é maior contra o osso, pode respeitar a integridade das estruturas de tecidos moles. Os canais semicirculares e o promontório da cóclea são as áreas mais comuns de fistula labiríntica complicada por colesteatoma. Fistulas pequenas podem ser reparadas cuidadosamente após remoção completa do colesteatoma, enquanto fistulas extensas resultam de erosão óssea maior e cursam com maior risco de perda auditiva neurossensorial. O labirinto residual deve ser recoberto por materiais autólogos, como patê de osso, para reduzir os riscos de infecção. Além disso, em alguns casos, é possível observar neoformação óssea após o tratamento cirúrgico.

Comentários finais: Alguns trabalhos na literatura demonstram comprovação histológica da neoformação de estruturas ósseas laminares e compactas após uso de patê de osso.

PRC-157 NEURALGIA DO TRIGÊMIO DEVIDO À COLESTEATOMA EM ÁPICE PETROSO

André do Lago Pinheiro, Anna Paula Chieko Hayashi, Carlos Henrique Tolomei, Diego Lima Vasconcelos, Alexandre Ramos Caiado Filho, Danilo Rodrigues Cavalcante Leite, Maury de Oliveira Faria Júnior

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: A neuralgia do trigêmeo é a entidade clínica mais comum dentro das neuralgias faciais. Apresenta uma incidência de 155 casos para um milhão de habitantes. Clinicamente comporta-se como uma dor de forte intensidade do tipo queimação, choque ou pontada em regiões de inervação do V par. Desencadeada normalmente por estímulos inócuos, como leve toque, vento ou manipulação local.

Apresentação do caso: N.T., 54 anos, feminina, hipertensa, tabagista. Paciente relatou que em 2006 iniciara quadro repentino e esporádico de dor intensa (10/10 na escala de dor) do tipo choque com duração de minutos, em região de gengiva e parte lateral da língua à direita com propagação, *a posteriori*, para toda a hemiface à direita. Com o passar do tempo, a dor se tornou diária. Negou história atual ou prévia de otorreia. Fez consulta com a neurologia, que solicitou tomografia de osso da mastoide. Exame tomográfico demonstrou presença de lesão expansiva hipodensa em ápice petroso com extensão para *cavum* de Meckel com erosão óssea associada de aproximadamente 30 × 14 mm, o que sugeriu tratar-se de colesteatoma de ápice petroso. Feita proposta cirúrgica para a paciente, porém ela recusou. Foi feito controle relativamente efetivo da dor com anticonvulsivante e analgésicos.

Discussão: Em 55% dos casos, o ramo maxilar apresenta-se comprometido. Além disso, a causa principal da doença, normalmente, é uma compressão extrínseca. A proposta de descompressão ou as técnicas cirúrgicas ablativas devem ser sempre aventadas para completo controle da dor. Medicamentos como anticonvulsivantes,

analgésicos, neurolépticos, miorrelaxantes de ação central e bloqueios anestésicos podem ser associados para o controle da dor.

Comentários finais: Apesar de bastante comum, essa entidade clínica é bastante desafiadora, pois mesmo que a proposta de tratamento seja cirúrgica, isso não garante, às vezes, o controle total da dor. Além disso, a depender da técnica cirúrgica empregada, poderemos ter uma recidiva da dor em até 40% dos casos.

PRC-158 NEUROFIBROMA PLEXIFORME COMO CAUSA DE PERDA AUDITIVA CONDUTIVA EM PACIENTE PORTADOR DE NEUROFIBROMATOSE TIPO I

Priscilla de Souza Campos da Silva, Édio Júnior Cavallaro Magalhães, Ramiro Passalini Almeida, Letícia Azevedo Reis, Shiro Tomita

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A neurofibromatose tipo I (NF1) é uma doença autossômica dominante cujo gene está localizado na região pericentromérica do cromossomo 17 e codifica a proteína neurofibromina. Tem incidência entre 1:3000 a 1:4000 nascidos. Crianças com NF1 têm um risco aumentado de desenvolver neurofibroma plexiforme, principalmente na região cervical e cefálica. Neurofibromas são tumores benignos da bainha neural de nervos periféricos; seu comportamento é não metastático, altamente vascularizado, localmente invasivo, porém de crescimento lento e usualmente congênito.

Apresentação do caso: N.P.S., 10 anos, masculino, apresentava abaulamento em região de concha auricular esquerda, de crescimento progressivo havia três anos, sem sinais flogísticos, acompanhava hipoacusia ipsilateral. Sem comorbidades, mãe em investigação de NF1. Ao exame foi constatada lesão de 5 cm de diâmetro, bem delimitada, amolecida e depressível em região de conduto auditivo externo esquerdo, que o obliterava parcialmente, se estendia para a concha ipsilateral; baixa implantação de pavilhão auditivo esquerdo; fâscias atípicas, leve déficit cognitivo, manchas café-com-leite em tronco e membros superiores; múltiplos neurofibromas em tronco. Paciente foi encaminhado para genética e dermatologia pediátrica. Solicitadas coagulograma e audiometria, que evidenciaram perda auditiva condutiva leve a moderada a partir de 1.000 Hz na orelha esquerda. Feita excisão da lesão por incisão retroauricular esquerda e retirada da peça cirúrgica por completo, com reposicionamento de pavilhão auditivo, sob anestesia local. Exame histopatológico revelou neurofibroma plexiforme.

Discussão: Foi feito levantamento bibliográfico de 1990 a 2015 nas bases de dados Lilacs, Pubmed, Scopus e Web of Science, com as palavras-chave “neurofibroma plexiforme”, “orelha”, “ouvido” e “conduto auditivo externo”, com resultado de apenas um relato de caso de neurofibroma plexiforme de conduto auditivo. Tal localização é considerada incomum em pacientes com NF1.

Comentários finais: Este relato de caso é inédito, segundo o levantamento bibliográfico feito, pois apresenta comprovação histopatológica de neurofibroma plexiforme em conduto auditivo.

PRC-159 NEUROFIBROMATOSE DE MEATO ACÚSTICO EXTERNO MIMETIZANDO QUADRO DE OTITE EXTERNA NECROSANTE

Gabriel Wynne Cabral, Fernando de Andrade Quintanilha Ribeiro, Michelle Menon Miyake, Ana Mariana de Moraes Rebello Pinho, Ana Carolina Mayor de Carvalho, Ewerton Mariz da Costa Rozendo

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Neurofibromas são neoplasias benignas de tecido nervoso não encapsuladas derivadas das células de Schwann, dos fibroblastos perineurais ou de ambos. Podem ocorrer isoladamente,

porém estão mais comumente associados à neurofibromatose tipo 1, ou à doença de Von Recklinghausen, na qual se apresentam como múltiplos tumores. De 25% a 45% dos neurofibromas ocorrem em cabeça e pescoço; porém, seu achado isolado em meato acústico externo é extremamente raro, com poucos casos descritos na literatura.

Apresentação de caso: Sexo feminino, 48 anos, diabética descompensada, com otalgia intensa na orelha esquerda havia seis meses, acompanhada de otorreia. Foi feita hipótese de otite externa necrosante e instituída terapia com ciprofloxacino e corticosteroide venosos, com melhora dos sintomas. Perdurou abaulamento em porção anterior e inferior de terço externo de conduto, cuja biópsia foi inconclusiva. A tomografia computadorizada revelou material hipoatenuante em meato externo e a cintilografia com gálio-67 não demonstrou hipercaptação. O intraoperatório revelou sete nodulações de tecido firme e róseo que circundavam o conduto dotadas de projeções que as uniam na região do meato.

Discussão: O neurofibroma isolado em meato acústico externo é uma condição extremamente rara e de difícil suspeita diagnóstica. No caso apresentado desencadeou um quadro infeccioso grave, semelhante ao de uma otite externa necrosante.

Comentários finais: Deve-se atentar para a possibilidade de outros diagnósticos diferenciais menos comuns nos quadros de otites externas arrastadas ou de repetição.

PRC-160 NORMOACUSIA EM PACIENTE COM AVULSÃO DE BIGORNA APÓS TRAUMA E FRATURA DE OSSO TEMPORAL

Mariana Esmeraldo Pinheiro, Débora Hirose Aparecido, Edenício Lourenço da Silva Júnior, Julian Pablo Stavarengo, Leticia Clemente Alvim Soares, Marcelo Guimarães Machado

Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: No traumatismo do osso temporal, existem dois tipos de fratura, longitudinal e transversa. A longitudinal, mais comum, tem maior relação com perda auditiva condutiva; a fratura transversa associa-se mais com perda neurossensorial. Diante do traumatismo do osso temporal, avaliam-se: perda auditiva; presença de fratura; ocorrência de paralisia facial periférica (PFP) e sua cronologia; função do nervo facial. Diante desses dados, faz-se tratamento cirúrgico ou clínico. A perda auditiva ocorre por desarticulação dos ossículos ou fratura do labirinto. A PFP pode ser imediata ao trauma ou progressiva; necessita, algumas vezes, de decompressão cirúrgica.

Apresentação do caso: G.C.N.S., sexo masculino, nove anos, sofreu traumatismo cranioencefálico após queda de veículo em movimento, apresentou fratura longitudinal da porção mastóidea do osso temporal direito, vista em tomografia computadorizada de ossos temporais. Houve também hemotímpano, PFP de caráter progressivo, presença de bigorna em conduto auditivo externo e perda auditiva condutiva em primeira audiometria, ipsilaterais. Ausência de otoliquorreia e vertigem. Durante acompanhamento ambulatorial, evoluiu com melhora progressiva da paralisia, até sua completa resolução; ausência de perda auditiva em nova audiometria, sete meses após a primeira; consolidação da fratura da mastoide e provável articulação do martelo com o estribo por meio de tecido cicatricial, vistos em nova tomografia de ossos temporais, após sete meses da primeira.

Discussão: Demonstramos um caso de uma criança que sofreu fratura de osso temporal e evoluiu com desarticulação de ossículos e avulsão de bigorna, mas com posterior normoacusia. Esse ocorrido foge do padrão normalmente encontrado na literatura, que seria perda auditiva condutiva permanente.

Comentários finais: Diante de uma fratura de osso temporal com desarticulação de ossículos e normoacusia posterior, podemos pensar na possibilidade de formação espontânea de uma nova articulação ossicular.

PRC-161 OSTEOMA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO COMPLICADO COM COLESTEATOMA E ABSCESSO CEREBELAR

Larissa Ferreira de Macedo, Rebeka Jacques de Farias, Salyne Regina Martins Roberto, Júlio Antônio de Abreu Freire Peixoto, Danielle Seabra Ramos, Mariana de Carvalho Leal Gouveia, Sílvia da Silva Caldas Neto

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: Osteoma de conduto auditivo externo (CAE) é uma lesão benigna, incomum, principalmente em associação com complicações como o abscesso cerebelar.

Apresentação do caso: Masculino, 20 anos, apresentou cefaleia e febre, foi diagnosticado com meningite bacteriana. Foi internado em serviço de referência de infectologia e tratado com ceftriaxona por oito dias. Após 15 dias da alta, retornou ao mesmo serviço com novo episódio de cefaleia, associado a otorreia piossanguinolenta à direita. Na ocasião, apresentou LCR com PCR positivo para *Haemophilus influenzae* e ressonância de crânio, que evidenciou otomastoidite direita associada a abscesso cerebelar ipsilateral. Foi então solicitada tomografia de ossos temporais e encaminhado ao nosso serviço. Ao exame, apresentava osteoma que obliterava o CAE direito, foram evidenciados colesteatoma à tomografia e perda auditiva sensorioneural profunda à direita à audiometria. Foi feita timpanomastoidectomia aberta para remoção do colesteatoma com toda sua matriz e exérese do osteoma, além de tratamento antimicrobiano por seis semanas, com resolução completa do abscesso cerebelar.

Discussão: Osteoma trata-se de um tumor de crescimento lento, geralmente unilateral e assintomático. O local mais acometido do osso temporal é o CAE, e a principal complicação associada ao osteoma é o colesteatoma de conduto. A etiologia desse colesteatoma é incerta, tem como causa básica a oclusão ou o estreitamento do CAE. Dentre as complicações relacionadas ao colesteatoma estão a meningite e o abscesso cerebelar. O abscesso cerebelar tem como principal mecanismo a progressão da infecção por meio dos limites ósseos do osso temporal por meio de osteíte e erosão óssea. O tratamento para o osteoma de CAE é cirúrgico e, se associado a colesteatoma, deve ser feita timpanomastoidectomia, como no caso. Avaliação neurocirúrgica deve ser feita para seguimento do abscesso cerebelar.

Comentários finais: Paciente com osteoma de CAE associado a colesteatoma que evoluiu com abscesso cerebelar deve ser tratado cirurgicamente sob o ponto de vista otológico, independentemente do tratamento do abscesso.

PRC-162 OTITE EXTERNA NECROTIZANTE RECIDIVADA: RELATO DE CASO

Jasiel Pereira de Queiroz Maciel, Nathália Cavalcante Pinto, Roberta Alencar Amorim, Carlos Eduardo Costa Maranhão, Daniela Isabel Cevallos Zambrano, Leidianny Firmino Costa, Raquel Ferraz Cornélio Nogueira

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: A otite externa necrotizante (OEN) é uma infecção invasiva do conduto auditivo externo (CAE) que pode acometer a base do crânio. Ocorre geralmente em pacientes idosos e diabéticos, é o principal agente causador da *Pseudomonas aeruginosa*.

Apresentação do caso: J.D.S., 68 anos, masculino, diabético, tabagista, foi encaminhado para biópsia de tumoração em CAE, apresentava quadro de otalgia e otorreia. Histopatológico mostrou exsudato fibrinoleucocitário e tecido de granulação. Evoluiu com queda do estado geral, paralisia facial, perda de peso e pioria da otalgia. Cultura de secreção do CAE positiva para *Pseudomonas*

aeruginosa. Velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada. Tomografia mostrou aumento de partes moles e erosão óssea. Cintilografia com tecnécio-99 sugestiva de processo infeccioso local. Fez antibioticoterapia venosa com ceftazidima por 33 dias e gentamicina por 15 dias, evoluiu com melhoria do quadro, porém com persistência da paralisia facial. Houve diminuição da VHS. Recebeu alta com ciprofloxacino oral prescrito. Usou por três semanas, suspendeu a medicação e recidivou o quadro na quarta semana. Foi readmitido para novo esquema com piperacilina-tazobactam por seis semanas, recebeu alta após nova melhoria clínica e cintilografia com gálio-67 sem evidência de atividade infecciosa.

Discussão: Não há consenso na literatura sobre os critérios de cura, a normalização da VHS é sugerida como critério seguro, embora cintilografia com gálio-67 normal seja mais confiável para suspensão da antibioticoterapia venosa. Uma revisão sistemática mostrou que muitos autores consideram o alívio clínico objetivo como critério.

Considerações finais: Diagnóstico, prognóstico e tratamento da OEN ainda são um desafio e permanecem controversos. É necessário um alto índice de suspeição clínica para que seja feito o diagnóstico precoce com instituição da terapia adequada. Acompanhamento em longo prazo é obrigatório para descartar recidiva tardia da doença.

PRC-163 OTITE EXTERNA NECROTIZANTE SECUNDÁRIA A CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO

Ulisses Meireles Filgueiras Filho, Camila de Azevedo Silva Coelho, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Aline Saraiva Martins, Felipe Cordeiro Gondim de Paiva, Willian da Silva Lopes, Marcos Rabelo de Freitas

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Otite externa necrotizante (OEN) é uma infecção otológica potencialmente grave, com elevadas taxas de complicações, que se inicia usualmente no canal auditivo externo, acomete principalmente pacientes idosos, diabéticos ou imunocomprometidos. O diagnóstico é feito por anamnese, exame otorrinolaringológico, isolamento do agente etiológico e exames laboratoriais.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 63 anos, com quadro de otorreia bilateral, de cor amarelada e odor fétido havia mais de 15 anos. Apresentava ainda zumbido, hipoacusia e prurido auricular intenso, fazia uso de diversos objetos pontiagudos para obter alívio. Ao exame físico, apresentava canal auditivo externo edemaciado, que impossibilitava visualização da membrana timpânica, com secreção amarelada de odor fétido. Foi encaminhado para internação em duas ocasiões, quando fez tratamento clínico com antibioticoterapia endovenosa, com melhoria inicial que apresentou recidiva do quadro. Culturas do período evidenciaram isolamento de *Proteus mirabilis* em secreção otológica. Solicitada tomografia de mastoides, que apresentou sinais de otomastoidite crônica bilateral mais acentuada à esquerda e otite externa bilateral. Foi então submetido à mastoidectomia fechada bilateral, com achado de corpos estranhos em ambas as orelhas médias. Visualizadas, ainda, lesões polipoides adjacentes à membrana timpânica, bilateralmente. A biópsia das lesões evidenciou achados que confirmaram processo inflamatório crônico. Permaneceu no pós-operatório com otalgia e otorreia recorrentes, foi encaminhado para tratamento em câmara de oxigenoterapia hiperbárica.

Discussão: A OEN ocorre em pacientes que, inicialmente, desenvolvem processo infeccioso no interior do canal auditivo externo, com otalgia intensa e secreção purulenta. A progressão inicial inclui extensão aos tecidos circunvizinhos, com possível extensão ao osso temporal, mastoidite e aos nervos cranianos. O tratamento inclui antibioticoterapia prolongada, associada a tratamento tópico, e, em pacientes selecionados, cirurgia ou oxigenoterapia hiperbárica.

Comentários finais: No presente caso, o tratamento cirúrgico constituiu parte fundamental do tratamento, devido à presença de corpos estranhos em orelha externa e média como fator causal da otite externa.

PRC-164 OTITE EXTERNA NECROTIZANTE SECUNDÁRIA A FENÔMENO DE LÚCIO

Larissa Ferreira de Macedo, Rebeka Jacques de Farias, Salyne Regina Martins Roberto, Leopoldo Marques d'Assunção Filho, Danielle Seabra Ramos, Mariana de Carvalho Leal Gouveia, Silvio da Silva Caldas Neto

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: Fenômeno de Lúcio é uma variação rara da reação hansênica tipo 2 que acomete portadores de hanseníase virchowiana e caracteriza-se por vasculite difusa da pele. Atualmente, não há relato de sua associação com otite externa necrotizante.

Apresentação do caso: Masculino, 64 anos, portador de hanseníase virchowiana, admitido com fenômeno de Lúcio e infecção secundária da pele. Evoluiu com otalgia, sensação de plenitude auricular e otorreia à direita. Ao exame, apresentava necrose da pele do conduto auditivo externo (CAE) direito com exposição da cartilagem e erosão de sua parede inferior, que a comunicava com a cavidade glenoide. Tomografia de ossos temporais evidenciou erosão óssea com envolvimento da base de crânio e cultura de secreção encontrou *Pseudomonas aeruginosa* sensível apenas a amicacina. Iniciados tazocin e amicacina associados a tratamento tópico com Otocirix[®]. No entanto, paciente evoluiu com disфонia secundária a paralisia de prega vocal direita e paralisia do XII par ipsilateral, foi substituído o esquema por meropenem e linezolida e mantido até o momento devido à ausência de critérios de cura.

Discussão: Hanseníase é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, que pode cursar, na sua forma virchowiana não tratada, com o fenômeno de Lúcio. Esse envolve imunocomplexos que causam obstrução difusa das arteríolas cutâneas. A má perfusão tissular subsequente pode, então, favorecer infecções secundárias invasivas da pele, de forma semelhante a pacientes diabéticos acometidos por uma infecção grave da pele do CAE, que infiltra o osso temporal e pode comprometer a base do crânio, quadro conhecido como otite externa necrotizante (OEN). *P. aeruginosa* é geralmente o agente etiológico dessa condição e foi encontrado na cultura de secreção do CAE deste paciente, o que corroborou a hipótese de OEN secundária ao fenômeno de Lúcio.

Comentários finais: O fenômeno de Lúcio pode causar necrose em pele, até no CAE. Portanto, caso haja otalgia e/ou otorreia, o diagnóstico de OEN deve ser considerado.

PRC-165 OTITE MÉDIA COM EFUSÃO CRÔNICA EM ADULTO DE DIFÍCIL TRATAMENTO - UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ana Carolina Feitosa Riedel, Douglas Salmazo Rocha Morales

Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Em casos de otite média com efusão em adultos, é bem estabelecida a importância de investigar possível tumor na nasofaringe. Uma vez descartado tumor, o tratamento clínico e, posteriormente, cirúrgico pode ser efetuado, com boa taxa de resolução. Este relato demonstra um possível diagnóstico diferencial nos casos de otite média com efusão de difícil tratamento.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 71 anos, queixa de perda auditiva e zumbido à esquerda havia quatro meses. Negava história de otorreia ou trauma, bem como otites de repetição. Ao exame clínico apresentava apenas uma discreta retração da membrana timpânica à esquerda. Feita a audiometria, que de-

monstrou uma perda neurossensorial leve à direita e uma perda mista à esquerda, com gap aéreo-ósseo de 20 dB, e impedanciometria com curva tipo B. Solicitada tomografia computadorizada de ossos temporais que evidenciou atenuação de partes moles na orelha média esquerda, cadeia ossicular íntegra e ausência de tumores na nasofaringe. Optou-se, então, pela timpanotomia, com saída de efusão clara, e colocação de tubo de ventilação. Após a cirurgia, a paciente apresentou episódios intermitentes de otorreia clara. Foram solicitados novos exames de imagem: uma tomografia computadorizada e uma ressonância magnética. Ambos os exames mostraram presença de líquido da orelha média, sem sinais de erosão da cadeia ossicular ou comunicação com sistema nervoso central. Foi feita então uma timpanomastoidectomia e, no intra-operatório, identificada uma fístula liquórica no tegmen timpânico, que foi corrigida.

Discussão: Otite média com efusão de difícil controle após tratamento cirúrgico pode ser uma manifestação de fístula liquórica otológica, mesmo sem história de trauma de osso temporal ou meningite.

Comentários finais: Com este caso verificamos a importância de diagnóstico diferencial, muitas vezes os exames de imagem não evidenciam pequenas falhas ósseas.

PRC-166 OTITE MÉDIA CRÔNICA SILENCIOSA: RELATO DE CASO

Patrícia Barbosa de Sousa, Ricardo Barbosa Ramos Filho, Francis Vinicius Fontes de Lima, Rosa Grazielle de Lima, Ronaldo Carvalho Santos Júnior

Serviço de Residência Médica de Otorrinolaringologia, Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE, Brasil

Introdução: A otite média crônica é uma condição relacionada a uma membrana timpânica perfurada e otorreia. Porém, a existência de uma membrana timpânica intacta não exclui a presença de alterações patológicas macroscópicas na orelha média. A otite média silenciosa é uma doença crônica, clinicamente “despercebida ou indetectável” por meio de uma membrana timpânica íntegra.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, com 39 anos, procurou o Serviço de Otorrinolaringologia do HU/SE com queixa de otalgia e hipoacusia discreta à direita. Negava otorreia. Ao exame clínico apresentava otoscopia sem anormalidades bilateralmente; na rinoscopia anterior, observaram-se sinais leves de rinopatia crônica e na oroscopia não apresentava alterações evidentes. A audiometria mostrava normoacusia à esquerda e sugeria perda auditiva condutiva moderada à direita. Timpanometria com curva do tipo “Ar” à direita e “A” à esquerda. A TC de mastoides evidenciou sinais de otomastoidite à direita, tais como redução significativa da pneumatização das células mastoideas com osteoesclerose e preenchimento de algumas células à direita, bem como o antro mastoideo. Foi proposto tratamento inicial com antibiótico e analgésico, evoluiu com alívio do sintoma durante seu uso e retorno da otalgia após interrupção das medicações. Foi indicada a intervenção cirúrgica, por meio de uma mastoidectomia simples à direita. No intra-operatório foi observada a presença de secreção mucoide e edema da mucosa mastoidea, antro e caixa timpânica. A cadeia ossicular estava preservada. No pós-operatório, a paciente apresentou boa evolução clínica e permaneceu assintomática.

Discussão: A otite média crônica silenciosa pode causar perda auditiva condutiva ou neurossensorial, otalgia, zumbido e vertigem, com uma membrana timpânica intacta, muitas vezes as queixas são vagas. Isso pode contribuir para seu diagnóstico tardio e aumentar o risco de complicações.

Comentários finais: A otite média crônica silenciosa é uma patologia que deve ser lembrada pelo otorrinolaringologista, para possibilitar o diagnóstico e o tratamento precoces e, assim, evitar as possíveis complicações.

PRC-167 OTITE MÉDIA TUBERCULOSA: RELATO DE CASO

Isabela Loyola Borém Guimarães, Marcela Maria Pinto Vilela, Sebastião Kelson Alves dos Santos, Emyle Mayra Santana Alves Almeida, Gilberto Francisco Ferreira Filho, Kenia Assis Chaves, Wilson Benini Guercio

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: A tuberculose é uma doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e envolve principalmente o pulmão. A otite tuberculosa é rara (0,04-0,09%), porém é a segunda forma mais frequente na otorrinolaringologia. A tuberculose laríngea está em primeiro lugar. Diversas vias de disseminação são implicadas no acometimento da orelha média pela tuberculose: tuba auditiva, hematogênica, meato acústico externo e foco intracraniano. Como manifestações da otite tuberculosa encontramos otorreia, hipoacusia e alterações da membrana timpânica na otoscopia. Como métodos diagnósticos usam-se bacterioscopia e cultura de secreção, histopatológico de mucosa de orelha média, teste tuberculínico e avaliação pulmonar. O tratamento, inicialmente, é feito com drogas antituberculose.

Apresentação do caso: Homem, 28 anos, iniciou em setembro de 2013 com disфонia, tosse, hipoacusia bilateral e febre diária. Ao exame observou-se perfuração timpânica bilateral, maior e com lamelas à esquerda. Apresentava radiografia do tórax com infiltrado difuso, videolaringoscopia que evidenciava edema e diminuição da mobilidade de pregas vocais. Tomografia de mastoides apresentava material com densidade de partes moles em orelhas médias e mastoides. Devido à pioria do quadro pulmonar e após não ter apresentando melhora clínica com tratamento para pneumonia, foi internado para fazer lavado broncoalveolar e novos exames de escarro, que deram positivo para tuberculose. Foi iniciado esquema de tratamento e evoluiu com melhora do quadro otológico e fechamento completo das perfurações em membranas timpânicas.

Discussão: A otite tuberculosa apresenta-se como quadro de otite média crônica com otorreia, hipoacusia e alterações nos exames físico e complementares. O diagnóstico diferencial apenas pela clínica otológica torna-se complicado; é importante investigar em paciente com essas queixas sintomas como tosse persistente e febre, que podem ajudar no diagnóstico da otite tuberculosa.

Comentários finais: A otite tuberculosa está frequentemente associada à tuberculose pulmonar e apresenta-se como otite média crônica. A demora no diagnóstico aumenta o risco de evolução para complicações. O tratamento com o esquema de drogas antituberculose apresenta-se efetivo, mas alguns casos podem necessitar de cirurgia.

PRC-168 OTOLIQUEURRIA POR FÍSTULA PÓS-TRAUMA CORRIGIDA POR ACESSO DE FOSSA CRANIANA MÉDIA - RELATO DE CASO

Luciele Stochero, Tainã Crestani Mistura, Rafaela Reginatto, Rodrigo Soccol, Samantha Fernandes Castro, Talita Lopes, Joel Lavinsk

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Fístula liquórica (FL) nasal e otológica pode ser identificada pela presença de líquido cerebrospinal dentro da cavidade nasal e do canal auditivo. Essa condição está associada ao risco de meningite. O otorrinolaringologista é crucial no diagnóstico e no tratamento dessa condição, a fim de evitar infecções de sistema nervoso central e complicações associadas.

Objetivo: Apresentar um caso de FL que resultou em rinoquite e otoliqueurria, corrigidas por acesso por fossa craniana média.

Relato de caso: Paciente masculino, 52 anos, com história de TCE havia dois anos, apresentava cefaleia, coriza, hipoacusia e plenitu-

de auricular em ouvido esquerdo. Otoscopia à esquerda apresentava opacidade sugestiva de efusão e rinoscopia anterior evidenciava desvio septal e coriza hialina. Submetido à septoplastia e timpanotomia para colocação de TV, iniciou com otorreia persistente no ouvido esquerdo e cefaleia. Evoluiu com sinais de irritação meníngea e infecção de líquido na PL. Tomografia computadorizada com evidência de solução de continuidade no tegmen mastóideo. Cisternotomografia mostrou comunicação entre encéfalo e epítimpano. Recebeu antibioticoterapia venosa sistêmica (ceftriaxone) e tópica. Persistiu com otoliquorrea. Submetido à correção cirúrgica de fístula líquórica por acesso combinado e por fossa craniana média com o uso de fásica temporal e cola biológica.

Discussão: Otoliquorrea pós-colocação de tubo de ventilação pode estar associada a um quadro de meningite. Nesses casos, o exame de imagem é crucial para o diagnóstico e orientar na correção cirúrgica, o acesso é combinado transmastóideo e por fossa craniana média, uma forma segura e eficaz de tratamento.

Conclusão: Neste relato objetivamos chamar atenção para a associação entre meningite e fístula líquórica, bem como para a segurança e eficácia da correção cirúrgica combinada por acesso transmastóideo e por fossa média para casos de fístula líquórica para epítimpano pós-trauma.

PRC-169 OTOSÍFILIS: UM DIAGNÓSTICO ESQUECIDO COM CRESCENTE INCIDÊNCIA

Laise Teixeira Cavalhieri, Maíra da Rocha, Flávio Moura Rezende Filho, Denis Bernardi Bichuetti, Luciano Rodrigues Neves

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A otossífilis leva à hidropsia endolinfática e causa perda auditiva neurosensorial súbita ou rapidamente progressiva bilateral, flutuação da audição e plenitude auricular com ou sem sintomas vestibulares.

Apresentação do caso: Paciente de 40 anos, gênero masculino, com zumbido bilateral de início súbito havia três dias e otoscopia sem alterações. Apresentava ansiedade, insônia e ideação suicida. Foi prescrito clonazepam para uso domiciliar. Sem melhoria após 10 dias, retornou ao serviço com queixa de zumbido unilateral à direita e dor ocular à esquerda. A audiometria evidenciou perda auditiva neurosensorial bilateral em agudos. Constatou-se edema de papila bilateral, o que motivou a internação hospitalar. Na investigação, a sorologia para sífilis foi positiva, optou-se pelo tratamento com penicilina G cristalina por 14 dias, com remissão de todos os sintomas.

Discussão: A incidência de sífilis adquirida é atualmente crescente, com consequente aumento dos casos de otossífilis. Na fase secundária, a perda auditiva normalmente é abrupta, bilateral e rapidamente progressiva, com raros sintomas vestibulares. Já na fase terciária, a perda auditiva é assimétrica e flutuante, podem ocorrer zumbido e vertigem. O diagnóstico é presuntivo, por meio da sorologia positiva para sífilis, com preferência para os testes treponêmicos, associada aos sintomas cocleovestibulares, sem outra causa provável. Não existe um padrão audiométrico específico para a otossífilis; pode apresentar perda auditiva associada à anormalidade na discriminação da fala. A tomografia computadorizada de crânio ou a ressonância magnética de encéfalo também podem ser úteis na avaliação de lesões no canal auditivo, acometimento meníngeo, lesões parenquimatosas e infartos vasculares que sugerem diagnóstico concomitante de neurosífilis. O tratamento de escolha é a antibioticoterapia com penicilina, com melhor prognóstico para os pacientes tratados com a forma cristalina.

Comentários finais: A otossífilis é uma doença rara, potencialmente reversível com uso de corticosteroides e antibióticos. Seu diagnóstico é relevante para o prognóstico e para a saúde pública.

PRC-170 OTOSÍFILIS: UM RELATO DE CASO

Rafaela Miranda Conde de Oliveira, Juliana Peraro Miguel, Michelle Silveira de Ávila, Paula Sant'Anna de Oliveira, Elvira Lopes da Silva, Daniela Toledo de Aguiar, Fausto Antônio de Paula Júnior

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira, Limeira, SP, Brasil

Introdução: A sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A maioria dos casos ocorre na população sexualmente ativa. A principal via de transmissão é o contato sexual. Perda auditiva por sífilis atualmente é rara, pode ocorrer em qualquer fase da doença. Sinais vestibulares também podem ser consequências de otossífilis. O diagnóstico depende de anamnese, exames complementares com sorologias específicas e audiometrias que caracterizam a hipoacusia. O tratamento é feito com penicilina benzatina em doses variáveis.

Apresentação do caso: C. A. S., 57 anos, feminina, encaminhada ao ambulatório de otorrinolaringologia, apresentava perda auditiva progressiva bilateral com três semanas de evolução, associada a zumbido e tontura. Audiometria caracterizou perda auditiva neurosensorial profunda na orelha direita e severa na orelha esquerda. Foi iniciada investigação laboratorial, apresentou VDRL reagente 1:32 e FTA-abs IgG positivo e IgM negativo, diagnosticada sífilis terciária. Feito tratamento com penicilina benzatina na dose de 18.000.000UI/dia IV e corticoterapia IV, sem melhoria clínica da perda auditiva. Encaminhada após alta hospitalar à triagem para implante coclear.

Discussão: As doenças infecciosas são causas frequentes de perda auditiva adquirida, por isso é importante uma investigação detalhada. Os sintomas iniciais da otossífilis podem incluir surdez neurosensorial uni ou bilateral, em geral rapidamente progressiva. Zumbido, pressão auricular e sintomas labirínticos também podem estar presentes. Acredita-se que a otossífilis seja uma variante da neurosífilis, mais comum na fase terciária da doença. O diagnóstico é estabelecido pela associação de manifestações clínicas, evidência sorológica de sífilis e exclusão de outras causas de hipoacusia neurosensorial. O tratamento de eleição para sífilis continua a ser a penicilinoterapia.

Comentários finais: Todos os pacientes com perda auditiva neurosensorial, com testes sorológicos positivos para sífilis e nos quais forem excluídas outras causas de perda auditiva, devem ser tratados como otossífilis, já que as doenças infecciosas podem prejudicar os aparelhos auditivos e/ou vestibulares.

PRC-171 PARALISIA FACIAL E HIV

Alessandra Alencar de Andrade, João Henrique Zanotelli dos Santos, Karine Tabata Carvalho Bispo, Matheus Alves Farah, Aline de Almeida Sousa e Silva, André Luís Lopes Sampaio, Juliana Gusmão Araújo

Hospital Universitário de Brasília (HUB), Brasília, DF, Brasil

Introdução: A frequência e o espectro das manifestações neurológicas do HIV também têm sido descritos na literatura. Aproximadamente 70% da população com a infecção desenvolve complicações neurológicas durante a doença. Desses casos, 14 a 27% consistem em neuropatias periféricas. A relação entre a paralisia de nervos cranianos (principalmente o VII par) e o HIV já é fato e foi relatada pela primeira vez em 1983.

Apresentação do caso: Paciente de 32 anos, sexo masculino, sem patologias prévias, que em setembro de 2014 apresentou um quadro de febre intermitente, astenia, dor abdominal, vômitos e diarreia por 15 dias. Na avaliação laboratorial foram identificados leucocitose, aumento de provas hepáticas e canaliculares. Atestada a hipótese de hepatite A, foram solicitados ecografia abdominal, que veio normal, e testes sorológicos, dos quais apenas o anti-HIV apresentou positividade. Em 17 de outubro chegou ao serviço de

otorrinolaringologia e queixou-se de déficit motor em região facial direita havia 10 dias. Referia também otalgia e hipoacusia ipsilateral. Ao exame físico, apresentava paralisia facial periférica grau VI de House-Brackmann, sem outras alterações. Solicitadas audiometria, imitanciométrica e tomografia, todas sem alterações. Na ressonância, contudo, apresentou aumento de sinal do nervo facial no CAI. Feito tratamento inicial com prednisolona oral por 10 dias com dose plena e pomada oftálmica noturna. Retornou após cinco dias com melhora parcial da paralisia (grau IV) e dos demais sintomas. O quadro foi acompanhando por mais duas semanas, com melhora progressiva da paralisia. Em novembro já se apresentava assintomático dos demais sintomas, mantinha apenas déficit residual da movimentação facial em ramo marginal (grau II).

Discussão: Encaminhado à infectologia para acompanhamento do HIV e retorno em aberto. Como notado, a paralisia facial periférica tem relação direta com a infecção pelo HIV, ocasionalmente se apresenta como sua primeira manifestação clínica e revela a infecção em diversos casos.

PRC-172 PARALISIA FACIAL RECORRENTE SECUNDÁRIA À DOENÇA DE LYME

Caroline Perin, Juliana Reinesch, Marcos Gerhardinger Jacob, Andreia Ardevino de Oliveira, Miguel Ângelo Hyppolito, Eduardo Tanaka Massuda

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A doença de Lyme é causada por espiroquetas do complexo *Borrelia burgdorferi* e é transmitida por carrapatos *Ixodes ricinus*. As manifestações incluem na fase aguda *eritema migrans* e sintomas sistêmicos inespecíficos, e no estágio secundário as complicações articulares, cardiovasculares e neurológicas. O diagnóstico se baseia no quadro clínico e na sorologia, e o tratamento é feito com antibióticos.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 55 anos, com paralisia facial periférica (PFP) à direita com 23 dias de evolução, precedido por quadro de otalgia ipsilateral. Referia história de PFP à esquerda havia cinco anos, tratada com cianocobalamina e fonoterapia miofacial, com melhora parcial. Negava outras queixas. Viajara para os Estados Unidos e a Europa havia 10 e cinco anos, respectivamente. Ao exame clínico apresentava paralisia facial periférica grau V à direita e grau II à esquerda. Otoscopia sem alterações bilateralmente. Foi submetida à descompressão do nervo facial à direita, apresentou grau III pós-cirúrgico. Após seis meses, apresentou pioria da mobilidade em terço inferior da face bilateral. Foram feitas provas de autoimunidade e sorologias. A sorologia para doença de Lyme foi considerada positiva pelo método *western blot*. Iniciou tratamento com ceftriaxona por 30 dias seguidos de doxiciclina por 60 dias. Após o tratamento, apresentou PFP grau II e sem recorrência até o momento.

Discussão: A doença de Lyme causa PFP em até 10% dos pacientes e o tratamento com antibiótico leva à melhora do quadro na maioria dos pacientes. A PFP recidivante e bilateral deve ser investigada para a doença de Lyme.

Comentários finais: A doença de Lyme é um desafio diagnóstico, porém deve fazer parte da investigação etiológica de quadros neurológicos focais e recorrentes; a PFP tem especial importância para os otorrinolaringologistas.

PRC-173 PETROSITE AGUDA ATÍPICA: RELATO DE CASO

Júlia da Silva Almeida, Edna Patrícia Charry Ramirez, Flávia Vieira Dias, Larissa Maria Alencar Xerez, Maria Eugênia Pedruzzi Dalmaschio

Hospital Universitário Antônio Pedro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A petrosite decorre, geralmente, da extensão de otite média aguda para o ápice petroso. Pode evoluir com complicações intracranianas e com a síndrome de Gradenigo (paralisia ipsilateral do nervo abducente, dor na distribuição do ramo oftálmico do trigêmeo e otorreia purulenta). O diagnóstico requer avaliação clínica e radiológica. O tratamento se baseia em antibioticoterapia, com ou sem drenagem cirúrgica.

Apresentação do caso: L.A.S., masculino, 27 anos, foi admitido no serviço de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Antônio Pedro com otalgia à direita, intensa, aguda e profunda. Otoscopia normal, leucocitose, ausência de otorreia e alterações neurológicas. Tomografia computadorizada de osso temporal evidenciou velamento de ápice petroso à direita, o que sugeriu petrosite ipsilateral. Células mastóideas e orelha média sem alterações. Hemocultura negativa. Administrados cefepime e metronidazol endovenosos, por dois meses, com melhora clínica e laboratorial. Manteve padrão radiológico; descartaram-se complicações intracranianas. Extraídos três dentes cariados e inserido tubo de ventilação. Após 60 dias de internação, usou amoxicilina-clavulanato por 21 dias, via oral. Segue em acompanhamento ambulatorial, com tomografia de controle.

Discussão: Os agentes etiológicos mais associados à petrosite são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*. Neste caso, nenhum agente foi isolado e somente um foco infeccioso dentário foi evidenciado como possível fonte hematogênica. A ausência de acometimento da orelha média é incomum, deve-se descartar granuloma de colesterol, coesteatoma congênito e tuberculose. Historicamente, o tratamento da petrosite incluía a drenagem cirúrgica. Contudo, estudos recentes têm demonstrado boa resposta à antibioticoterapia e ao controle radiológico.

Comentários finais: A suspeita de petrosite deve surgir em quadros de otite média e dor temporal profunda; não são necessário todos os elementos da tríade de Gradenigo. O caso descrito manifestou-se apenas com a dor e o diagnóstico sugerido após avaliação radiológica. Pelo potencial de gravidade, o tratamento foi instituído prontamente e o paciente segue assintomático.

PRC-174 PIOARTRITE DE ATM E OTITE EXTERNA NECROSANTE: RELATO DE CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MÁRIO COVAS, SANTO ANDRÉ (SP)

José Ronaldo de Souza Filho, Carlos Eduardo Borges Rezende, Priscila Bogar, Luís Felipe Honorato Lopes, Andressa dos Santos Kodama, Bárbara Pavin

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

Introdução: Artrite séptica da articulação temporomandibular (ATM) é uma doença pouco comum que pode ocorrer como complicação de outra doença também incomum, a otite externa maligna (OEM), doença de comportamento agressivo e invasivo, que tem prognóstico ruim, principalmente se associada a complicações.

Apresentação do caso: V.P., 63 anos, masculino, diabético, hipertenso e renal crônico estágio V, com otalgia à direita acompanhada de otorreia, tinnitus, hipoacusia ipsilateral, refratários à antibioticoterapia tópica e oral. À otoscopia apresentava edema, secreção mucossanguinolenta e lesão polipoide em meato acústico externo direito. Na tomografia computadorizada de ossos temporais sem contraste havia erosão de ponta da mastoide e na ressonância magnética observou-se conteúdo na mastoide à direita, hiperintenso em T2 e sem restrição à difusão com sinais de pioartrite em ATM direita em remissão infecciosa. Pela permanência de otorreia mesmo com uso de ceftazidima e ciprofloxacino otológico, optou-se por abordagem cirúrgica em conjunto com equipe de bucomaxilo.

Discussão: A inflamação crônica da orelha externa e a formação de tecido de granulação são a base para o desenvolvimento da OEM. No entanto, a disseminação para a ATM é rara e quando acontece se dá pela parede anterior do meato acústico externo. Seu diagnóstico

é difícil, leva a repercussões graves para o paciente e à abordagem cirúrgica inevitável.

Comentários finais: O diagnóstico precoce diminui a potencial letalidade da doença, que sempre deve ser suspeitada em pacientes com diátese otálgica e otorreia resistente ao tratamento convencional. É preciso atentar para acometimento de ATM e da necessidade de limpeza da articulação.

PRC-175 RELATO DE CASO INTERESSANTE - ASSOCIAÇÃO DA SÍNDROME DE MONDINI COM DISPLASIA FIBROSA

Bianca Mendonça de Almeida, Lucas de Abreu Lima Thomé da Silva, Lygia Alves Mancini, Roney Costa Louvain Filho, Vinícius Campos Coelho, Régis Marcelo Fidélis, Ana Cristina da Costa Martins

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil/ SEPTO

Introdução: Relatar duas síndromes raras em um mesmo paciente. Síndrome Mondini é o desenvolvimento incompleto da cóclea, e displasia fibrosa é a substituição gradativa do osso normal por tecido fibroso imaturo.

Apresentação do caso: Paciente com três anos, masculino, prematuro, sem triagem auditiva neonatal. Após rinossinusite e otite média aguda, evoluiu com falhas cognitivas. Audiometria: curva do tipo neurosensorial profunda em OD e curva do tipo condutiva leve em OE; timpanometria tipo C em ambas as orelhas e ausência de reflexo acústico. TC mastoide: anomalia cística cocleovestibular com displasia do canal semicircular lateral e preservação dos demais canais semicirculares em OD com meato acústico interno íntegro; OE sem alterações. Optou-se por AASI em OE e acompanhamento ambulatorial. Aos nove anos apresentou vertigem e zumbido unilateral, procurou a emergência e foi iniciada betaistina 8 mg 12/12h. Após seis anos, TC mastoide/controlado: lesão expansiva heterogênea na maxila direita com 3 × 3 cm compatível com displasia fibrosa. Endoscopia nasal: sinais de rinopatia crônica com tratamento conservador.

Discussão: Síndrome de Mondini é uma doença genética associada à mutação do gene SLC26A4, mas não exclusiva. Pode vir combinada com síndrome de Pendred, Charge, Klippel-Feil, DiGeorge e Wildervanck. O diagnóstico se faz por TC/RNM de mastoide. Quanto ao tratamento, a opção é o implante coclear. Displasia fibrosa é uma doença genética, pós-zigótica, causada pela mutação do gene GNAS1, dividida em monostótica e poliestótica; a monostótica é a mais comum (80%). Os ossos mais acometidos são: costelas, fêmur, tibia, maxila e crânio. O diagnóstico é feito pela TC e histopatológico e o tratamento normalmente é conservador. A cirurgia só é indicada se houver transtorno funcional e/ou estético.

Comentários finais: Não há na literatura outro caso com associação de síndrome ou displasia de Mondini associada à displasia fibrosa. Entretanto, deve-se aventar essa hipótese, já que ambas podem estar correlacionadas por serem doenças genéticas.

PRC-176 RELATO DE CASO INTERESSANTE: DEISCÊNCIA DE CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR E OTOSCLEROSE

Lygia Alves Mancini, Lucas de Abreu Lima Thomé da Silva, Roney Costa Louvain Filho, Monalice Ferreira Campos, Régis Marcelo Fidelis, Kleber Falcão Rebelo, Ana Cristina da Costa Martins

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil/ SEPTO

Introdução: Deiscência de canal semicircular superior é uma doença rara com sintomas vestibulares induzidos por ruído intenso e modificações na pressão intracraniana e orelha média. Cursa com vertigem e nistagmo ou com disacusia condutiva como único sintoma.

A associação de otosclerose e deiscência de canal semicircular superior é incomum.

Apresentação do caso: L.S., masculino, 50 anos, com hipoacusia bilateral que o levou a procurar a emergência. Impedanciometria e audiometria tonal e vocal: curva tipo A em ambas as orelhas. OD perda auditiva condutiva moderada, OE com perda auditiva neurosensorial de leve a moderada. O paciente não deu seguimento clínico. Com sintomatologia pior, procurou novamente a emergência, com impedanciometria semelhante à anterior. Audiometria: disacusia mista moderada bilateral. Diagnóstico: otosclerose. Indicada estapedectomia em OD (disacusia pior). O paciente optou pelo acompanhamento ambulatorial. Após algum tempo retornou com pioria da hipoacusia. Impedanciometria: curva tipo A em AO. Audiometria: curva condutiva leve a moderada em OD e mista leve a moderada em OE. TC mastoide: OD: discreto espessamento da fistula *ante fenestram*, sugestivo de otosclerose fenestral incipiente; deiscência de canal semicircular superior e do canal do nervo facial. OE: deiscência no canal semicircular superior e do canal do nervo facial. Sugeriu-se estapedectomia pela ausência de sintomas vestibulares. Antes de o procedimento ser feito, iniciou quadro de vertigem desencadeada por ruídos intensos. Optou-se por manter tratamento clínico com betaistina 48 mg/dia até estabilização do quadro.

Discussão: Deiscência de canal semicircular é um dos diagnósticos diferenciais de pacientes com otosclerose pós-estapedectomia sem melhora. No relato, observou-se um quadro de otosclerose que evoluiu com sintomas vertiginosos de deiscência, cuja opção foi a estabilização clínica com posterior avaliação cirúrgica para disacusia do paciente.

Comentários finais: Chama-se atenção para o uso de exame complementar radiológico como a TC de mastoide, que pode constatar a associação da deiscência de canal semicircular superior com a otosclerose mesmo antes do início dos sintomas vestibulares.

PRC-177 RELATO DE CASO: COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA CRÔNICA SIMPLES

Bruno Martins Fernandes Silva, Murillo Mendes Aquino, Igor Amorim Coutinho, Nathália Prudêncio Silvano, Beatriz Figueiredo Brandão, Priscila Sequeira Dias, Livia de Vasconcellos Gonzaga

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: As otites médias crônicas (OMC) simples são observadas com frequência na população. A meningite é considerada a complicação intracraniana mais comum. No entanto, é rara quando se trata de OMC simples. Nesses casos, a mortalidade pode chegar a 30,6%. Atualmente, a maior preocupação incide nas sequelas que podem ser geradas por essa afecção.

Apresentação do caso: A.D.A.C., 15 anos, pardo, portador de OMC simples à direita em acompanhamento no serviço de otorrinolaringologia do HUPE-UERJ, com baixa adesão ao tratamento e frequentes banhos de imersão. Deu entrada na instituição com história de otorreia à direita havia seis dias; evoluiu, no dia anterior, com febre, rebaixamento do nível de consciência e vômitos. Cogitou-se da possibilidade de meningite e foi iniciado tratamento com ceftriaxone e vancomicina endovenosos e gota otológica com gentamicina. Tomografia computadorizada de crânio e mastoide evidenciava velamento parcial da mastoide e ouvido médio à direita, tegmen timpanopreservado, ausência de sinos sugestivos de colesteatoma e com sinais de hipertensão intracraniana, o que impediu a punção lombar. Paciente evoluiu satisfatoriamente e recebeu alta no 10º dia de internação. Segue em acompanhamento ambulatorial e sem sequelas pós-meningite.

Discussão: Não é frequente que haja uma evolução das OMC simples para acometimento intracraniano. Sabe-se que uma das vias

de disseminação da infecção seria a via óssea, por meio de erosão, contudo existe possibilidade de disseminação hematogênica. Com o advento da antibioticoterapia de largo espectro, houve uma redução importante da mortalidade. Sabe-se que essa afecção pode gerar sequelas, dentre elas hipoacusia e paralisia facial.

Comentários finais: As complicações intracranianas devem ser tratadas como eventos graves e podem ocorrer mesmo sem história de colesteatoma. Dessa forma, quando suspeitadas deve-se instaurar antibioticoterapia de largo espectro em ambiente hospitalar e investigação inicial com exame de imagem. A cirurgia, que nem sempre é necessária, deve ser considerada apenas depois dessas medidas iniciais.

PRC-178 RELATO DE CASO: DEISCÊNCIA DE SEIO SIGMOIDE CURSANDO COM ZUMBIDO UNILATERAL - AVALIAÇÃO CLÍNICA VERSUS AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA

Émilly Cristina de Bulhões, Dalila Araújo Mota, Diogo Carvalho Pasin, Karen de Carvalho Lopes, Victor José Timbó Gondim, Isabela Tavares Ribeiro

Universidade de Santo Amaro (UNISA), Santo Amaro, BA, Brasil

Introdução: O divertículo deiscente de seio sigmoide (DDSS), conhecida causa de zumbido pulsátil (ZP), é uma lesão rara com prevalência no sexo feminino, na quarta década, geralmente unilateral e à direita. A audiometria pode apresentar perda neurosensorial em 53% dos casos, com queixa de plenitude em 80% e geralmente sem alterações ao exame físico. Eventualmente há ausculta de frêmito em mastoide.

Apresentação do caso: Paciente S.T., 52 anos, feminino, com história de ZP unilateral à esquerda havia dois anos, tipo chiado, sincrônico com frequência cardíaca, com tratamento prévio medicamentoso sem sucesso. Triagem audiológica e otoscopia normais. Solicitada TC de ossos temporais com contraste, que demonstrou material com densidade de partes moles que ocuparam mastoide e OM à esquerda, associado à solução de continuidade de seio sigmoide com mastoide. Solicitada RM, que não evidenciou lesão vascular, demonstrou velamento de mastoide e OM. Laudos sugeriram otomastoidite crônica, a qual fora descartada clinicamente. Feita angiorressonância após discussão com radiologista, que definiu o diagnóstico de DDSS à esquerda com invasão mastoidea.

Discussão: O diagnóstico diferencial de ZP é classificado em etiologias não vasculares e vasculares; o DDSS é uma etiologia vascular rara. Os critérios radiográficos de DDSS não são bem estabelecidos, mas a deiscência da placa do seio sigmoide e a extensão para o osso temporal pneumatizado são duas características importantes. Neste caso foi sugerido tratamento neurovascular com embolização. Entretanto, o alto custo inviabilizou sua execução. Sugerida então cirurgia com reconstrução de parede de seio sigmoide, porém a paciente não manifestou interesse.

Comentários finais: Após o diagnóstico de DDSS, a conduta pode ser expectante ou intervencionista, a depender da sintomatologia. Em pacientes com ZP unilateral, deve-se ter atenção especial para os diagnósticos diferenciais. A avaliação radiológica isolada nunca deve ser feita, pois pode induzir a erros diagnósticos e consequentemente a condutas inapropriadas.

PRC-179 RELATO DE CASO: DISACUSIA GENÉTICA POR OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

Valéria Barcelos Daher, Alda Linhares de Freitas Borges, Claudiney Cândido Costa, Hugo Válder Lisboa Ramos, Edson Júnior de Melo Fernandes, André Valadares Siqueira, Marina Neves Rebouças

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: A osteogênese imperfeita é uma desordem do tecido conectivo, provavelmente ligada ao erro na síntese de colágeno tipo I. É considerada uma doença com padrão autossômico dominante e a fragilidade óssea é característica da doença. A disacusia é prevalente entre as formas clínicas da doença, é do tipo misto, de caráter progressivo, e inicia em torno dos 10 anos. Alterações na ossificação da cápsula ótica e da cadeia ossicular associadas à fratura da supraestrutura do estribo compõem o histopatológico dessa disacusia genética. Relatamos um caso de osteogênese imperfeita diagnosticado pelo ortopedista que evoluiu com hipoacusia progressiva durante a infância.

Apresentação do caso: Adolescente, sexo feminino, com diagnóstico prévio de osteogênese imperfeita desde o período neonatal, foi encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia aos oito anos com relato de hipoacusia bilateral, pior à direita, associada à dificuldade de aprendizado. A audiometria evidenciou perda condutiva moderada bilateralmente. A tomografia computadorizada de ossos temporais evidenciou envolvimento ósseo de ambas as porções labirínticas das mastoides e cadeias ossiculares bilateralmente, em aspecto de vidro despolido e expansão óssea adjacente, que obliterou as janelas ovais e redondas. A conduta foi indicação de aparelho de amplificação sonora bilateralmente, e a paciente permaneceu em acompanhamento audiológico anualmente no serviço.

Discussão: O caso está em concordância com a literatura estudada, ratifica epidemiologia, clínica e história natural da doença. A osteogênese imperfeita e a otospongiose apresentam similaridade histopatológica, com superposição do comportamento da perda auditiva. A idade de início e a evolução da hipoacusia, associadas ao diagnóstico prévio de osteogênese imperfeita, permitiram o diagnóstico dessa disacusia genética com confirmação tomográfica.

Comentários finais: O relato de caso contribuiu para revisão de literatura da osteogênese imperfeita, patologia rara na prática clínica e que pode se manifestar com hipoacusia com início na infância.

PRC-180 RELATO DE CASO: GLOMUS JUGULOTIMPÂNICO

Paloma Simoni Gama Ferreira, Samuel Neiva Almino, Érica Carla Figueiredo de Souza, Rozana Rizzo, Camila Lira Holanda de Lima Barros, Nicole Martuscelli de Almeida, Gabriella Soares de Souza

Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Os tumores glômicos, também denominados como paragangliomas ou quemodectomas, são considerados os mais frequentes do ouvido médio, correspondem a 0,6% dos tumores da região de cabeça e pescoço.

Apresentação do caso: I.M.A.C., 60 anos, sexo feminino, com queixa de hipoacusia, zumbido pulsátil e massa na orelha direita havia cinco anos. Ao exame observa-se massa avermelhada que se exterioriza pelo conduto auditivo externo direito. À audiometria, perda mista profunda à direita e à tomografia computadorizada de ossos temporais, lesão expansiva localizada em canal jugular direito com erosão da base da mastoide. À ressonância nuclear magnética, grande massa com aspecto sal e pimenta em T1 exterioriza-se para conduto auditivo externo direito. Optou-se pela embolização devido ao difícil acesso cirúrgico, às dimensões e à localização do tumor. Há três meses iniciou com disfagia. Evoluiu com acometimento do NC X e XIII (paresia de prega vocal direita e desvio da língua para a direita). Encaminhada para acompanhamento conjunto com a fonaudiologia e neurocirurgia.

Discussão: Tumores glômicos são tumores hipervascularizados de comportamento benigno e crescimento lento. Clinicamente, o glômus jugulotimpânico apresenta zumbido pulsátil e perda auditiva, inicialmente condutiva. Poderá ocasionar perda neurosensorial com a invasão do canal auditivo interno. A vigilância clínica, a ra-

dioterapia e a exérese cirúrgica com ou sem embolização prévia são terapêuticas; cada caso deve ser individualizado.

Comentários finais: O glomus jugulotimpânico é o tumor mais frequente do ouvido médio. É importante o diagnóstico precoce feito pelo otorrinolaringologista, uma vez que pode comprometer vários pares cranianos e levar a sintomas que prejudicam a qualidade de vida do paciente.

PRC-181 RELATO DE CASO: HEMORRAGIA INTRALABIRÍNTICA ACOMPANHADA DE PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL AGUDA

Bárbara Perussatto, Luísa Assoni Santin, Ingrid Wendland Santanna, Diego Pistoia, Gabriel Bruxel, Priscila Cortez, Matheus Leon

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

Introdução: A perda auditiva neurossensorial aguda (PANA) é uma patologia pouco frequente e de difícil diagnóstico etiológico. A maioria dos casos é idiopática e com tratamento controverso. Visamos, então, relatar um caso de hemorragia intralabiríntica acompanhado de perda auditiva neurossensorial.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 60 anos, hipertenso em uso de betabloqueador, estatina e antiagregante plaquetário, com queixa de perda auditiva súbita havia 10 dias, zumbido em ouvido direito (OD) e cefaleia. Sem alterações no exame físico, fez, então, audiometria, que demonstrou perda auditiva neurossensorial moderada em OD, e ressonância magnética de crânio, que mostrou hipersinal espontâneo na sequência T1 que envolvia cóclea, parte do vestibulo e canais semicirculares à direita, o que evidenciava sinais de hemorragia intralabiríntica à direita. Iniciou tratamento medicamentoso. Após três meses da primeira audiometria, fez novo exame, que evidenciou perda auditiva de grau severo em OD. Mesmo com tratamento clínico, manteve sintomas de hipoacusia e zumbido. Um ano após, apresentava audiometria com ausência de respostas no limite do audiômetro e recebeu, então, diagnóstico de perda profunda da audição associado a AVC no labirinto. Não apresentou melhoria dos sintomas com uso de corticoide, beta-histina, complexo vitamínico e reabilitação labiríntica. Até o momento, mantém acompanhamento periódico com otorrinolaringologista.

Discussão: A PANA é a perda auditiva que ocorre em menos de 72 horas e revela perda de pelo menos 30 dB na audiometria. A incidência é de 2-20/100.000 pessoas ao ano. Os sintomas associados são zumbido, vertigem e plenitude auricular. O diagnóstico compreende anamnese, exame físico e exames complementares. Usa-se como primeira linha de tratamento o corticoide, embora sem resultados consistentes.

Comentários finais: Embora pouco prevalente, acreditamos que a possibilidade de hemorragia labiríntica deve ser aventada nos pacientes com fatores de risco, quadro clínico sugestivo e que não têm diagnóstico definitivo.

PRC-182 RESPOSTA AO CORTICOIDE INTRATIMPÂNICO NO TRATAMENTO DA SURDEZ SÚBITA

Cristiane Gonçalves da Silva, Lúcia Joffly, Fernando Andreiuolo Rodrigues, Marcela Machado Parma, Paula Bicudo Mendes Silva

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A surdez súbita corresponde ao início abrupto da perda auditiva, de pelo menos 30dB em no mínimo três frequências consecutivas, podendo ocorrer dentro de 72 horas e é tipicamente unilateral. Implica grande impacto social. A melhoria espontânea ocorre em 32% a 65% dos casos. Sua etiologia é identificada em poucos casos. Há diversos tratamentos propostos; o corticoide via

oral é o mais usado. O uso da injeção de corticoide intratimpânica (IT) tem demonstrado resultados promissores, pode ser usada como tratamento inicial, concomitantemente ao uso do corticoide oral, ou como terapia de resgate, após falha no tratamento com esteroide via oral.

Relato de caso: Neste trabalho relatamos três pacientes tratadas com injeção IT de dexametasona como terapia de resgate para a surdez súbita. A etiologia foi idiopática em dois casos e superposta à otite secretora em um caso, esse último bilateral, totalizando quatro orelhas tratadas. Todas as pacientes eram mulheres e receberam tratamento com prednisona via oral antes de iniciar as aplicações IT de dexametasona 4 mg/mL sob anestesia local, ambulatorialmente. O intervalo entre as doses foi de uma semana. Foi feito controle audiométrico semanal. O critério para encerrar o tratamento foi a estabilização ou pioria dos parâmetros audiométricos em dois exames consecutivos.

Discussão: A audição de nenhuma das pacientes retornou à faixa normal, porém todas as orelhas tratadas apresentaram melhoria, com grande impacto na qualidade de vida. Não ocorreram efeito adverso ou perfuração timpânica persistente pós-aplicação. Não houve decréscimo da audição ou pioria dos sintomas.

Comentários finais: A injeção IT de corticoide mostrou ser uma opção promissora, eficaz e de baixo custo para tratamento dos casos de surdez súbita, porém ainda são necessários mais estudos para determinar a melhor concentração e dose e o melhor momento de aplicação.

PRC-183 SARCOMA DE PARTES MOLES DE LOCALIZAÇÃO INCOMUM

Verônica Rodrigues Silva de Moraes, Ricardo Nasser Lopes, Natália Quinhone Shigematsu, Thiago Augusto Damico, Guilherme Pietrucci Buzatto, Miguel Ângelo Hypolito, Eduardo Tanaka Massuda

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: Sarcomas são um grupo de tumores sólidos raros que se desenvolvem a partir de tecidos mesenquimais e conectivos; o de partes moles é o tipo mais comum (80%), e consistem em tumores que podem se desenvolver em qualquer localização, como extremidades, tórax, abdômen e espaço retroperitoneal, cabeça e pescoço. O diagnóstico e o tratamento de sarcomas de partes moles ainda são um desafio devido à grande heterogeneidade de sintomas e achados histopatológicos.

Apresentação do caso: Paciente feminino, 26 anos, natural de Brasilina de Minas (MG) e procedente de Uberaba (MG), queixava-se de otalgia, otorreia, otorragia e hipoacusia à esquerda havia três meses da entrada. Ao exame físico, apresentava massa que obliterava o conduto auditivo externo à esquerda. Solicitada tomografia computadorizada de ouvidos que evidenciou formação com densidade de partes moles em conduto auditivo externo à esquerda, que abaulava medialmente a membrana timpânica com extensão para mastoide. Havia intensa lise óssea e descontinuidade dos contornos da mastoide com comunicação com a fossa posterior. Na audiometria tonal apresentava perda condutiva moderada à esquerda e limiares auditivos normais à direita. Feita timpanomastoidectomia aberta à esquerda e enviado material para avaliação anatomopatológica. A avaliação histopatológica e imuno-histoquímica revelou neoplasia mesenquimal maligna, mais compatível com fibro-histiocitoma maligno (sarcoma pleomórfico de alto grau) com comprometimento de margens laterais. A paciente fez quimioterapia e radioterapia nos quatro meses seguintes à cirurgia e evoluiu com melhoria completa das queixas e sem sinais de recidiva após sete anos de seguimento.

Discussão: Como o diagnóstico de sarcomas de partes moles é raro e improvável, diagnóstico e tratamento mal conduzidos são comuns na prática clínica, por isso a importância da apresentação deste caso.

Comentários finais: Sarcomas de partes moles são tumores raros de difícil diagnóstico e a divulgação de casos se torna de extrema importância para criação de protocolos de diagnóstico e tratamento.

PRC-184 SCHWANNOMA VESTIBULAR: OS RISCOS CIRÚRGICOS JUSTIFICAM A ESCOLHA PELO TRATAMENTO CONSERVADOR

Daniel Castelo Rocha, Eduardo Bezerra Rocha, Flávia Maria Sousa Castelo, Lucas Freire Castelo, José Victor Lima Figueiredo, Hugo Bandeira Portela, Eduardo Florêncio Queiroz Cunha

Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O schwannoma vestibular (SV) é o tumor mais frequente do ângulo pontocerebelar e se apresenta com surdez súbita (SS) em até 26% dos casos. Na literatura, a maioria dos casos de SS por SV é irreversível.

Apresentação do caso: Paciente, 44 anos, feminino, servidora pública, apresentou hipoacusia súbita e zumbido na orelha direita (OD) havia três dias. Exame otorrinolaringológico (ORL) dentro da normalidade e audiometria tonal com perda sensorioneural moderada em OD. Foi iniciado o tratamento com prednisona 40 mg/dia e ginkgo biloba 160 mg/dia. Solicitada ressonância nuclear magnética (RNM) que revelou lesão sugestiva de SV intrameatal à direita. Paciente retorna, após duas semanas, sem queixas, e o BERA sem lesão retrococlear. Nova audiometria em 17 dias com limiares dentro da normalidade. Após 11 meses, paciente apresenta nova SS moderada em OD, nova RNM mostra lesão inalterada e audiometria com limiares normais. Após seis meses, paciente sem queixas e sem alterações na audiometria.

Discussão: O relato exposto fomenta a discussão sobre a melhor abordagem terapêutica a ser instituída: a cirúrgica ou a expectante. Considerando que a paciente está assintomática e o crescimento do tumor pode ser lento, alguns defendem a conduta expectante. No entanto, deve-se considerar que o crescimento tumoral ainda é possível e a cirurgia, mesmo em estado inicial, em um paciente assintomático, pode ser uma boa opção, pois, em uma situação mais avançada, pode ser inevitável e com mais risco de complicações.

Comentários finais: Embora a paciente em questão não tenha contraindicações para a cirurgia, e novas técnicas cirúrgicas tenham diminuído as complicações, é importante considerar o crescimento tumoral e a sintomatologia da paciente para indicar a exérese do tumor. Ademais, torna-se imprescindível o diagnóstico precoce do SV como causa de surdez súbita, a fim de estabelecer a melhor estratégia terapêutica.

PRC-185 SCHWANNOMA VESTIBULAR: RELATO DE CASO

Thamiris Cristina Santos Lopes, Eduardo Oliveira Machado da Silva, Rosane Siciliano Machado, Gabriela Oliveira Monteiro, Natashi Nizzo, Lícia Oliveira Resende, Luiza de Souza Mello

Hospital Central da Polícia Militar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Relataremos um caso de schwannoma do nervo vestibulococlear em paciente jovem com evolução progressiva de aproximadamente 12 anos.

Apresentação do caso: F.J.P.P.N., sexo masculino, 30 anos, iniciou quadro súbito de zumbido, plenitude auricular e hipoacusia à direita. Sete anos depois, passou a apresentar vertigem, cefaleia e perda de equilíbrio progressiva. Após dois anos, fez audiometria, que evidenciou perda auditiva neurosensorial moderada à direita que não foi investigada. Evoluiu em dois anos com paralisia facial à

direita. No ano seguinte, fez RNM de crânio que evidenciou schwannoma vestibular no ângulo ponto cerebelar à direita e media em seu maior diâmetro 4,9 cm. Fez cirurgia com retirada parcial do tumor, apresentou fistula líquórica rinogênica com resolução em 15 dias. Permanece com sequelas de perda auditiva e paralisia facial direita e com radiocirurgia programada.

Discussão: O schwannoma vestibular (neurinoma do acústico) é o tumor mais frequente do ângulo pontocerebelar e corresponde a aproximadamente 9% dos tumores intracranianos. Estudo dinâmico verificou incidência de cerca de 200 casos a cada milhão de habitantes por ano. Na maioria das vezes os sintomas iniciais são otoneurológicos, disacusia neurosensorial unilateral progressiva, zumbido e vertigem são as primeiras queixas. Quando atinge dimensões maiores, pode acometer também o nervo facial, nervo trigêmeo ou apresentar manifestações neurológicas centrais. Os exames fundamentais são potencial evocado auditivo de tronco encefálico e RNM.

Comentários finais: Em pacientes com queixa de zumbido, hipoacusia unilateral e vertigem súbitas, deve entrar como diagnóstico diferencial schwannoma vestibular, é indispensável fazer exame de imagem, preferencialmente RNM.

PRC-186 SÍNDROME DE GUSHER PÓS-ESTAPEDECTOMIA: RELATO DE DOIS CASOS

Alda Linhares de Freitas Borges, Valéria Barcelos Daher, Hugo Válder Lisboa Ramos, Claudiney Cândido Costa, Edson Júnior de Melo Fernandes, Marina Neves Rebouças, André Valadares Siqueira

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: O gusher perilinfático (GP) é uma rara complicação da cirurgia estapédica. Consiste em saída maciça de perilinfa após platinotomia ou platinectomia. Esse fluxo corresponde a líquido cefalorraquidiano (LCR). Relatamos dois casos de GP durante estapedectomias e discutimos a evolução com pioria da acuidade auditiva.

Apresentação do caso: Pacientes jovens adultas, sexo feminino, com história de hipoacusia bilateral de longa data e com audiogramas característicos de otosclerose, uma submetida a estapedectomia bilateral e outra a procedimento cirúrgico na orelha direita. A paciente que se submeteu a duas cirurgias apresentou GP apenas na segunda intervenção.

Discussão: O GP é uma complicação temida, uma vez que o fluxo violento de LCR pode arrastar o labirinto membranoso e resultar em cofose desse ouvido e em função do risco de meningite. Não há fatores preditivos que permitam prever com certeza um GP no pré-operatório. GP durante estapedectomia é de mais difícil controle intraoperatório.

Comentários finais: O GP é uma complicação imprevisível das cirurgias estapédicas, felizmente rara. O controle do fluxo perilinfático inclui selagem da janela oval, se possível com colocação de prótese e métodos que permitam diminuir a pressão do LCR. Os resultados funcionais são variáveis, a pioria auditiva é mais observada em casos de estapedectomia.

PRC-187 SÍNDROME DE SUSAC: RELATO DE CASO

José Eduardo Esposito Almeida, Sarah Cristina Beirith, Patrícia Ciminelli Linhares Pinto, Flávia Varela Capone, Rubem Brito Amazonas Lamar, Lucas Ferreira Rocha, Cássio Coelho Aguiar

Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Síndrome de Susac (SS) ou vasculopatia retinococlear é caracterizada pela tríade encefalopatia, perda neurosensorial e

alterações visuais. O objetivo é relatar o caso de uma paciente com suspeita de SS e avaliação de hipocusia.

Apresentação do caso: 41 anos, feminina, há um ano apresentou cefaleia e déficit visual bilateral. Evoluiu com parestesia e fraqueza em dimídio esquerdo, sem alterações tomográficas. Posteriormente apresentou hipoacusia e tetraparesia. Ressonância magnética (RNM) de crânio: múltiplas lesões, hipersinal em T2 e FLAIR sem captação de contraste em substância branca. Exame físico otorrinolaringológico normal. Audiometria (AT): perda neurossensorial bilateral, assimétrica, leve a moderada no ouvido direito (OD) e severa no ouvido esquerdo (OE), timpanometria tipo A e reflexo estapediano presente em OD e ausente em OE. Potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE): ondas I, III e V com latências absolutas e interpicas em OD e ausência de ondas e presença de microfonismo coclear em OE. Potencial evocado auditivo de estado estável (PEAEE): OD - limiares de 20dB em frequências de 2000 e 4000 Hz e OE - limiares de 70 dB em 1000 e 2000 Hz. Optou-se por acompanhamento trimestral com audiometria seriada; aguarda-se estabilização para protetização.

Discussão: SS é uma doença rara, provavelmente autoimune. Evolui com ataques recorrentes e autolimitados, envolve um ou mais componentes da tríade. Ocorrem microinfartos cocleares, de arteríolas da retina e cérebro por vasculopatia não inflamatória. Hipoacusia neurossensorial, bilateral, assimétrica, aguda, irreversível em sua maioria, pode ser sintoma inicial e associar-se a alterações vestibulares. Ocorre comprometimento das baixas frequências, o que sugere microinfartos em ápice da cóclea. PEATE, PEAEE e exames de imagem do encéfalo são fundamentais para diagnóstico.

Comentários finais: SS deve ser conhecida por otorrinolaringologistas, neurologistas e oftalmologistas, para que o diagnóstico seja precoce e a abordagem terapêutica, conjunta.

PRC-188 SÍNDROME DE USHER: RELATO DE CASO

Caroline Fernandes Rimoli, Norimar Hernandez Dias, Regina Helena Garcia Martins, Lucas Spina, Elaine Lara Mendes Tavares, Eliane Chaves Jorge, João Celso Garcia Cruvinel

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: A síndrome de Usher (SU) é uma doença hereditária autossômica recessiva, caracterizada por graus variados de perda auditiva neurossensorial e retinose pigmentar. O diagnóstico é feito pela história clínica, audiometria e eletrorretinografia. Estudo genético não é feito rotineiramente. O objetivo deste relato de caso é atentar para diagnóstico diferencial da surdez, o qual, muitas vezes, é considerado isoladamente, mesmo diante de manifestações síndromicas bem estabelecidas.

Apresentação do caso: O.C., masculino, 68 anos, apresentava déficit visual em ambos os olhos havia 10 anos, com diagnóstico de retinose pigmentar; fundoscopia revelou disco óptico pálido, espículas ósseas e atenuação vascular. Evoluiu com hipoacusia bilateral progressiva e zumbido, mas sem tontura. Exame otorrinolaringológico normal. Audiometria: perda neurossensorial descendente moderada bilateral.

Discussão: As manifestações clínicas da SU compreendem perda auditiva neurossensorial bilateral simétrica, com ou sem disfunção vestibular; cegueira noturna; diminuição do campo visual periférico, com evolução para déficit visual central. São descritos três subtipos clínicos distintos. Tipo I: perda auditiva neurossensorial congênita profunda; Tipo II: surdez congênita moderada a severa; Tipo III: surdez progressiva. Nos EUA, estima-se que a SU acometa de 3 a 6% das crianças com surdez neurossensorial congênita. Em geral, a identificação da síndrome ocorre com o aparecimento da retinose pigmentar. Dessa forma, não raro, como a hipoacusia é de surgimento prévio, o diagnóstico pode ser de surdez não genética.

No caso relatado, sucedeu-se o contrário, com diagnóstico adequado assim que identificada a perda auditiva.

Comentários finais: O diagnóstico correto da SU é importante, principalmente em relação à possibilidade de aconselhamento genético e ao tratamento conjunto das desordens. Muitas vezes há dissociação dos sintomas, sem a identificação adequada da síndrome, a qual tem diagnóstico subestimado. Assim, incluir a SU no diagnóstico diferencial da surdez neurossensorial com acometimento visual é de extrema relevância para seguimento apropriado do paciente.

PRC-189 SÍNDROME DE WAARDENBERG TIPO II: RELATO DE CASO

Érica Cristina Campos e Santos, Matheus Freitas Leite, Natália Maria Couto Bem Mendonça, Lucas Soares Passos Guimarães, Milton Pamponet da Cunha Moura, Sandro de Menezes Santos Torres, Washington Luiz de Cerqueira Almeida

Hospital Otorrinos, Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: A síndrome de Waardenburg (SW) foi descrita inicialmente por P.J. Waardenburg. O mesmo autor estima que a incidência dessa síndrome seja de 1,43% dos pacientes portadores de surdez congênita. A SW apresenta espectro variável sob quatro formas clínicas. O diagnóstico da SW é clínico a partir de critérios diagnósticos estabelecidos por Farrer et al. em 1992. O prognóstico auditivo dos portadores de SW depende da presença de comorbidades como atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e intervenção educacional adequada.

Relato do caso: J.P.C.S., dois anos, masculino, acompanhado de sua avó, que referia hipoacusia. Ao exame: inspeção de face: íris direita hipopigmentada de coloração azul clara, íris esquerda normopigmentada. Otoscopia: CAEs púrvos, sem lesões, membranas timpânicas íntegras, translúcidas, triângulos luminosos presentes. Manchas café com leite em abdome. Foram solicitadas emissões otoacústicas, BERA e tomografia computadorizada de ouvidos, com os seguintes resultados: EOA: ausentes bilateralmente; BERA: ausência de onda I; TC de ouvido: displasia dos canais semicirculares e do vestibulo bilateralmente, conteúdo amorfo nos condutos auditivos externos. O paciente foi encaminhado para reabilitação auditiva e segue em acompanhamento em nosso serviço.

Discussão: O paciente em questão apresenta os seguintes critérios maiores: perda auditiva sensorioneural congênita, heterocromia de íris e parente de primeiro grau afetado; está estabelecido claro diagnóstico clínico por três critérios maiores. O diagnóstico precoce permite intervenção audiológica eficiente com uso de implantes cocleares, bem como prognóstico excelente com reabilitação auditiva.

Comentários finais: A síndrome de Waardenburg é moléstia rara e de grande importância, particularmente na população pediátrica, visto que a intervenção precoce tem grande impacto na qualidade de vida do paciente.

PRC-190 SURDEZ EM CRIANÇA COM OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

Marcus Vinicius Duarte Costa, Leandro José Almeida Amaro, Isabel Cristina Neves de Souza, Talles Costa de Carvalho, Jéssica Ramos Tavares, Fabrício Leocádio Rodrigues de Sousa, Guilherme Silva Machado

Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém, PA, Brasil

Introdução: A osteogênese imperfeita (OI) é uma doença genética rara que afeta o tecido conjuntivo. Tem uma incidência de um em cada 10.000-20.000 nascimentos. O quadro clínico caracteriza-se por fragilidade óssea, acompanhada de escleróticas azuis, dentinogênese imperfeita, baixa estatura e hipoacusia. Em torno de 50%

dos pacientes há perda auditiva significativa; pode ser uma perda auditiva condutiva, neurossensorial ou mista.

Apresentação do caso: V.S.D.O., quatro anos, foi levado ao oftalmologista devido à coloração azulada da esclerótica. Foi então encaminhado ao reumatologista e ao geneticista, que tiveram como principal hipótese diagnóstica OI. A avaliação otorrinolaringológica apresentou otoscopia normal e o BERA com alterações compatíveis com perda condutiva moderada e está em uso de AASI com boa adaptação.

Discussão: A OI configura-se por mutações genéticas que ocasionam a deficiência na produção de colágeno tipo I. Esse colágeno é a proteína mais abundante no osso, responsável por 90% do colágeno do corpo. Os pacientes afetados pela OI apresentam expressão clínica variada a depender do tipo da doença, e normalmente se manifesta com hipoacusia bilateral com início entre a primeira e a quarta décadas de vida. Estudos demonstram que 5% das crianças testadas apresentam uma perda de audição de 20dB. Neste caso, o paciente apresentava hipoacusia condutiva moderada com apenas quatro anos e foi considerada uma apresentação precoce.

Comentários finais: Desde o nascimento, a criança com OI encontra limitações, portanto deve ser estimulada para alcançar o desenvolvimento intelectual. A hipoacusia na infância traz prejuízos imensuráveis no desenvolvimento global do ser humano; deve ser prontamente diagnosticada e tratada adequadamente, para minimizar as repercussões negativas inerentes a ela.

PRC-191 SURDEZ SÚBITA BILATERAL: RELATO DE CASO

Rafaela Ximenes Almeida, Pedro de Oliveira Cavalcanti Filho, Pedro Guilherme Barbalho Cavalcanti, Luís Eduardo Barros Pereira Pinto, Renato Taumaturgo Dias Correia, Ianna Radace Santiago de Araújo Vila, Aline Costa de Oliveira Cavalcanti

Clínica Pedro Cavalcanti, Natal, RN, Brasil

Introdução: A surdez súbita bilateral é uma entidade rara. Perda auditiva abrupta ou rapidamente progressiva, no decorrer de minutos a dias, por comprometimento de ambos os ouvidos internos e/ou vias acústicas centrais, de intensidade e frequências variáveis. O acometimento em geral é unilateral e raramente bilateral (4%).

Apresentação do caso: D.D.A.F., feminino, 55 anos, iniciou quadro de surdez bilateral ao acordar. Audiometria/imitanciometria apresentou perda auditiva sensorioneural bilateral leve a severa em OD (68,3dB), perda auditiva mista moderada a profunda em OE (78,3dB) e curva A bilateralmente. Iniciou-se corticoterapia por via oral (60mg/dia), associada a citoneurim. Repetiu audiometria após tratamento, que mostrou discreta melhoria, persistiu com surdez bilateral. Devido ao insucesso do tratamento sistêmico, a paciente foi submetida à infiltração de corticoide intratimpânico. Desde então, referiu melhoria gradativa da audição, evidenciada em nova audiometria 11 dias após infiltração: perda auditiva neurossensorial leve (33,3 dB) em OD e perda auditiva mista moderada (55 dB) em OE.

Discussão: A surdez súbita bilateral é um episódio agudo de deficiência auditiva com instalação repentina em ambos os ouvidos, varia de segundos a dias. O acometimento em geral é unilateral e raramente bilateral. Surdez sensorioneural, causada por patologia dos receptores periféricos e/ou vias acústicas centrais. Trata-se de uma entidade de etiologia variada e discutida, que se instala subitamente em um indivíduo de audição normal. Tem como sintomas principais: diminuição de audição, zumbido, vertigem, sensação de pressão nos ouvidos. O tratamento consiste em elevadas doses de esteroides por via oral; deve ser iniciado dentro das primeiras duas semanas após o início do quadro. Se não houver melhoria em uma semana, o tratamento com esteroides é administrado intratimpanicamente.

Comentários finais: Por se tratar de patologia rara, novos estudos devem ser feitos para maior conhecimento acerca da doença, principalmente em relação à etiologia.

PRC-192 TIMPANOPLASTIA EM PACIENTE COM ANACUSIA CONTRALATERAL POR SCHWANNOMA VESTIBULAR

Sinval Pereira dos Santos, Cheng T-Ping, Danilo Martins Souza, Thais Camporez Pimentel, Alessandra Pereira dos Santos, Marina Gomes Siqueira, Loyane Lisieux Bronzon Vasconcelos

Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A perfuração timpânica geralmente se manifesta com hipoacusia condutiva e otorreia, e o tratamento de escolha é a timpanoplastia. O schwannoma vestibular é uma neoplasia benigna localizada no conduto auditivo interno e/ou ângulo ponto-cerebelar, tipicamente unilateral, que evolui com hipoacusia sensorioneural unilateral. O tratamento diante da coexistência dessas doenças em orelhas diferentes requer otorrinolaringologista experiente e que o paciente seja muito bem esclarecido dos riscos e benefícios.

Apresentação do caso: Mulher, 47 anos, apresentava perfuração timpânica, otorreias de repetição e hipoacusia condutiva à esquerda e anacusia na orelha direita. TC de osso temporal: perfuração timpânica à esquerda e schwannoma vestibular à direita. O caso foi discutido com a paciente e decidiu-se pela timpanoplastia, apesar da anacusia contralateral. A timpanoplastia ocorreu sem complicações e no sexto mês pós-operatório o tímpano estava íntegro e a sensação auditiva melhorada.

Discussão: O schwannoma vestibular é um tumor benigno cujo principal sintoma é a hipoacusia sensorioneural. A avaliação consiste no exame clínico detalhado, exames de imagem e audiológicos. A conduta, expectante ou cirúrgica, depende da idade do paciente, da presença de sintomas, do tamanho e do ritmo de crescimento do tumor. A perfuração timpânica geralmente evolui com otorreia e hipoacusia condutiva, cujo tratamento de escolha é a timpanoplastia. Uma das complicações possíveis da timpanoplastia é a pioria auditiva pós-operatória, que pode ser decorrente de acidente cirúrgico ou pelas condições da orelha média. A anacusia contralateral é uma contra-indicação relativa para esse procedimento cirúrgico, porém os riscos podem ser minimizados quando feita por cirurgião experiente.

Comentários finais: A anacusia contralateral não é uma contra-indicação absoluta para timpanoplastia. O paciente deve ser muito bem esclarecido dos benefícios e riscos para decidir a conduta em conjunto com o médico. Nessa situação, o cirurgião deve ser experiente para evitar ou minimizar danos intraoperatórios que possam piorar a situação auditiva.

PRC-193 TRATAMENTO DO COLESTEATOMA: ATICOTOMIA E FECHAMENTO DO ADITUS

Sinval Pereira dos Santos, Sérgio Edriane Rezende, Camila Jeber Garcia, Thais Camporez Pimentel, Mariana Gomes Siqueira

Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O tratamento do colesteatoma é geralmente cirúrgico e dividido em duas técnicas: aberta, que garante bom controle da remoção do colesteatoma, mas facilita o desenvolvimento de infecções e granulações no ouvido, com restrições ao contato com a água; e fechada, que permite o contato com a água, porém apresenta maior taxa de recidivas. O objetivo deste trabalho é mostrar uma nova técnica cirúrgica para o tratamento do colesteatoma, que consiste na exposição do ático e no fechamento do aditus e antro.

Apresentação do caso: A via de acesso é retroauricular. É feita incisão na pele do CAE, porção posterior e superior. Faz-se aticotomia ampla, até o teto, por dentro do CAE. Expõe-se o ático e remove-se o colesteatoma e também a cabeça do martelo e o resto da bigorna. Remove-se fragmento de osso da cortical da mastoide e enxerto de subcutâneo. Coleta-se pó de osso da cortical da mastoide, sem células. Faz-se uma antrotomia ampla, até a ponta, conserva-se a parede posterior do conduto. Retira-se o colesteatoma do antro posteriormente, veda-se o aditus com o enxerto ósseo e o de subcutâneo, repara-se o excesso no ático com vedação total com pó de osso coletado. Coloca-se um enxerto de fásia temporal no ático e reposiciona-se a pele no CAE, que é rodada para cima do enxerto.

Discussão: A técnica descrita está sendo aplicada para tratamento de OMC colesteatomatosa, quando o colesteatoma primário e mastoide é grande e bem pneumatizado. As vantagens sobre demais técnicas: cicatrização rápida, cavidade menor, não ocorre recidiva do colesteatoma para o ático, não há necessidade de fazer meato-plastia, fica com uma estética preservada e facilita a adaptação do molde de possível prótese auditiva.

Comentários finais: Essa técnica é uma ótima opção para o tratamento do colesteatoma primário adquirido e reduz as chances das complicações das técnicas aberta e fechada.

PRC-194 TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DO OSSO TEMPORAL DIREITO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Aline Saraiva Martins, Yuri Neyson Ferreira Brito, Willian da Silva Lopes, Raphael Oliveira Correia, Felipe Cordeiro Gondim de Paiva, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Sandro Barros Coelho

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O tumor de células gigantes (TCG) é uma neoplasia óssea primária incomum que geralmente ocorre nos ossos longos; é incomum no crânio, surge geralmente no esfenoide e no osso temporal. O TCG é um tumor benigno, mas localmente agressivo com tendência à recorrência local, e a transformação maligna é relatada em 5 a 10% dos casos.

Apresentação do caso: Paciente, sexo feminino, 40 anos, com queixa de hipoacusia progressiva e zumbido à esquerda com evolução de seis meses, associados a abaulamento doloroso da região temporal esquerda. Ao exame físico observou-se na otoscopia à esquerda estenose de conduto auditivo com abaulamento da porção superior. Fez tomografia computadorizada, que evidenciou volumosa massa de aspecto neoplásico que comprometia mastoide e ouvido externo à esquerda, media $3,6 \times 2,7 \times 2,1$ cm, com padrão lítico, insuflativo e destrutivo. A paciente foi submetida à biópsia incisional com laudo histopatológico compatível com tumor de células gílgantes e exame de imuno-histoquímica com padrão de lesão fibro-histiocitária.

Discussão: Os TCG surgem comumente na porção petrosada do osso temporal, já que a gênese de tumor ocorre no osso endocondral, em vez de intramembranoso. Eles são mais comuns em adultos jovens do sexo feminino de 25 e 40 anos. Perda de audição, dor e paralisia do nervo cranial do nervo facial são os sintomas mais comuns. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica; a radioterapia é uma opção para lesões recorrentes ou no caso de alto risco cirúrgico.

Comentários finais: Apesar de lesões benignas e raras no osso temporal, os TCG devem ser submetidos a procedimento cirúrgicos amplos com intenção curativa, como, por exemplo, a temporalectomia, um procedimento radical que pode levar a sequelas como paralisia facial e anacusia, complicações que podem afetar a qualidade de vida do paciente no pós-operatório.

PRC-195 TUMOR DE SACO ENDOLINFÁTICO E ASSOCIAÇÃO COM DOENÇA DE VON HIPPEL-LINDAU

Thiago Luís Infanger Serrano, Mariana Dalbo Contrera Toro, Alexandre Caixeta Guimarães, Arthur Menino Castilho, Walter Adriano Bianchini, Vagner Antônio Rodrigues Silva, Agrício Nubiato Crespo

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: Tumor de saco endolinfático (TSEL) é um tumor raro do osso temporal com apenas 200 casos descritos na literatura e incidência desconhecida. São tumores de crescimento lento, com sintomatologia variada, podem se manifestar com surdez súbita até quadros que mimetizam a síndrome de Ménière. Na doença de von Hippel-Lindau (VHL) está frequentemente associado a outros tumores, com apresentação bilateral em 7% dos casos.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino com 70 anos atendida no ambulatório de otorrinolaringologia de um hospital terciário por queixa de hipoacusia progressiva na orelha direita havia dez anos. Apresentava antecedente de hemangioma selar, múltiplos hemangiomas em olho, além de pancreatite crônica, cistos renais e pancreáticos. A otoscopia da orelha direita mostrava conteúdo arroxeadado em caixa média, retrotimpânico, com membrana timpânica íntegra e cadeia ossicular aparentemente preservada. A tomografia mostrou lesão lítica em topografia de mastoide e osso petroso à direita com comprometimento do conduto auditivo interno e cóclea adjacente. A ressonância de crânio identificou lesão expansiva da cisterna do ângulo ponto cerebelar.

Discussão: TSEL são raros; os casos esporádicos são mais comuns do que os associados à VHL. Essa é uma doença autossômica dominante com alta penetrância e expressão variável, caracterizada pelo desenvolvimento de tumores benignos e malignos. Não há predomínio entre sexos entre os casos esporádicos, porém há uma predominância feminina de 2:1 nos casos de tumores associados à VHL. A faixa etária para diagnóstico está entre a quinta e a sexta décadas de vida, porém é mais precoce nos casos de associação com a síndrome, com idade média de 31,3 anos.

Comentários finais: Descreve-se este caso para mostrar as manifestações e o seguimento proposto. Frente a um paciente com diagnóstico de VHL, preconiza-se o seguimento multidisciplinar para acompanhamento holístico do paciente e possibilidade de diagnóstico precoce de tumores, que reduz a morbidade cirúrgica.

PRC-196 TUMORES GLÔMICOS MÚLTIPLOS: RELATO DE CASO

Fernanda Alves Guimarães, Natalya de Andrade Bezerra, Lucas Osanan Andrade Sousa, Carolina Cavalcante Dantas, Erika Mucciolo Cabernite, Majorie Cristine Agnoletto, Felipe Costa Neiva

Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Tumores glômicos ou paragangliomas são raros, acometem diversas partes do corpo, porém são mais frequentes em cabeça e pescoço, compreendem 0,6% das neoplasias dessa região. Originam-se da crista neural, são hipervascularizados, geralmente benignos, de crescimento lento e denominados de acordo com a origem em glomus timpânico, jugular, vagal ou carotídeo. Podem ser esporádicos, mais comumente, ou familiares, em 7-9% dos casos. Geralmente únicos, são múltiplos em 10% dos casos esporádicos e 50% dos casos familiares. Este trabalho relata um caso de paciente com múltiplos paragangliomas.

Apresentação do caso: I.A.B., 52 anos, feminino, abaulamento cervical de crescimento lento à esquerda e hipoacusia e zumbido pulsátil à direita havia nove anos. Exame físico mostrou nodulação cervical esquerda e lesão arredondada avermelhada pulsátil retrotimpânica à direita. Ultrassonografia evidenciou nódulos cervicais bilaterais, com achados sugestivos de paraganglioma à punção. Após outros exames de imagem, fechou-se diagnóstico

de paraganglioma carotídeo bilateral e jugulotimpânico à direita. Paciente em acompanhamento com equipes de otologia e cirurgia de cabeça e pescoço, optou-se por conduta expectante devido aos diversos tumores.

Discussão: Paragangliomas são incomuns, principalmente quando múltiplos. O quadro clínico depende da localização e do tamanho dos tumores. O diagnóstico baseia-se na clínica sugestiva associada a achados de exames de imagem. Biópsia pré-operatória é contraindicada. Schwannoma representa o principal diagnóstico diferencial. O tratamento deve ser individualizado conforme idade, tamanho, comorbidades, estruturas vasculares envolvidas, sintomatologia e número de tumores. Cirurgia é opção com perspectiva curativa, com ressecção completa do tumor, deve ser considerada, se possível. Radioterapia pode ser indicada, paliativamente, assim como observação clínica. O sucesso do tratamento depende do diagnóstico precoce.

Comentários finais: Apesar de raros, os paragangliomas devem ser considerados no diagnóstico diferencial de tumores cervicais e de orelha média. Quando diagnosticados, investigar possível multiplicidade, que, apesar de incomum, pode definir o tratamento escolhido.

PRC-197 TUMORES GLÔMICOS: SÉRIE DE CASOS

Syriaco Atherino Kotzias, Carlos Alberto Kuntz Nazário, Lourenço Sabo Müller, Leticia Chueiri, Mariana Manzoni Seerig

Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: Tumores glômicos originam-se no sistema de paragânglios do osso temporal e consistem de células epiteliais residuais amplamente vascularizadas.

Relato de caso: Nos casos 1 a 5, com idade média de 47 anos, todos do sexo feminino, havia queixa de zumbido pulsátil e hipoacusia, à esquerda, nos três primeiros casos, e à direita, nos dois últimos. Otoscopia revelou massa retrotimpânica pulsátil e avermelhada. No caso 1, solicitadas audiometria e imitanciometria (A+I), tomografia computadorizada de ossos temporais com contraste (TCOT) e arteriografia digital (AD). Nos casos 2, 3, 4 e 5, solicitados A+I, TCOT e ressonância magnética de crânio (RMC). A abordagem dos quatro primeiros casos foi transcanalicular, com exérese total de glomus timpânico. No caso 5, diagnóstico de glomus jugulotimpânico à direita, com exérese via mastóide e cervical com embolização pré-operatória. Todas as pacientes encontram-se assintomáticas. No caso 6, feminino, 39 anos, queixa de otorreia e hipoacusia na orelha esquerda. Apresentava paralisia facial periférica (PFP) à esquerda e massa polipoide em meato acústico externo (MAE). Solicitados TCOT, RMC e A+I, que evidenciaram glomus timpânico. Abordagem cirúrgica via mastoide-recesso facial estendido. Pós-operatório sem complicações e com resolução da PFP. No caso 7, masculino, 43 anos, história de hipoacusia, otorreia e zumbido pulsátil na orelha direita. Otoscopia com tumoração em MAE. Solicitados A+I, TCOT, RMC e AD. Diagnóstico de tumor jugulotimpânico com embolização pré-operatória. Exérese via mastoide-pescoço com remoção subtotal. Evoluiu com paresia facial direita, com resolução em uma semana, paralisia de prega vocal direita e envolvimento de nervo acessório. Encontra-se bem, exceto pela paralisia de prega vocal e pela hipoacusia mista à direita.

Discussão: Manifestações clínicas de zumbido pulsátil e hipoacusia progressiva são comuns. Podem-se encontrar vertigem, otorragia, paresia do VII-XII, dor, hipertensão arterial, diarreia, taquicardia e rubor facial. Exames de imagem e audiometria são úteis na avaliação.

Considerações finais: O sucesso cirúrgico depende de diagnóstico precoce, terapêutica correta e experiência do cirurgião.

PRC-198 VÍRUS VARICELA-ZOSTER (VVZ) CAUSANDO SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT E ENCEFALITE HERPÉTICA

Daniela de Souza Formigoni, Bruno Takegawa, Laís Lourenção Garcia da Cunha, Bárbara Renna Pavin, Carlos Eduardo Borges Rezende, Priscila Bogar

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

Introdução: O vírus varicela-zoster, quando reativado, pode causar diversas manifestações, entre elas a síndrome de Ramsay-Hunt e a encefalite herpética. A primeira é caracterizada por otalgia, paralisia facial periférica, vesículas em pavilhão auditivo, pode cursar com hipoacusia e tontura. A segunda é uma inflamação aguda do sistema nervoso central, associada a alta morbidade e mortalidade.

Apresentação do caso: Paciente feminino, 74 anos, referiu episódios de náuseas, vômitos e vertigem, seguidos de hipoacusia à direita havia três semanas. Aparecimento de vesículas em pavilhão auricular direito e paresia dos membros inferiores havia uma semana. Evoluiu com desvio da rima labial contralateral, cefaleia e pioria da hipoacusia e da vertigem e procurou atendimento médico. Antecedentes: hipertensa e diabética, anacúsica (SIC) esquerda prévia. Exame físico: House-Brackman 2, lesões crostosas no pavilhão auricular direito. Aventou-se a hipótese de síndrome de Ramsay-Hunt, foi internada para uso de aciclovir por 14 dias e hidrocortisona endovenosa. Audiometria na internação: OD: perda neurosensorial severa a profunda e OE: perda mista severa a profunda. Apresentou melhora das lesões vesiculares, porém pioria do quadro de vertigem acompanhada de confusão mental, vômitos e sonolência, compensados com diazepam e ondansetrona. Feita punção líquórica, com achados sugestivos de meningite viral; tomografia e ressonância de crânio com contraste: hipersinal ao redor dos ventrículos e espaços encefálicos em focos esparsos. Após 14 dias de internação apresentou melhora importante das queixas, com exceção da audição, e recebeu alta.

Discussão: A reativação da varicela-zoster pode causar herpes zoster otológico, em especial em idosos e imunossuprimidos, pode se estender pelos VII e VIII pares cranianos e até o encéfalo simultaneamente.

Comentários finais: Reconhecer os sinais e sintomas das diversas doenças causadas pelo vírus varicela-zoster é imprescindível para um tratamento adequado e para melhor evolução do caso.

Área Temática: Outros

PRC-199 ABSCESSO PERAMIGDALIANO BILATERAL - RELATO DE CASO

Melina Pinillos Marambaia, Ivo Bussoloti Filho, Ewerton Mariz da Costa Rozendo, Gean Babichak Aguiar Pereira, Jamile Lopes Souza, Ivan Taylor Ribeiro

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Abscesso periamigdaliano é uma complicação comum da amigdalite aguda, mas sua apresentação bilateral é rara. Sua incidência geral é de 4,9%. O diagnóstico precoce se faz necessário pelo risco de comprometimento parafaríngeo, cervical e até mediastino, além do risco de obstrução de via aérea superior.

Relato de caso: C.L.F., masculino, 24 anos, havia sete dias com IVAS, evoluiu havia quatro dias com odinofagia, dificuldade para fechar a boca, dispneia de repouso, vômitos e disfagia para sólidos e líquidos. Negou amigdalites de repetição. Ao exame: regular estado geral, "voz de batata quente", sem alterações cervicais de mobilidade ou abaulamentos. Oroscoopia: abaulamento de palato

bilateral, sem ponto de flutuação, úvula em posição mediana, com edema importante. Amígdalas grau IV, sem exsudato e rechaçadas para medial bilateral. Ausência de trismo. Tomografia de pescoço: abscesso periamigdaliano bilateral, sem outras complicações. Feitas antibioticoterapia endovenosa e amigdalectomia imediata.

Discussão: Amigdalite exsudativa é o passo inicial e por coalescência do pus intracapsular e supuração na fossa peritonsilar forma-se o abscesso. Como a amigdalite geralmente é bilateral, a progressão para abscesso possivelmente ocorre também bilateralmente. O tratamento habitual para essa complicação ainda é incerto. Aqueles que defendem amigdalectomia imediata citam a necessidade de evitar recorrência. Aqueles que defendem apenas drenagem alegam que a taxa de recorrência é insignificante. Neste caso foi feita a amigdalectomia imediata devido à extensão bilateral do abscesso e ao comprometimento da via aérea. As vantagens da amigdalectomia imediata são drenagem total do pus e alívio imediato do trismo e da dor. Tem como vantagem a dificuldade de fazer a intubação, devido ao edema da faringe.

Considerações finais: Abscesso periamigdaliano bilateral tem ocorrência rara. O diagnóstico precoce é essencial para evitar complicações graves. A amigdalectomia imediata é um tratamento curativo que melhora os sintomas e as condições de via aérea e evita a recorrência do processo.

PRC-200 ACOMETIMENTO OTOLÓGICO EM PACIENTES COM GRANULOMATOSE DE WEGENER: RELATO DE DOIS CASOS

Syriaco Atherino Kotzias, Letícia Chueiri, Lourenço Sabo Müller, Mariana Manzoni Seerig, Carlos Alberto Kuntz Nazario

Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: A granulomatose de Wegener é uma vasculite granulomatosa sistêmica idiopática provavelmente de origem autoimune, a qual acomete principalmente vias aéreas inferiores, superiores e trato geniturinário.

Apresentação do caso: *Caso 1:* Paciente do sexo masculino, 43 anos, com quadro de cefaleia, febre, vertigem, paralisia facial periférica à direita, perda auditiva de grau profundo e otite média serosa à esquerda, recebeu tratamento hospitalar com ceftriaxona, prednisona e colocação de tubo de ventilação à esquerda. Durante acompanhamento ambulatorial, o ouvido direito iniciou com perda condutiva, levou à suspeição de doença autoimune. Confirmada a positividade do C-ANCA, foi iniciado tratamento com metotrexato e prednisona. À direita ocorreu normalização dos limiares auditivos e o paciente foi encaminhado para colocação de AASI à esquerda. *Caso 2:* Paciente do sexo feminino, 40 anos, com otite média crônica bilateral, mal-estar, febre, náusea, vertigem, atralgias foi internada para investigação, por anemia grave e disfunção renal. Devido à presença de líquido na orelha média direita, foi colocado tubo de ventilação, com melhoria da audição desse lado. A paciente, com C-ANCA positivo, evoluiu com hemorragia pulmonar e necessitou de cuidados em UTI e pulsoterapia com corticoides. Após um mês, recebeu alta com prednisona.

Discussão: O acometimento otorrinolaringológico pela granulomatose de Wegener é muito variável. Do ponto de vista otológico pode acometer orelha externa, média ou interna e causar perda auditiva de condução, neurossensorial ou mista. O anatomopatológico é o padrão-ouro para diagnóstico. Porém, na impossibilidade de coleta, presença clínica sugestiva e sorologia ANCA positiva, a instituição terapêutica empírica deve ser instituída de forma precoce, pois muda o prognóstico dos órgãos acometidos.

Comentários finais: Nestes casos, de forma atípica, a granulomatose de Wegener não atingiu as vias aéreas superiores. O acometimento otológico agressivo, assimétrico e bilateral associado à manifestações sistêmicas deve levar o otorrinolaringologista à suspeitar do diagnóstico.

PRC-201 HISTOPLASMOSE DISSEMINADA EM IMUNOCOMPETENTE

Denis Massatsugu Ueda, Álvaro Ferdinando Scremin, André Toshio Matsuda, Rafael Yoshio Kanashiro, Maurício Pacheco Reis, Paulo de Lima Navarro, Felipe Horst

Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil

Introdução: A histoplasmose disseminada ocorre predominantemente em pacientes imunocomprometidos, porém em raros casos pacientes imunocompetentes também podem evoluir com tal apresentação.

Apresentação do caso: D.M.S, masculino, 48 anos, veio à consulta por quadro de lesões ulcerosas, dolorosas na boca e nariz havia três meses, o qual iniciou em asa do nariz com evolução para septo nasal, língua e mucosa jugal. Associado ao quadro relatava perda ponderal (15 kg), febre baixa, lesões cutâneas. Ao exame físico, placas com crosta melicérica em columela e septo nasal, úlceras em língua, palato, mucosa jugal com fundo granuloso e presença de monilíase associada. Quinto quidodáctilo de mão esquerda com tumoração em leito ungueal. Internado paciente e feitos exames para exclusão de imunodeficiência, rastreio reumatológico, radiografia de tórax, PPD, exame de escarro e biópsia de lesões. Radiografia evidenciou imagem de cavitação em pulmão direito. Pela biópsia de lesões achado compatível com histoplasma. Ausência de demais particularidades em exames complementar, fechou-se o diagnóstico para histoplasmose disseminada. Optou-se por uso de itraconazol e sintomáticos. Paciente segue em acompanhamento com boa resposta clínica.

Discussão: Histoplasmose disseminada é uma doença granulomatosa de acometimento sistêmico cujo agente etiológico é o *Histoplasma capsulatum*. Seu espectro pode variar desde quadros autolimitados até casos graves e de difícil tratamento. Perda de ponderal, hepatoesplenomegalia, ulceração de mucosa e orofaringe, alteração hematimétrica, febre e infecção pulmonar são achados predominantes. Demais sistemas podem ser acometidos. Seu diagnóstico pode ser feito por meio de cultura de escarro, lavado broncoalveolar, aspirado traqueal. Cultura ou biópsia de tecidos acometidos com a aplicação de coloração Grocott ou sorologias também podem ser usadas para auxiliar no diagnóstico. Para intervenção, indica-se o uso de anfotericina-B, itraconazol ou cetoconazol.

Comentários finais: É válido o conhecimento da histoplasmose disseminada, pois o diagnóstico precoce e o tratamento correto influenciam diretamente na sobrevida do paciente.

PRC-202 IMPORTÂNCIA DOS EXAMES DE IMAGEM NO DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DE CORPO ESTRANHO EM FARINGE

Elaine Alves Carneiro, Thaís Pinheiro Gonçalves Vilela, Luciana Miwa Nita Watanabe, Foncieli Fontana, Halina Souza Araújo, Guilherme Antônio Rocha David, Juliana Pontes de Oliveira

Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

Introdução: A avaliação da presença de corpo estranho em faringe pode ter várias abordagens: exame físico em oroscopia e laringoscopia indireta já é capaz de identificar corpos estranhos em região da faringe na maioria dos casos. Porém, muitas vezes são necessários exames mais acurados com a videolaringoscopia, radiografia de laringe ou até mesmo a tomografia computadorizada em casos de intenso edema nessa região, o que pode impossibilitar sua visualização.

Apresentação do caso: Paciente, 50 anos, sexo feminino, teve história de ingestão de peixe e referia sensação de corpo estranho em região de hipofaringe; foi avaliada por otorrinolaringologista logo após fato, esse não visualizou corpo estranho. A partir de então iniciou acompanhamento com médico de unidade básica e

continuou a apresentar sensação de corpo estranho; solicitadas videolaringoscópias, durante seis meses e três exames alterados, apresentou abaulamento em região de hipofaringe. A paciente fez antibioticoterapia com melhora dos sinais e dos sintomas. Porém, diante de tantas avaliações e recidivas do quadro, o médico assistente decidiu encaminhar a paciente ao oncologista e ao otorrinolaringologista, visto que continuava a apresentar sintomas e pensou tratar-se de um quadro neoplásico. Em avaliação com otorrinolaringologista, aventou-se a hipótese de a paciente ainda permanecer com corpo estranho (espinha de peixe); a partir de dados de anamnese e exame físico, foi feita tomografia de pescoço com contraste e confirmada a hipótese diagnóstica. Programada para retirada eletiva do corpo estranho em centro cirúrgico, com resolução completa do caso.

Discussão: O uso de exames de imagem na avaliação de corpos estranhos em trato aerodigestivo não é de rotina; porém, quando bem aplicado, pode evitar conclusões precipitadas acerca de diagnósticos.

Comentários finais: Neste caso, chama a atenção condução do caso, pois o quadro infeccioso recidivante poderia ser conduzido de maneira inadequada e ser interpretado como um processo neoplásico. É importante ressaltar o papel dos exames de imagem na elucidação de quadros como este.

PRC-203 OSTEONECROSE DE MANDÍBULA POR USO DE ÁCIDO ZOLEDRÔNICO: RELATO DE CASO

Elio Bittar Barbosa, Paola Piva Freitas, Thales Eugeni, Thiago Infanger Serrano, Leopoldo Nizam Pfeilsticker, Jorge Rizatto Paschoal

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: A osteonecrose de mandíbula é uma complicação rara, porém clinicamente importante, que pode ocorrer nos paciente submetidos à terapia com bifosfonados. Essa complicação foi descrita em 2003, e desde então novos casos vêm sendo relatados.

Apresentação do caso: Paciente masculino de 70 anos, com carcinoma de próstata com metástase óssea em uso de ácido zoledrônico por sete meses, queixava-se de dor intensa em arcada inferior à esquerda com prejuízo na alimentação. Apresentava massa dolorosa à palpação no corpo da mandíbula e lesão em cavidade oral, com secreção purulenta e exposição óssea. Na tomografia, observa-se esclerose óssea com reação periosteal adjacente. Foi submetido à antibioticoterapia sistêmica endovenosa empírica por 14 dias, seguida por curso via oral durante três meses, com boa evolução. No retorno após três meses, apresentava melhora das queixas e da qualidade de vida.

Discussão: A osteonecrose de mandíbula (ONM) foi inicialmente descrita secundária à exposição ao fósforo branco, à radioterapia e à osteopetrose. Recentemente o uso dos bifosfonados também se associa com essa patologia. São medicamentos que inibem os osteoclastos e são usados no tratamento de metástases ósseas de tumores sólidos, mieloma múltiplo e osteoporose. A ONM representa uma complicação incomum do seu uso, caracteriza-se por exposição de osso alveolar por mais de oito semanas, durante ou após o uso de bifosfonados e sem radioterapia prévia. Associa-se principalmente às formas injetáveis e à manipulação dentária durante o tratamento, com o principal sintoma a dor. O tratamento envolve antibioticoterapia, higiene bucal adequada e procedimentos cirúrgicos, de acordo com os estágios da doença.

Comentários finais: Apesar de uma complicação temida do uso dos bifosfonados, houve grandes avanços no conhecimento da sua fisiopatologia, seu diagnóstico e tratamento. A identificação de fatores de risco permite aos médicos e dentistas o uso de medidas de prevenção que podem reduzir a incidência da complicação.

PRC-204 SÉRIE DE CASOS: INTERVENÇÃO CIRÚRGICA EM PACIENTES COM SINÉQUIA DE PALATO MOLE E PAREDE POSTERIOR DA FARINGE

Maria Clara Motta Barbosa Valente, Reginaldo Melo Filho, Felipe Camilo Santiago Veloso, André Luís Chaves Valente

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió, AL, Brasil

Introdução: A sinéquia (aderência) de palato mole e parede posterior da faringe é uma patologia por vezes encontrada em pós-operatórios de amigdalectomias, bem como decorrente de quadros infecciosos. Ela interfere de modo direto na respiração nasal, impede que o selamento labial e o vedamento pelo contato do dorso da língua com o palato duro ou da base da língua com o palato mole ocorram de modo eficaz. Foram acompanhados quatro pacientes que desenvolveram, após amigdalectomia, sinéquia de palato mole e parede posterior da faringe, apresentaram respiração bucal e alterações estomatognáticas.

Apresentação do caso: Foram acompanhados quatro pacientes que desenvolveram, após amigdalectomia, sinéquia de palato mole e parede posterior da faringe, apresentaram respiração bucal e alterações estomatognáticas. Foi adotado como conduta procedimento cirúrgico com incisão oblíqua no local da aderência, em forma de W com o uso de bisturi elétrico de alta frequência.

Discussão: Ao contrário dos métodos tradicionais, a técnica em W impede o retorno da sinéquia e a fibrose dos tecidos circunvizinhos, conflui para uma respiração nasal adequada dos pacientes. Após a intervenção cirúrgica observou-se uma melhora do quadro sem relatos de recidiva.

Comentários finais: Diante do exposto, justifica-se o uso da técnica em W como método resolutivo para quadros de sinéquia de palato mole e parede posterior da faringe, visto que permite a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, promove o retorno da respiração nasal adequada e exerce um efeito benéfico sobre o sistema estomatognático do paciente.

PRC-205 SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON EM PACIENTE HIV POSITIVO

Sabrina Trindade Fernandes, Priscila Castricini Mendonça Pimentel, Marcelo Nogueira Silva, Felipe Batista Corrêa, Thaise de Albuquerque Fioravante Silvestre, Leonardo de Oliveira Valença, Danielle Cabral Ciafrone

Hospital Central do Exército (HCE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Síndrome de Plummer-Vinson é uma afecção rara, mais comum em mulher branca e de meia-idade. Geralmente definida pela tríade de disfagia cervical, anemia ferropriva e membranas esofágicas. O tratamento abrange reposição de ferro e a necessidade de dilatações esofágicas para ruptura das membranas. É importante o monitoramento endoscópico do esôfago e da faringe sob o risco de surgimento de carcinoma nesses órgãos decorrente da síndrome.

Apresentação do caso: Paciente de 69 anos, feminino, HIV positivo de longa data, com queixa de disfagia progressiva nos últimos sete meses. Ao exame físico apresentou perda ponderal importante, com carência nutricional grave e desidratação. Fez endoscopia digestiva alta com diagnóstico de síndrome de Plummer-Vinson. Também foram solicitadas ressonância magnética e videoesofagografia (estudo fluoroscópico das partes moles cervicais em repouso, apneia, tosse e deglutição) para avaliação da disfagia e progressão da dieta.

Discussão: Este relato de caso visa a discutir diagnóstico, acompanhamento, resolução e possíveis complicações da síndrome de Plummer-Vinson.

Comentários finais: Este relato de caso tem interesse em abordar uma afecção rara, síndrome de Plummer-Vinson, em mulher idosa

e HIV positivo com comorbidades e complicações que tornam difícil o seu manejo.

PRC-206 UM CASO INFREQUENTE DE DISFAGIA: MALFORMAÇÃO VASCULAR GIGANTE COMPROMETENDO FACE, OROFARINGE E LARINGE

Manoela Paiva de Oliveira, Luísi Rabaioli, Alessandra Locatelli Smith, Bruna Letícia Butzke, Alice Lang Silva, Karine Bombardelli, Gabriel Kuhl

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Malformações vasculares (MV) localizam-se na cabeça e no pescoço em 60% dos casos e representam um desafio para o otorrinolaringologista. Predominam na face, mucosa bucal e nos lábios, são infrequentes na orofaringe e laringe. Os sintomas variam conforme o local de apresentação, e são na maioria assintomáticos. O tratamento abrange um espectro de opções conforme tamanho, local e a possibilidade de ressecção das lesões.

Apresentação do caso: Paciente feminina, 53 anos, com malformação arteriovenosa congênita gigante em face, queixava-se de disfagia e dispneia progressiva nos últimos dois anos. Trazia angiorressonância magnética da face que evidenciava enovelado de estruturas tubulares e comprometia o tecido subcutâneo da hemiface esquerda, a língua difusamente, a região cervical e o espaço mastigador, a faringe e o espaço paraglótico esquerdo, com efeito de massa sobre a hipofaringe. Após gadolínio, havia intenso realce da lesão. Ao exame, observava-se abaulamento da face à esquerda, hemangiomas em língua com deformidade significativa e abaulamento em orofaringe à esquerda. Na nasofibrolaringoscopia endoscópica observou-se abaulamento em parede esquerda da rinofaringe, estendia a orofaringe ipsilateral, não obstrutivo, e presença de hemangioma em prega vestibular esquerda, sem redução da luz glótica.

Discussão: MV resultam de uma organização anormal de vasos decorrentes de defeitos no desenvolvimento embriológico e fetal. A história natural é variável conforme o tipo histológico e a forma de apresentação, os quais podem ter um aumento progressivo e tornar-se sintomáticos ou mesmo regredir durante a infância. Os sintomas decorrem da compressão do tumor nos tecidos adjacentes, requerem, como no caso apresentado, tratamento. Esse pode englobar desde a ressecção cirúrgica quando possível e sem risco significativo de sangramento até o uso de medicações e embolização.

Comentários finais: Embora raros, as grandes MV podem ser sintomáticas e determinam um desafio devido ao risco de sangramento e à impossibilidade da abordagem cirúrgica da lesão. A melhor conduta do caso apresentado está sendo discutida juntamente com as equipes da cirurgia vascular e a dermatologia.

Área Temática: Bucofaringologia e Medicina do Sono

PRC-208 ACTINOMICOSE E LINFOMA NÃO HODKING - APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

Jesarela Maria de Souza de Amorim, Lizandra Passini Ferreira, Débora Bressan Pazinato, Igor Bezerra Leal, Renata Malimpensa Knoll, Raimundo Vinícius de Araújo Rego, José Eli Baptistella

Complexo Hospitalar Ouro Verde, Campinas, SP, Brasil

Introdução: Enfatizar diagnóstico diferencial sob aspectos clínicos e radiológicos da actinomicose com linfoma não Hodgking.

Relato de caso: O presente estudo é um relato de caso de actinomicose de amígdala palatina em paciente diagnosticado com linfoma não Hodgking, acompanhado de revisão da literatura dos bancos de dados Medline e Lilacs.

Discussão: Paciente do sexo masculino acompanhado no ambulatório de otorrinolaringologia devido a aumento de amígdala palatina esquerda, com hipermetabolismo ao exame de PET-CT. Concomitantemente, paciente em tratamento para linfoma não Hodgking em amígdala palatina direita. Após amigdalectomia à esquerda e exame anatomopatológico, foi feito o diagnóstico de actinomicose. Paciente encaminhado para acompanhamento com infectologista.

Comentários finais: O diagnóstico diferencial entre actinomicose e linfoma não Hodgking é importante para definir prognóstico e tratamento; evita-se assim a progressão de ambas as patologias.

PRC-209 ANGINA BULLOSA HAEMORRHAGICA IN AN EMERGENCY SERVICE OF OTORHINOLARYNGOLOGY

Marielle Albrechete, Sara Lauriano Rodrigues

Banco de Olhos de Sorocaba (BOS), Hospital de Otorrinolaringologia de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brazil

Angina bullosa haemorrhagica is a rare disorder of unknown etiology characterized by the onset of bullous hemorrhagic content lesions in oral cavity without relationship with vesiculobullous disorders, blood dyscrasias or autoimmune conditions. Most of the times it is not possible to identify the precipitating factor, but it has been associated with local trauma. Other related factors are inhaled corticosteroids and *diabetes mellitus*. This paper presents a case of angina bullosa haemorrhagica in an emergency service of otorhinolaryngology. F.S.C., male, 57 years old, complained of a blemish in the palate like a "balloon with blood in his mouth" (onset two hours before). Denied oral trauma, gingival bleeding or melena. He stated that minutes before the lesion decreased in volume. He reported *diabetes mellitus* and hypertension, denied other comorbidities. The oral examination showed rounded ecchymosis extending from the hard palate to the uvula. Transamin 500mg was prescribed, three times a day, for five days, as well as a diet of cold and pasty food. The patient was advised to return in 60 hours for reassessment. Three days after, the patient was asymptomatic. Oroscopy showed a pink lesion on the palatal mucosa without signs of bulging or bleeding. He was instructed to return in case of recurrence. The importance of this case is due to the extension of the lesion, not previously found in the literature, of a rare disease that had a fast resolution (three days), different to what the literature has shown, which was seven to ten days.

PRC-210 ANGINA DE LUDWIG COMO COMPLICAÇÃO DE PROCEDIMENTO DENTÁRIO

Lorena Cássia de Carvalho Oliveira, Rosana Guimarães Rodrigues Alves, Laryssa Cavalcante Mendes de Andrade, Halina Araújo Souza Rocha, Elaine Alves Carneiro, Thiago Bittencourt Ottoni de Carvalho, Gustavo Bachega Pinheiro

Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

Introdução: A angina de Ludwig é uma celulite frequentemente originada de infecção dentária. Embora incomum, é ainda uma ameaça, pelo seu risco iminente de obstrução de vias aéreas. O tratamento concentra-se na manutenção das vias aéreas, antibiocioterapia precoce, drenagem e eliminação do fator causal.

Apresentação do caso: Paciente diabético, 44 anos, atendido no Pronto-Socorro do Hospital de Base do Distrito Federal, apresenta-

va aumento de volume em região cervical. Após exames clínicos e de imagem, constatou-se que a infecção apresentava origem odontogênica. Durante a internação, foi iniciada clindamicina, tentada drenagem por punção sem sucesso e solicitado parecer para cirurgia geral. Feita cervicotomia exploradora por abscesso cervical, o paciente obteve alta melhorado.

Discussão: É comum a presença de alterações sistêmicas, como *diabetes mellitus*, desnutrição, doenças hepáticas, doenças imunodepressoras e transplante de órgãos em pacientes que desenvolvem angina de Ludwig. A debilidade nas defesas naturais do organismo, provocadas por essas doenças, pode favorecer a disseminação do processo infeccioso a partir do foco de origem. Clinicamente é caracterizada por um aumento volumétrico de consistência firme, doloroso e difuso que promove a elevação do assoalho bucal e o deslocamento posterossuperior da língua, pode ocasionar a obstrução das vias aéreas superiores. O uso de antibioticoterapia de amplo espectro de ação é primordial na fase inicial do tratamento. A drenagem cirúrgica objetiva o aumento da perfusão sanguínea local e a diminuição da pressão hidrostática dos tecidos edematosos nas vias aéreas e, dessa forma, favorece a oxigenação dos tecidos e a concentração aumentada do antibiótico nos locais acometidos.

Comentários finais: A angina de Ludwig deve ser diagnosticada e tratada o mais brevemente possível, já que pode evoluir para complicações sistêmicas. A manutenção das vias aéreas é a principal preocupação.

PRC-211 ARTÉRIA CARÓTIDA RETROFARÍNGEA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Roberto Igor Soares Feitosa Viana, Vitor Yamashiro Rocha Soares, Priscila Araújo da Silva, Carlos Eduardo Pinheiro Lúcio Filho

Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina, PI, Brasil

Introdução: Anomalias no trajeto das artérias carótidas são pouco frequentes e se apresentam como abaulamentos faríngeos. Geralmente são assintomáticas e podem ser lesionadas inadvertidamente durante procedimentos cirúrgicos, com consequências catastróficas.

Apresentação do caso: Homem, 60 anos, compareceu à consulta eletiva em ambulatório de ORL, com sintomas típicos de rinossinusite aguda. Ao exame físico foi constatada lesão pulsátil à direita em orofaringe. A angiogramografia de vasos cervicais revelou a presença de uma alça na artéria carótida interna direita, cursava para o espaço retrofaríngeo, no nível de C2, e determinava abaulamento do contorno correspondente da orofaringe.

Discussão: Anomalias vasculares no trajeto da artéria carótida interna são assintomáticas na maioria dos casos e geralmente diagnosticadas como achados de exame físico. Alterações congênitas, arteriosclerose e displasia fibromuscular são as principais causas. Sempre devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de abaulamentos faríngeos. O tratamento é expectante. O conhecimento dessas anormalidades é de extrema importância, principalmente em crianças com indicação de adenotonsilectomia. Se lesionadas, podem provocar sangramento copioso e potencialmente fatal.

Comentários finais: Anomalias vasculares da carótida interna devem ser sempre lembradas no diagnóstico diferencial de abaulamentos da parede faríngea, principalmente em pacientes que serão submetidos a cirurgia ou a outros procedimentos em orofaringe.

PRC-212 CLASSIC LINGUAL LIPOMA WITH RAPID EVOLUTION

Caroline Fernandes Rimoli, Iury Lima Veloso, Thaís Gomes Abrahão Elias, Thereza Lemos de Oliveira Queiroga, Eliana Maria Minicucci, Silke Anna Thereza Weber

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brazil

Introduction: Lipoma is the most common mesenchymal neoplasm of the soft tissue. However, it is relatively uncommon in the oral region. The lingual lipoma accounts for 0.3% of tongue neoplasms; it presents slow-growing and is asymptomatic. Histologically, the classic lipoma is the most common. The aim of this case report is to relate the involvement of classic lingual lipoma with fast growth and difficulty for chewing.

Case report: A 78-year-old edentulous Caucasian male presented reporting the appearance of a painless mass in the left lateral border of the tongue over the preceding six months and difficulty for chewing after a local trauma. Clinical intra oral examination revealed a round, well-delimited 1.5 × 1.5cm lesion, with softened palpation, covered by normal mucosa localized in the left lateral border of the tongue. The clinical differential diagnosis included neurofibroma and salivary gland tumors. The lesion was removed with local anesthesia. The histological exam revealed classic lipoma.

Discussion: Lipomas generally presented as slow-growing and asymptomatic, but in this report it showed a faster growth, and the patient presented with symptoms of dysphagia and dysarthria. The pathogenesis of the lipoma in the oral cavity is discussed. Trauma has been suggested as a possible factor, as is related in this case. Classic lipoma corresponds to 8% of the cases. Simple surgical excision is the treatment of choice, with recurrence not expected. In this report the patient presented no evidence of disease at six months of *follow-up*.

Final comments: The lingual lipoma is a rare entity but it has been considered as a differential diagnosis in tongue lesions, mainly in those that are slow-growing and painless. In this report though, the lingual lipoma presented fast growth causing difficulty in chewing, which is unusual for this type pathology.

PRC-213 CORPO ESTRANHO ALOJADO EM ESPAÇO PARAFARÍNGEO DIREITO

Rosana Guimarães Rodrigues Alves, Lorena Cássia de Carvalho Oliveira, Laryssa Cavalcante Mendes de Andrade, Halina Araújo Souza Rocha, Elaine Alves Carneiro, Iracema Carvalho de Holanda Cavalcante, Gustavo Bachea Pinheiro

Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

Introdução: A presença de corpo estranho em vias aéreas superiores é bastante comum nos atendimentos feitos no Pronto-Socorro do Hospital de Base do Distrito Federal. Porém, este relato de caso é baseado na história de um paciente jovem que sofreu um incidente com arma de brinquedo com bala de chumbinho.

Apresentação do caso: Paciente de nove anos, encaminhado por uma regional ao Hospital de Base do Distrito Federal por acidente com arma de brinquedo, no qual a bala de chumbinho se alojou na região parafaríngea direita. Apresentava edema de lábio no trajeto da bala, trismo moderado e área de hiperemia e abaulamento em pilar amigdaliano à direita. Devido ao intenso processo inflamatório, optou-se por iniciar antibioticoterapia venosa com clindamicina e abordagem cirúrgica posterior.

Discussão: Após quatro dias de antibioticoterapia e corticoide endovenoso houve melhora importante do processo inflamatório; foi então feita abordagem cirúrgica, com amigdalectomia à direita e remoção do corpo estranho alojado no espaço parafaríngeo à direita. Por não apresentar condições que indicassem amigdalectomia contralateral, como hipertrofia amigdalina ou infecções recorrentes, e devido ao potencial risco de sangramento, optou-se por não se fazer a amigdalectomia à esquerda.

Comentários finais: Consultas relacionadas com presença de corpo estranho em ouvido, nariz ou laringe são comuns no cotidiano dos otorrinolaringologistas. Na cavidade oral tais elementos não são

evidenciados tão frequentemente, principalmente quando há necessidade de uma intervenção cirúrgica para remoção.

PRC-214 DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA DERMATOSE POR IGA LINEAR

César Galusni Senna, Igor Moreira Hazboun, Ana Cristina Coelho Dal Rio Teixeira, Juliana Yumi Massuda, Maria Letícia Cintra, Maria Elvira Pizzigatti Corrêa, Agrício Nubiato Crespo

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: A dermatose por imunoglobulina A (IgA) linear, também conhecida como dermatose bolhosa por IgA linear, é uma doença autoimune crônica, bolhosa subepitelial associada à presença de depósito linear de imunoglobulina A (IgA) ao longo da membrana basal da pele ou mucosas. As manifestações cutâneas são lesões que aparecem como vesículas claras ou hemorrágicas ou erosões e ulcerações dolorosas no caso de mucosas. O diagnóstico é baseado em parâmetros clínicos, histopatológicos e imunológicos. O tratamento inclui agentes como corticosteroides, dapsona, sulfapiridina, colchicina e ciclosporina, sozinhos ou em combinação.

Apresentação do caso: Paciente feminino, 22 anos, estudante, deu entrada no Hospital de Clínicas da UNICAMP com queixa de úlceras orais havia três anos. Ao exame físico, presença de lábios ressecados, edemaciados, com úlceras orais confluentes em mucosa jugal, ventre lingual, lábios e palato. Iniciada corticoterapia. No resultado da biópsia, evidenciaram-se focos de epitélio conjuntivo, infiltrado inflamatório linfoplasmático-histiocitário e eosinofílico perivasculares. Na IFD, positividade para IgA (2+), linear, contínuo na zona da membrana basal do epitélio, além de positividade de C3 (2+), linear, descontínuo. Optou-se por introduzir a Dapsona e posteriormente aciclovir 2 g/dia. Como não houve melhoria significativa, optou-se por tratamento com laser. Em nova avaliação em maio de 2015, paciente em remissão completa das lesões, com retirada gradual do corticoide.

Discussão: Como em muitas outras doenças autoimunes, a etiologia e o mecanismo fisiopatológico que desencadeiam a resposta autoimune ainda permanecem desconhecidos. Inúmeras pesquisas a seu respeito têm identificado diferentes antígenos envolvidos na sua fisiopatologia, mas não existe uma descrição completa do que ocorre, o que limita o tratamento mais adequado para essa patologia.

Comentários finais: Inúmeros outros estudos ainda são necessários para o devido entendimento da etiologia dessa doença. Provavelmente o desenvolvimento de novos agentes imunomoduladores, como tacrolimus, será útil no controle dessas lesões orais, uma vez que o tratamento atual é baseado na experiência dos serviços.

PRC-215 ERITEMA MULTIFORME EM CAVIDADE ORAL: RELATO DE CASO

Amanda Lucas da Costa, Andressa Bernardi, Manoela Seadi Pereira, Jady Wroblewski Xavier, Ricardo Brandão Kliemann, Vinícius Coelho Carrard

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Eritema multiforme (EM) é uma síndrome de hipersensibilidade em pele e mucosas. Manifesta-se pela presença de máculas vermelhas que evoluem para vesículas, bolhas e úlceras dolorosas recobertas por exsudato purulento. Seu espectro de gravidade é variável, inclui manifestações mucocutâneas leves até quadros sistêmicos graves. A etiopatogenia é incerta, mas a condição surge frequentemente após exposição a drogas e medicamentos ou processos infecciosos, como herpes simples.

Relato de caso: Paciente masculino, 18 anos, pós-transplante de medula óssea por leucemia linfóide aguda, apresentou úlcera solitária, indolor, localizada em lábio inferior durante a interna-

ção. Trinta dias após o surgimento da lesão, houve agravamento da imunodepressão e as lesões tornaram-se maiores e múltiplas, estenderam-se para palato duro, língua e mucosa jugal. Foi feita biópsia e o anatomopatológico sugeriu infecção pelo vírus do herpes simples (HSV). O tratamento proposto iniciou com aciclovir (incluir posologia - 200 mg, 8/8h, por cinco dias), não foi observada alteração do quadro. Em função disso, o paciente foi reavaliado conjuntamente pelas equipes de otorrinolaringologia e de estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que chegaram ao diagnóstico de EM. Frente a essa hipótese, iniciou-se o tratamento com foscarnet (3.960 mg, 8/8h, 10 dias), foi observada evolução favorável após estabilização do estado imunológico do paciente.

Discussão: O diagnóstico de EM é desafiador, sugerido pelo surgimento agudo de lesões bucais erosivas seguidas de lesões cutâneas pleomórficas e história pregressa de fatores de risco associados. No caso relatado, a condição imunossupressa do paciente parece ter predisposto à infecção viral, que precipitou o aparecimento do EM de difícil resolução.

Comentários finais: EM é uma rara reação de hipersensibilidade a uma variedade de antígenos de características clínicas pouco específicas, deve ser considerado como uma hipótese diagnóstica em lesões e cavidade oral, principalmente em imunodeprimidos.

PRC-216 ESTENOSE FARÍNGEA CICATRICIAL PÓS-TRATAMENTO PARA LEISHMANIOSE MUCOSA - RELATO DE CASO

Benivaldo Ramos Ferreira Terceiro, Ana Cristina da Costa Martins, Mateus Pereira Bom Braga, Frederico Pereira Bom Braga, João Soares Moreira, Cláudia Maria Valette Rosalino

Instituto Nacional de Infectologia, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A leishmaniose tegumentar americana é uma doença parasitária crônica, ocasionada por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitidos por picada de insetos do gênero *Lutzomyia*. A doença pode acometer pele e mucosa. A leishmaniose mucosa é uma forma mais destrutiva da doença e pode comprometer as mucosas nasais, orais, laringeas e faríngeas e gerar cicatrizes importantes.

Apresentação do caso: Homem, 38 anos, residente em Macaé, imunocompetente, com queixa de obstrução nasal, epistaxe, crostas nasais, dor faríngea havia um ano. Ao exame apresentava perfuração septal, lesões infiltrativas em mucosa de septo nasal e parede lateral, *cavum* e infiltração e granulação de pilares posteriores amigdalinos e úvula. Apresentou formas promastigotas de *Leishmania* isoladas na cultura após biópsia de mucosa nasal e oral. Feito tratamento com antimoniato de meglumina por 30 dias com cura das lesões três meses após. Apesar da melhoria dos sintomas orais, persistiram obstrução nasal e hiponasalidade. Por meio da videonasoscopia flexível foi evidenciada fibrose cicatricial em palato mole aderido à parede posterior de faringe com estreitamento por completo da rinofaringe. Paciente segue em acompanhamento com indicação de reparação cirúrgica após dois anos de cura.

Discussão: A leishmaniose mucosa manifesta-se com lesões destrutivas, de evolução arrastada, localizadas nas mucosas de nariz, boca, faringe e laringe. A localização preferencial é a mucosa do septo nasal. Já nas lesões faringolaringeas, em razão da intensa agressão tecidual, no processo de cicatrização pós-tratamento específico, pode ser documentada a presença de tecido fibroso abundante, com a formação de cordões esbranquiçados, que deformam completamente a configuração das estruturas anatômicas do véu do paladar e da parede posterior da faringe, leva a estenoses amplas na comunicação da orofaringe com a rinofaringe.

Comentários finais: Apesar de a mucosa nasal ser a área de eleição da forma mucosa da doença, as lesões faringolaringeas merecem atenção especial, porque podem estar associadas com elevada morbidade e cicatrizes importantes.

PRC-217 LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA APRESENTANDO-SE COMO AMIGDALITE

Hannah Damasceno Barreto da Silva, Carolina Batista e Silva, Elisa Morais Leão, Lívia Bernardi Lopes, Marianna Novaes da Costa Ávila, Marcos Alexandre de Almeida, Daniel Vargas Ribeiro

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A leucemia mieloide aguda é a forma mais comum de leucemia aguda, atinge preferencialmente a faixa etária adulta e é subdividida em subtipos de M0 a M7, os subtipos M0, M1, M6 e M7 são os de pior prognóstico. A doença ocorre quando há uma mutação gênica que provoca a expressão de protooncogenes, gera um bloqueio súbito de maturação das células da linhagem mieloide e, conseqüentemente, uma hiperprodução de blastos no sangue, reduz a capacidade imunológica do paciente. Assim, várias são as apresentações possíveis da doença, mas geralmente o paciente apresenta-se com a tríade astenia (anemia), sangramento (plaquetopenia) e febre (neutropenia).

Apresentação do caso: Paciente W.L.S., 38 anos, apresentava odinofagia e mal-estar de três semanas de evolução, submetido a atendimento médico por três vezes no período, foi diagnosticado com quadro de amigdalite. Fez uso de penicilina benzatina, cefalexina, amoxicilina-clavulanato, fluconazol e cetoconazol sem melhoria dos sintomas. Havia uma semana da admissão, cursou com lesão em 5º pododáctilo esquerdo e nódulos cervicais e havia um dia, com lesão em asa de nariz dolorosa e com flogose local e febre alta. Foi admitido no pronto atendimento otorrinolaringológico em regular estado geral, hipotenso e sudoreico, feito hemograma, que evidenciou anemia, leucocitose > 200.000 e plaquetopenia. Investigação adicional com imunofenotipagem evidenciou LMA subtipo M4.

Discussão: Não é rotina solicitar exames complementares para o primeiro atendimento dos quadros de amigdalite. Apesar da contagem de leucócitos ser rápida e fácil, questiona-se o melhor momento para solicitá-la sem onerar o sistema.

Comentários finais: O paciente em questão foi a óbito por sepse mesmo após tratamento específico proposto pela hematologia. Talvez um diagnóstico precoce mudasse o desfecho do caso.

PRC-218 LINFOMA DE BURKITT EM BASE DE LÍNGUA – RELATO DE CASO

Mikhael Romanholo El Cheikh, Marina Ferraz Gontijo Soares, Raíssa Camelo Valletta, Mariana Moreira de Deus, José Neto Ribeiro de Souza, Juliane Moreira Barbosa, Claudiney Cândido Costa

Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: O linfoma de Burkitt (LB) é um tipo de linfoma não Hodgkin altamente agressivo, que exibe o maior índice de proliferação celular dentre os neoplasmas humanos. Ocorre predominantemente nas primeiras décadas de vida, com predileção pelo gênero masculino e grande afinidade pelos ossos gnáticos, especialmente maxila. Na cavidade oral, esse tumor pode progredir muito rapidamente e se apresentar como uma tumefação facial ou uma massa exofítica que envolve os maxilares.

Apresentação do caso: Paciente de 13 anos vem ao pronto-socorro com queixa de disfagia e disfonia (voz abafada). Usou amoxicilina e penicilina benzatina sem melhoria do quadro. Negou febre, astenia, dispnéia e quaisquer outros sintomas. À oroscopia, massa vo-

lúmosa em orofaringe impede visualização de parede posterior da faringe e das amígdalas. Fibronasolaringoscopia evidenciou massa volumosa de origem em base de língua que ocluía quase totalmente a orofaringe, pregas vocais parcialmente visualizadas com mobilidade normal, epiglote aparentemente livre. Paciente foi submetido à biópsia da lesão em centro cirúrgico com traqueostomia para garantia de via aérea. Histopatológico compatível com linfoma de Burkitt. Feito tratamento com quimioterapia com regressão importante da massa e retirada da traqueostomia.

Discussão: LB de base de língua é uma apresentação rara com risco alto de obstrução das vias aéreas. O caso em questão ainda traz um paciente com lesão de grande volume, de rápida evolução e sem sintomatologia alguma. Chama a atenção a relativa demora da suspeita do diagnóstico na atenção básica, por causa da alteração anatômica importante da orofaringe vista na oroscopia.

Comentários finais: O prognóstico do LB depende da extensão da doença e do intervalo entre as primeiras queixas e o diagnóstico. É excelente em crianças, são referidas taxas de sobrevida livre de doença até 100% nas fases iniciais da doença e 75% a 85% dos doentes sobrevivem à doença na idade adulta.

PRC-219 LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO DE TONSILA PALATINA: RELATO DE CASO

Willian da Silva Lopes, Dayanne Nogueira de Amorim, Aline Saraiva Martins, Raphael Oliveira Correia, Ulisses Meireles Filgueiras Filho, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, André Alencar Araripe Nunes

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Linfoma de células do manto (LCM) é uma doença linfoproliferativa de células B maduras, de caráter agressivo, que corresponde a 6% de todos os linfomas não Hodgkin (LNH), com pequena chance de cura, apresenta 25% de sobrevida média em cinco anos. Caracteriza-se por linfadenopatia generalizada, hepatosplenomegalia, acometimento de medula óssea e leucemização. O anel linfático de Waldeyer também é acometido em apenas 3% dos casos.

Apresentação do caso: Homem, 59 anos, relata três meses de sufocação e roncos noturnos de pioria progressiva e dor em topografia de tonsila palatina esquerda, com disfagia para sólidos, odinofagia importante e aumento de linfonodos cervicais, sem perda de peso ou sangramento local. Ao exame: tonsila palatina esquerda (TPE) grau 4, sem lesões ulceradas, e direita grau 1. À tomografia computadorizada (TC) com contraste de pescoço: lesão expansiva orofaríngea à esquerda, com possível extensão contralateral, de aspecto neoplásico, linfonodomegalias cervicais suspeitas de implantes secundários. Feita exérese de TPE, cuja imuno-histoquímica evidenciou infiltração linfoide atípica de células B com coexpressão de ciclina D1, compatível com linfoma do manto. Evoluiu com aumento de massa cervical, aparecimento de linfonodomegalias retroauriculares à direita, inguiniais bilaterais, emagrecimento e inapetência. Fez quatro ciclos de quimioterapia, evoluiu bem desde então.

Discussão: Pacientes com LCM são comumente do sexo masculino, com idade média de 60 anos. Há descrição de apresentações com aumento tonsilar unilateral, ulceração, disfagia ou odinofagia. A maior parte dos pacientes com LNH e acometimento extranodal não apresenta sintomas sistêmicos exuberantes ou sintomas B associados. Dor e ulceração em tonsilas são mais comuns em pacientes com carcinoma do que com linfoma, mas o diagnóstico é histopatológico e imuno-histoquímico. O tratamento pode ser feito com radioterapia nos casos de doença localizada, porém o padrão nos outros casos é a poliquimioterapia, associada ou não à radioterapia.

Comentários finais: Aumento assimétrico de TP deve ser conduzido precocemente.

PRC-220 LINFOMA NÃO HODGKIN EM TONSILA PALATINA

Patrícia Souza Parma, Suzete Almeida Rocha da Silva, Michelle Correa Hygino, Cyro Lopes dos Santos, Ana Cristina da Costa Martins, Jair de Carvalho e Castro

Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Os linfomas são neoplasias malignas que se originam nos linfonodos e são divididos em linfoma de Hodgkin e não Hodgkin (LNH). Os LNH têm 25-30% de acometimento extranodal, 1/4 se apresenta na região de cabeça e pescoço. O LNH tem como fatores de risco doenças imunossupressoras, exposição a agentes químicos e/ou altas doses de radiação. LNH pode se manifestar em região cervical e anel linfóide de Waldeyer como massa em orofaringe ou nasofaringe. Seu diagnóstico é feito por meio de biópsia incisional. O tratamento preconizado é a quimioterapia e/ou radioterapia de acordo com o estágio da doença.

Apresentação do caso: R.H.S., feminino, 43 anos, branca. Atendida pela primeira vez no ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de lesão de aumento progressivo em tonsila palatina esquerda havia três meses associada a odinofagia e disfagia. Sem febre, emagrecimento, disfonia ou outros sintomas. Relatou uso de azitromicina e outros antibióticos sem melhoria do quadro. Orosco- pia: volumosa massa vascularizada infiltrativa em tonsila palatina esquerda; restante do exame físico sem alterações significativas. Feita biópsia em tonsila palatina esquerda. Quatorze dias após biópsia paciente retornou com linfonodomegalia dolorosa em região submandibular esquerda e laudo histopatológico evidenciava proliferação linfóide atípica, compatível com LNH; paciente encaminhada ao Inca.

Discussão: LNH tem cerca de 10-15% dos casos de acometimento extranodal no anel de Waldeyer. Desses, 80% estão localizados em tonsila palatina. Estudos mostram que a maioria dos casos de linfoma em tonsila palatina apresenta assimetria de tonsilas.

Comentários finais: O caso descrito reflete a importância da valorização de sintomas locais em orofaringe, como odinofagia e disfagia, além de sinais que sugerem malignidade, como assimetria de tonsilas e de pilar anterior. Uma anamnese minuciosa e avaliação clínica atenta de região cervical e cavidade oral são relevantes para a conduta diagnóstica correta.

PRC-221 LIPOMA DE AMÍGDALA: RELATO DE CASO

Natalya de Andrade Bezerra, Fernanda Alves Guimarães, Lucas Osanan Andrade Sousa, Carolina Cavalcante Dantas, Erika Mucciolo Cabernite, Majorie Cristine Agnoletto, Washington Biz

Hospital do Servidor Público Estadual, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O lipoma de tonsilas palatinas é afecção rara e pouco encontrada na literatura. Essa patologia tem como característica um comportamento benigno, lento crescimento e representa 1% dos tumores benignos da cavidade oral. Este trabalho tem por objetivo ressaltar a importância do diagnóstico diferencial com lesões semelhantes como papiloma, fibroma e linfangioma.

Apresentação do caso: N.A.S., 53 anos, feminino, encaminhada para avaliação de lesão em orofaringe, não apresentava queixas e não sabia determinar o tempo de evolução do quadro. Foi visualizada lesão pedunculada, com 2 cm de extensão e aspecto polipoide em amígdala direita. Paciente foi preparada para amigdalectomia, feita sem intercorrências. O anatomopatológico de peça cirúrgica foi compatível com lipoma submucoso tonsilar. Atualmente paciente encontra-se em seguimento ambulatorial sem queixas ou sinal de recidiva.

Discussão: Os tumores benignos de amígdala são raros e costumam apresentar uma forma polipoide. São classificados de acordo com

seu componente histológico, como papiloma escamoso, hemangioma, pólipo fibrovascular e lipoma, entre outros. As células lipídicas são comumente encontradas no tecido subcutâneo e têm rara de posição no trato aerodigestivo. A histologia da tonsila palatina não apresenta adipócitos em sua composição, a etiologia do lipoma é ainda indefinida. Aventam-se, porém, hipóteses de trauma ou reação inflamatória local crônica como causas. Lipomas amigdalianos são assintomáticos, mas podem ocasionar sensação de corpo estranho, dor, sialorreia, tosse e outros sintomas. A amigdalectomia eletiva ainda é o tratamento de melhor prognóstico e não se costuma observar recidiva local.

Conclusão: Apesar da escassez de informações e da baixa incidência de casos, o lipoma amigdaliano é uma lesão incomum, mas de bom prognóstico. Com este relato, ressaltamos a importância do estudo anatomopatológico e da identificação das lesões amigdalianas para definição de tipo histológico e adequado seguimento clínico.

PRC-222 LÍQUEN PLANO ORAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO

Benivaldo Ramos Ferreira Terceiro, Marcelo Rasadinsk Lyra, Mateus Pereira Bom Braga, Frederico Pereira Bom Braga, João Soares Moreira, Cláudia Maria Valete Rosalino

Instituto Nacional de Infectologia, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O líquen plano é uma doença crônica autoimune mediada por linfócitos T que afeta o epitélio escamoso estratificado e acomete as mucosas oral e genital, a pele e o couro cabeludo. O diagnóstico clínico é possível com base na aparência clínica das lesões e na experiência do examinador.

Apresentação do caso: M.J.R., 70 anos, feminino, imunocompetente, hipertensa, ansiosa, com queixa de ardência e desconforto orofaríngeo e “feridas embaixo da língua, bochechas e gengivas” havia um ano sem diagnóstico. Ao exame clínico evidenciaram-se múltiplas lesões eritematosas com estrias esbranquiçadas de aspecto reticulado em ambos os lados da mucosa jugal, região de dorso de língua e gengiva. Não havia relato de lesões semelhantes na derme. Tendo em vista os aspectos clínicos característicos, o diagnóstico clínico foi de líquen plano reticular. Fez tratamento à base de corticoide oral e tópico. Após 30 dias, observou-se regressão parcial das lesões e melhoria da sintomatologia. Paciente segue em acompanhamento mensal.

Discussão: O líquen plano é uma enfermidade sistêmica que pode acometer principalmente dois sítios, pele e boca. É considerada uma doença inflamatória crônica mucocutânea imunologicamente mediada e pode ser classificada em reticular, erosiva e bolhosa. Essa classificação é aplicada para o sítio bucal. O tipo reticular é o mais comum, já o bolhoso é mais raro. Estima-se que 1% da população apresenta o líquen plano cutâneo e 0,1 a 2,2%, o bucal. As mulheres são mais acometidas do que os homens, na proporção de 3:2, e ocorre em adultos de meia-idade.

Comentários finais: Apesar da falta de consenso na literatura, o líquen plano oral pode ser diagnosticado clinicamente após história clínica e exame físico minucioso compatível com o quadro. O aumento do nível de estresse e as lesões orais características podem estar relacionados ao aparecimento de líquen plano oral em mulheres principalmente nessa faixa etária.

PRC-223 LÍQUEN PLANO ORAL: RELATO DE CASO

Marcela Coelho Marques Valente, Ana Cristina da Costa Martins, Débora Ferreira Sepulvida de Souza, Diogo Souza de Oliveira, Henrique Vale de Oliveira Gruppioni Cortês, Jair de Carvalho e Castro, Ana Carolina Silveira de Oliveira

Hospital Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Líquen plano oral (LPO) é uma desordem mucocutânea inflamatória crônica com etiopatogenia indefinida. Sua manifestação oral e/ou cutânea tem um espectro de características clínicas classificadas como reticulares e atroficoerosivas com áreas eritematosas e ulceradas e sensibilidade dolorosa. O tratamento é essencialmente sintomático e paliativo. Embora seja definido como uma condição cancerizável, existe grande controvérsia quanto ao potencial de malignização do líquen plano (LP). Tendo em vista as implicações sistêmicas do LP, é importante a interação entre o clínico e o patologista para que se tenha um diagnóstico correto.

Apresentação do caso: Paciente feminino, 46 anos e queixa de lesões esbranquiçadas dolorosas em língua e mucosa oral. Exame intrabucal: lesões hipocrômicas estriadas na mucosa jugal bilateralmente e em placas no dorso de língua. Rinoscopia e otoscopia sem alterações. Biópsia incisional: LPO. A paciente foi medicada com miconazol tópico e corticosteroides sistêmico até melhoria clínica. Após um hiato de dois anos, retornou com pioria das lesões, que evoluíram para um padrão erosivo. Portanto, foi indicada nova biópsia.

Discussão: O caso corrobora a literatura referente ao LPO, pois acomete mulheres entre a quarta e a sexta décadas de vida. O potencial de malignidade do LP, particularmente na forma erosiva, ainda é controverso, uma vez que não há critérios definidos para o seu diagnóstico. Estudos se baseiam no diagnóstico clínico e/ou histopatológico. A pioria dos sintomas e a perda da homogeneidade da lesão devem ser avaliadas nos retornos do paciente e nos casos com pioria das lesões, biópsias adicionais podem ser feitas.

Comentários finais: Conclui-se que casos de estomatodermatopatologias necessitam de diagnóstico e abordagem terapêutica precoce para que a doença e a sintomatologia sejam controladas.

PRC-224 MODIFICAÇÃO DA TÉCNICA DE QUESADA E PERELLÓ PARA TRATAMENTO DA RONCOPATIA: RELATO DE DOIS CASOS

Carolina Gioia Monteiro, Edson Carlos Miranda Monteiro

Hospital Stella Maris, Guarulhos, SP, Brasil

Introdução: O ronco passou a ser reconhecido como doença na década de 1970 com o estudo da síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) associada à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e acidente vascular encefálico (AVE). As possibilidades de tratamento para o ronco e apneia podem ser clínicas e cirúrgicas; as diversas técnicas operatórias descritas na literatura ainda hoje carecem de consenso em relação à eficácia terapêutica. Este estudo apresenta uma modificação da técnica cirúrgica de Quesada e Perelló (resseção parcial de palato) em dois casos.

Apresentação do caso: 1) A.M.M., 55 anos, feminino, queixava-se de sonolência diurna e ronco; tem como antecedentes HAS. 2) D.A.S.M., 54 anos, feminino, queixava-se de ronco excessivo, apneia e sonolência diurna; tem como antecedentes HAS. Foi solicitada polissonografia basal pré-cirúrgica para análise do índice de apneia-hipopneia (IAH); o paciente 1 apresentou IAH = 41 H e o paciente 2, IAH = 15,8 H, grave o primeiro e leve a moderado o segundo; ambos foram submetidos à mesma técnica cirúrgica.

Discussão: O tratamento cirúrgico de ronco e apneia conta com inúmeras técnicas, além de propostas que somam alguns passos de diferentes técnicas com o fim de aumentar a eficácia do tratamento, em curto e longo prazos. Alguns estudos apontam que as taxas de sucesso da uvulopalatofaringoplastia declinam com o tempo e, por outra forma, outras técnicas mostram resultados algo melhores, o que nos leva à conclusão de que não há uma técnica que apresente sucesso total. Nos casos estudados demonstramos remissão de ronco e apneia, documentada por meio de polissonografias pós-cirúrgicas em curto e longo prazos.

Comentários finais: A nova técnica apresentada foi efetiva na diminuição dos sinais sistêmicos da SAHOS, na remissão total do ronco, na diminuição da apneia a níveis aceitáveis, além do testemunho da satisfação do paciente e dos parentes.

PRC-225 USO DA DISE EM UM CASO DIFÍCIL DE SAOS

Ana Carolina Daflon Scoralick, Daniel Braz Nunes Azevedo, Alonço da Cunha Viana Júnior, Nathália Senra Santos, Luiz Felipe Lira de Moraes, Bernardo Relvas Lucas, Daniela Leitão Mendes

Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) caracteriza-se por colapso faríngeo durante o sono com redução do fluxo aéreo associada a diversos sintomas e comorbidades. A amígdala lingual é uma estrutura linfóide localizada na base da língua, que raramente promove sintomas respiratórios. A endoscopia do sono induzida por droga (DISE) é um exame diagnóstico que tem permitido a identificação dos sítios de obstrução nos pacientes com SAOS.

Apresentação do caso: I.B.C., 64 anos, feminina, hipertensa, diabética, obesa, com queixa de roncos, apneia do sono e sonolência diurna excessiva. Exame otorrinolaringológico: amigdalectomizada, Malampatti IV, Friedman IV, desvio septal obstrutivo. Polissonografia com SAOS severo (IAH: 70,16/h), SatO2 média de 94% (mínima de 70%). Nasofibrolaringoscopia confirmou o desvio septal e identificou amígdala lingual tipo hipertrófica central e lateral com edema de epiglote. Indicado tratamento com CPAP sem sucesso. Optou-se pelo BiPAP, porém mantiveram-se desconforto e pioria dos sintomas. Foi feita a DISE com propofol 1% em IAC sob monitorização do BIS que identificou queda de base de língua com deslocamento da amígdala lingual com direção à glote e colabamento supraglótico completo. Indicado tratamento cirúrgico de septoplastia, palatoplastia, exérese da amígdala lingual e redução dos bordos da epiglote, com laser e shaver, e traqueostomia temporária pós-cirúrgica. Evolução pós-operatória satisfatória, com melhoria dos parâmetros clínicos e polissonográficos.

Discussão: O uso da DISE tem permitido a identificação dos sítios de obstrução e com isso melhorado a indicação cirúrgica, principalmente naqueles pacientes com SAOS refratários aos tratamentos clínicos e cirúrgicos propostos previamente. Sua feita possibilita um melhor planejamento dos sítios a serem abordados numa intervenção cirúrgica e garante maiores chances de sucesso para o paciente com SAOS, como demonstrado no caso acima.

Comentários finais: Em pacientes com SAOS refratária ao tratamento clínico, a DISE parece ser de grande relevância no topodiagnóstico, facilita a abordagem cirúrgica.

PRC-226 PERICORONARITE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABSCESSO CERVICAL

Roosevelt Almeida Rosário, Flávia Alves Costa Perrucho, Ana Paula Lago Silva Pessoa, Alice Karoline de Oliveira, Marina Barbosa Guimarães, Helder Macário, Otávio Marambaia dos Santos

Instituto de Otorrinolaringologia Otorrinos Associados (INOAA), Salvador, BA, Brasil

Introdução: A pericoronarite é uma inflamação da gengiva de um dente com erupção incompleta, em especial os molares inferiores. Ocorre mais comumente entre 15 e 24 anos. Os agentes mais envolvidos no processo são os gram positivos e anaeróbios, causam manifestações como dor local, linfadenomegalia, edema da gengiva, gosto amargo na boca, dentre outros. Nos casos mais graves, pode haver aumento do volume da face, mal-estar, febre, disfagia e trismo. Na presença de sinais e sintomas mais intensos, o abscesso cervical entra como diagnóstico diferencial.

Apresentação do caso: Paciente de 32 anos, masculino, no 29º DPO de mastoidectomia à direita, queixa de dor facial à direita havia oito dias, abaulamento em região submandibular à direita havia sete dias, associando a trismo e um episódio de febre mensurada de 38,5° C. Ao exame, cicatriz cirúrgica em bom estado, sem sinais inflamatórios. No pescoço, abaulamento não endurecido de região submandibular à direita. Na oroscopia, abertura de boca limitada, presença de hiperemia em pilar amigdaliano anterior à direita e presença de sinais inflamatórios em região gengival posterior à direita.

Discussão: Uma abordagem cirúrgica na mastoide pode complicar-se com abscesso cervical. Nesses casos, haverá alteração na cicatriz da abordagem, além de sinais inflamatórios ao redor da ferida operatória e no percurso do abscesso. A pericoronarite deve ser sempre um diagnóstico em mente num paciente que apresenta trismo, edema de face, dor, febre e tomografia de pescoço normal.

Comentários finais: O abscesso cervical pode ser uma complicação da mastoidectomia, porém, para que esse seja o diagnóstico, deve haver sinais flogísticos na cicatriz. No paciente em questão, a falta desses sinais ao exame físico nos sugeriu procurar outras portas de infecção para o caso de um abscesso cervical e outros diagnósticos diferenciais.

PRC-227 PÓLIPO LINFANGIOMATOSO EM TONSILA PALATINA: RELATO DE CASO RARO

Ana Carolina Fernandes de Oliveira, Ivan Machado de Almeida Júnior, Camila Carolina de Souza, Maria Luísa Nobre Medeiros e Silva, Luiz Maia de Freitas Junior, Arthur de Sousa Pereira Trindade, Bruno Thieme Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Introdução: Benignos, pólipos linfangiomatosos das amígdalas são lesões hamartomatosas e raras. Estima-se menos de 30 casos relatados. São conhecidas como angiomas, linfangioma polipoide da amígdala, pólipo tonsilar hamartomatoso, pólipo linfoide ou pólipo tonsilar linfangiomatoso. De acordo com a literatura, não há casos relatados de recidiva da doença ou transformação maligna após a excisão.

Apresentação do caso: Jovem masculino, 26 anos, procurou o ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital Onofre Lopes e relatou quadro compatível com faringotonsilites de repetição e a presença de lesão em cavidade oral havia 10 anos que provocava disfagia e odinofagia. Negava febre, perda ponderal e outros sintomas otorrinolaringológicos. A oroscopia evidenciava tonsilas palatinas grau 2 e sobre a esquerda: lesão única, cilíndrica e pedunculada (2 cm). Restante do exame físico normal. O paciente foi submetido à tonsilectomia e exérese de lesão, sob anestesia geral, sem intercorrências no intra e pós-operatório. O anatomopatológico mostrou superfície coberta por epitélio escamoso paracercatótico, estroma composto de tecido fibroso frouxo, com numerosos espaços linfáticos dilatados e agrupamentos de tecido linfoide. Descrição compatível com pólipo linfangiomatoso.

Discussão: A região de cabeça e pescoço é o local mais comum para a manifestação de lesões linfangiomatosas (90% dos casos), principalmente pele e subcutâneo. Pode atingir laringe, parótida, boca e língua. As amígdalas são os sítios menos comuns, até quando comparados com lesões malignas. Fazem diagnóstico diferencial com papiloma, pólipo fibroepitelial e linfangioma. A prevalência é difícil de ser mensurada pela variedade de termos descritores. Conforme o tamanho da lesão, o paciente queixa-se de odinofagia, disfagia e sensação de corpo estranho em orofaringe. O tratamento é a remoção completa da lesão e diagnóstico final é dado por biópsia.

Comentários finais: Suspeitar de pólipos linfangiomatosos, assim como descrevê-los, é importante para divulgar essa patologia com diagnóstico diferencial de lesões em cabeça e pescoço.

PRC-228 RELATO DE CASO: SÍNDROME MONONUCLEOSE-LIKE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SÍFILIS SECUNDÁRIA

Bianca Henriques Corrêa, Guilherme Guimarães Silveira, Emanuelle Pereira Gomes Guimarães, Ana Paula Marques, Leandro Renato Gusmão Duarte, Paulo Henrique Pimenta de Carvalho

Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil

Introdução: Amigdalite é o processo inflamatório das tonsilas palatinas e do tecido linfoide do anel linfático de Waldeyer. É a mais frequente infecção da via respiratória superior e tem como agente etiológico bactérias, vírus e fungos, entre outros. O presente relato vem descrever um caso de sífilis secundária que teve como manifestação inicial um quadro de mononucleose-like.

Apresentação do caso: Paciente D.S.F., 15 anos, com queixa de odinofagia, febre, tonsilas aumentadas de volume havia sete dias, máculas róseas em membros superiores e pápulas periorais. Ao exame clínico, apresentava amígdalas aumentadas de volume, com exsudato e hiperemia, edema de úvula e linfadenomegaliacervical dolorosa. Foram solicitadas sorologias para EBV, toxoplasmose e citomegalovírus, além de VDRL e anti-HIV. Optou-se por internação hospitalar devido à dificuldade para alimentar relatada. Detectou-se VDRL reativo na titulação 1:128. Iniciou-se tratamento com penicilina G benzatina com regressão do quadro amigdaliano no 12º dia de internação.

Discussão: Todas as formas de sífilis, com exceção da neurosífilis, podem se manifestar na cavidade oral. A boca é a localização extragenital mais frequente, acometida em 10% dos casos. A forma secundária apresenta-se, na cavidade oral, como lesões vermelho-escuras coalescentes em placas ovais infiltradas e ulcerações em língua. Nas tonsilas palatinas manifesta-se como angina. A apresentação clínica como amigdalite que abre quadro de sífilis secundária é rara, deve ser considerada em pacientes com vida sexual ativa. O diagnóstico é feito por meio de testes sorológicos, positivos em 99% dos casos. O tratamento é feito com penicilina G benzatina.

Comentários finais: A sífilis secundária, embora menos frequentemente, pode se apresentar como síndrome mononucleose-like, deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes com vida sexual ativa.

PRC-229 SÍNDROME DE COWDEN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES ORAIS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Luísi Rabaioli, Olívia Egger de Souza, Paula de Oliveira Oppermann, Karine Bombardelli, Gabriel Kuhl

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: A síndrome de Cowden (SC) corresponde a uma síndrome genética, autossômica dominante, decorrente da mutação do gene PTEN, caracterizada pela presença de múltiplos pólipos hamartomatosos benignos em pele e mucosas como manifestação inicial, pode relacionar-se ao desenvolvimento de neoplasias malignas.

Apresentação do caso: C.R.F., 40 anos, feminino, encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia do HCPA para investigação de lesões em cavidade oral desde a infância. Paciente não apresentava queixas de crescimento das lesões, disфонia ou disfagia. Apresentava histórico de três parentes (irmã, mãe e tia) com lesões semelhantes. Feita biópsia de lesão oral que evidenciou papiloma escamoso de etiologia não viral. Após a suspeita de SC, iniciou-se investigação clínica das doenças associadas a essa patologia. A paciente foi encaminhada para análise genética e acompanhamento multidisciplinar.

Discussão: Na SC as lesões mucocutâneas são as mais frequentes, presentes em 99% dos casos, caracterizadas por triquilemomas,

ceratose acral, lesões papilomatosas ou papilares cujos locais mais frequentes são: face, pescoço, superfície dorsal das mãos, gengiva, cavidade bucal e palato. Não raramente tais lesões são as responsáveis pela suspeita da doença e geralmente são diagnosticadas na segunda década de vida. No trato gastrointestinal, a presença de pólipos hamartomatosos em mucosa colônica é característica. O acometimento do tecido tireoidiano representa a principal manifestação extracutânea, ocorre em 60-70% dos casos e as lesões mais comuns são: bócio, adenoma e carcinoma. Alguns estudos demonstram carcinoma de tireoide em crianças com menos de sete anos carreadoras da mutação no gene PTEN. A doença fibrocística e o carcinoma de mama são as principais manifestações mamárias presentes em mais de 70% das mulheres com SC. O câncer de mama representa a neoplasia maligna mais associada à SC; o risco do diagnóstico ao longo da vida é de 25-50%.

Comentários finais: A elevada incidência de neoplasias torna o conhecimento dessa síndrome essencial para o otorrinolaringologista, possibilita uma suspeição precoce e seguimento adequado do paciente, bem como a redução de sua morbimortalidade.

PRC-230 SÍNDROME DE FORRESTIER ASSOCIADA À APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: RELATO DE CASO

José Antônio Pinto, Davi Knoll Ribeiro, Renata Malimpensa Knoll, André Freitas Cavallini da Silva, Cauê Duarte, Gabriel Santos de Freitas, Larissa Souza Barreto

Núcleo de Otorrinolaringologia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A hiperostose esquelética difusa idiopática, também conhecida como doença de Forestier, é caracterizada por calcificação dos ligamentos paravertebrais anterolaterais. A maioria dos casos é assintomática. Esses pacientes comumente desenvolvem osteófitos que podem levar à compressão extrínseca em tecidos locais. A depender da localização, resultam manifestações otorrinolaringológicas; a disfagia é um sintoma frequente em pacientes com envolvimento da coluna cervical por doença de Forestier, mas a apneia obstrutiva do sono é incomum.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 56 anos, com queixa progressiva de disfagia para sólidos e líquidos, dor cervical, ronco (nota 10) e sonolência excessiva diurna havia cinco anos. Antecedentes pessoais: era etilista crônico (três doses diárias de destilado). Epworth: 18 e Fosq-10: 11. IMC: 28. Visualizado durante exame nasofibroscópico edema interariteóideo que impossibilitava visualização de terço posterior de pregas vocais devido a edema e protusão supraglótica de parede posterior da laringe. RX simples de cervical evidenciava protusão dos discos intervertebrais de C3-C5 na altura de cartilagem tireóidea (hiperostose esquelética). Polissonografia com IAH: 56 eventos/h; Saturação média de O₂: 93% e mínima de 82% e REM: 9% que evidenciava SAOS. Feito tratamento cirúrgico com equipe de ortopedia. Acesso via cervicotomia lateral horizontal esquerda e ressecção de massa osteofítica. Evoluiu com desaparecimento completo da disfagia, dor cervical e sonolência excessiva diurna, permanece ainda com ronco (nota 4) após três meses de cirurgia. Epworth: 5 e Fosq-10: 17. IMC: 28,5. Ao completar seis meses de pós-operatório será feita polissonografia.

Discussão: Em indivíduos obesos e não obesos, anormalidades das vias aéreas e craniofaciais que estreitam as vias aéreas podem predispor ao desenvolvimento de perturbações respiratórias durante o sono.

Comentários finais: Apesar de rara, a apneia obstrutiva do sono devido à doença de Forestier deve ser lembrada no diagnóstico diferencial de pacientes com SAOS.

PRC-231 SÍNDROME DE GRISEL: RELATO DE CASO

Fernanda Rodrigues da Cunha, Rafael Toledo Enes Nogueira, Ariadne Fonseca Carvalho Silva, Martinho da Palma e Mello Neto, Geraldo César Alves, Guilherme dos Santos Gomes Alves

Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: A síndrome de Grisel é entidade rara, caracterizada por desvio rotacional C1/C2, secundária a processo inflamatório ou infeccioso com origem na região cervical. Crianças mais afetadas têm torcicolos associados a rigidez de nuca e dor. O diagnóstico é clínico e radiológico. Tratamento conservador, colar cervical ou tração mentoniana é suficiente na maioria dos pacientes. Em casos pronunciados ou de diagnóstico tardio, o uso da tração com halo craniano ou artrodese é necessários. Este relato enfatiza a importância dessa síndrome, tendo em vista bom prognóstico nos casos de diagnóstico precoce.

Apresentação do caso: S.X.B., três anos, feminino, procurou o serviço de otorrinolaringologia do Hospital Regional de Presidente Prudente (SP) com queixas de amigdalite de repetição, associada a rigidez e dor cervical. Solicitado RX cervical diante da suspeita da síndrome de Grisel, confirmada após exame. Encaminhada para serviço de ortopedia, optou por artrodese cervical. Após estabilização do quadro, foi submetida à adenoamigdalectomia. Encontrou-se em acompanhamento ambulatorial sem queixas.

Discussão: Síndrome de Grisel é subluxação atlantoaxial não traumática, secundária a complicação de infecção de cabeça e pescoço ou procedimento otorrinolaringológico, incluindo adenoamigdalectomia, mastoidectomia, reparo atresial coanal e fenda palatina. Apresentação típica: torcicolo doloroso, rigidez cervical e febre, mediante processo inflamatório ou infeccioso exacerbado. Exame clínico: cabeça inclinada para um lado e rotação para lado oposto. Palpação: músculo esternocleidomastóideo relaxado do lado da cabeça inclinada e tensa do lado oposto, "torcicolo paradoxal". Outro sinal: desvio C2 para mesmo lado da cabeça, sinal de Sudek. O manejo da síndrome de Grisel baseia-se em três aspectos: tratamento de processo infeccioso, correção de deformidade óssea e prevenção de danos neurológicos. Indicados: anti-inflamatórios, relaxantes musculares, fisioterapia, colar cervical e antibióticos de fase aguda, tratamento cirúrgico quando houver comprometimento neurológico, recaída após tratamento clínico e/ou duração de mais de três meses após tratamento clínico.

Comentários finais: A síndrome de Grisel é complicação rara de infecções cervicais e procedimentos otorrinolaringológicos. Diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para um melhor prognóstico.

PRC-232 SPONTANEOUS TONGUE ABSCESS - CASE REPORT

Lorena Cássia de Carvalho Oliveira, Geizeane Morais da Cunha, Halina Araújo Souza Rocha, Elaine Alves Carneiro, Laryssa Cavalcante Mendes de Andrade, Gustavo Bachega Pinheiro, Thiago Bittencourt Ottoni de Carvalho

Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brazil

Introduction: Tongue abscesses are rare, even though the tongue is frequently subjected to trauma, bites and foreign bodies. This work has the objective of reporting a case of tongue abscess in a diabetic patient without local trauma as well as doing a literature review.

Case report: Male patient, 38 years old, presented with a complaint of pain when swallowing and a lump in the tongue, with progressive evolution in three days. He had no history report of dental surgery and local trauma. In the admission, during the oral cavity examination, a bulge of nearly 3 x 3 cm on the right side in the base of the tongue, painful to palpation, was evident. A computed tomography of soft tissue was required, and it showed lesions suggestive of abscess in the base of the tongue in the right side. The patient was submitted to a hospital clinical treatment with systemic antibiotic therapy and surgical drainage. The patient progressed satisfactorily.

Discussion: The clinical manifestations of the tongue abscess can be varied. The diagnosis must be done by clinic history, correlating associated risk factors, physical examination and the confirmatory imaging exams. The etiology and the differential diagnosis must be considered depending on the place of the clinical manifestation. The approach must include airway permeability, clinical support and systemic antibiotic therapy and abscess drainage.

Final considerations: In diabetic patients, tongue abscess must be considered in the differential diagnosis of bulging of the tongue, even without a history of trauma and foreign bodies, and it should be treated with antibiotic therapy and surgical drainage.

PRC-233 TAQUICARDIA VENTRICULAR EM PACIENTE COM SAOS GRAVE - RELATO DE CASO

Isabela Tavares Ribeiro, Diogo Carvalho Pasin, Dalila Araújo Mota, Émilly Cristina de Bulhões, Thiago Xavier de Barros Correia, Victor José Timbó Gondim, Denilson Storck Fomin

Universidade de Santo Amaro (UNISA), Santo Amaro, BA, Brasil

Introdução: A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é caracterizada por pausas respiratórias recorrentes que levam à hipóxia e fragmentação do sono. Está relacionada a diversas patologias cardiovasculares, como hipertensão arterial, síndrome metabólica e infarto agudo do miocárdio, aumentando o risco de morte. Sabe-se que os eventos de apneia e a hipopneia recorrentes influenciam diretamente no sistema nervoso autônomo e podem desencadear arritmias cardíacas. A principal arritmia associada à SAOS é a bradicardia sinusal, em virtude da ativação parassimpática durante o sono REM. Taquiarritmias, embora menos comuns, também são relatadas nesses pacientes após os eventos apneicos. Variam de taquicardias sinuais até quadros severos de fibrilação atrial e taquicardia ventricular. **Apresentação do caso:** I.C., 59 anos, hipertenso, foi encaminhado pelo cardiologista por demonstrar episódios de taquicardia ventricular noturna ao Holter. Avaliação cardiológica complementar sem alterações. Refere roncos noturnos intensos associados a engasgos. Nega obstrução nasal. Submeteu-se à septoplastia, turbinectomia e cirurgia endonasal havia cinco anos. À polissonografia (PSG), evidência de índice de apneia/hipopneia de 47,5/hora e taquicardias recorrentes, sempre após os eventos apneicos. Indicado CPAP, paciente aguarda novo Holter e PSG após adaptação

Discussão: A prevalência de taquiarritmias ventriculares em pacientes com SAOS não é bem conhecida no Brasil. Sabe-se, contudo, que sua etiopatogenia está associada à reativação simpática rebote e que tal arritmia aumenta o risco de morte súbita. Sua gravidade pode se relacionar com a gravidade da apneia, é mais comum em homens com comorbidades.

Comentários finais: É fundamental que o operador do exame saiba identificar tais alterações e intervir de maneira adequada.

PRC-234 USO DA CIRURGIA ROBÓTICA NA RESSECÇÃO DE BASE DE LÍNGUA PARA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: RELATO DE CASO

Victor José Timbó Gondim, Denilson Storck Fomin, Marcelo Ferreira dos Anjos, Émilly Cristina de Bulhões, Dalila Araújo Mota, Isabela Tavares Ribeiro, Thiago Xavier de Barros Correia

Universidade de Santo Amaro (UNISA), Santo Amaro, BA, Brasil

Introdução: A apneia obstrutiva do sono é uma condição nosológica que afeta a qualidade de vida; é importante fator de risco cardiovascular, além de ter impacto em diversos outros sistemas do organismo. Uma de suas causas é a hipertrofia da base de língua, a qual pode ser ressecada cirurgicamente. Uma das opções para tal abordagem é por meio da cirurgia robótica, de aplicação relativamente recente e incomum, inclusive no Brasil. O presente trabalho

objetivo, por meio do relato de seis casos, analisar a abordagem da ressecção da base de língua conduzida por robô.

Apresentação do caso: Seis pacientes com apneia obstrutiva do sono e hipertrofia de base de língua foram submetidos à ressecção pelo robô Da Vinci no Hospital Israelita Albert Einstein. Após isso, foram avaliados por meio da saturação arterial de oxigênio (SaO₂), do índice de apneia e hipopneia (IAH) e dos roncos noturnos, em que se verificou redução significativa dos últimos parâmetros analisados. Com relação à SaO₂, houve melhoria também significativa. Como complicações, ocorreu relato de disgeusia e disfagia em dois dos pacientes e dor em um deles. Nenhum dos pacientes teve sangramento importante.

Discussão: A apneia obstrutiva do sono envolve diversas causas de obstrução anatômica, dentre elas a hipertrofia de base de língua. Para o tratamento de tal condição, há algumas opções disponíveis, que envolvem desde tratamentos clínicos a intervenções cirúrgicas. Na abordagem por meio da via robótica descrita nos relatos acima, os resultados terapêuticos e as complicações mostraram-se compatíveis com casos semelhantes encontrados na literatura.

Comentários finais: Apesar de o alto custo ainda dificultar uma maior popularização da cirurgia robótica, o equipamento mostra-se promissor na abordagem terapêutica da apneia obstrutiva do sono. Isso se reforça pelos resultados encontrados nos relatos acima, associados à pequena morbidade pós-operatória.

PRC-235 USO DE MÉTODOS DE IMAGEM E DO SISTEMA DOLPHIN NA AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO E TRATAMENTO DA SÍNDROME DA APNEIA E HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO: RELATO DE CASO

Victor José Timbó Gondim, Sérgio Luís de Miranda, Francisco Clóvis Rombe Filho, Gabriel Cardoso Ramalho, Émilly Cristina de Bulhões, Dalila Araújo Mota, Isabela Tavares Ribeiro

Universidade de Santo Amaro (UNISA), Santo Amaro, BA, Brasil

Introdução: A síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) caracteriza-se por interrupções da respiração no sono por obstrução parcial ou completa das vias aéreas superiores (VAS). Afeta a qualidade de vida e é fator de risco cardiovascular. Tem diversas formas de tratamento (clínicos e cirúrgicos), como a cirurgia ortognática para avanço maxilomandibular. É crucial uma avaliação adequada, desde a anamnese até exames complementares, como a tomografia computadorizada (TC). Por meio de *softwares* de análise tridimensionais, podem-se medir as VAS e prever a resposta terapêutica por simulação virtual.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 30 anos, com SAHOS, refratária à septoplastia e turbinectomia. Apresenta polissonografia com índice de apneia e hipopneia (IAH) de 68,6 (normal: até 5) e SaO₂ média de 90,8%. Submetido à TC, foi avaliado o volume aereotridimensional via *Dolphin Imaging* nos pontos de maior e menor dimensões, com maior volume de 123 mm³ e a menor área de 520,1 mm³ (na hipofaringe). Feita cirurgia de avanço maxilomandibular e mentoplastia de avanço (4 mm, 10 mm e 4 mm, respectivamente). No pós-operatório, verificou-se melhoria significativa das queixas do sono e aumento na área de maior volume aereo para 124 mm³ e de 687 mm³ na menor área. Na polissonografia, houve queda do IAH para 4.

Discussão: A cirurgia ortognática com avanço maxilomandibular tem resultados múltiplos. Além de melhorias estéticas, aprimora a oclusão (estabilidade da mordida). Na SAHOS, tem importante papel ao modular o volume das VAS. A evolução da TC permitiu melhor avaliação nos tempos contemporâneos. Os *softwares* de reconstrução de imagem aprimoraram o planejamento cirúrgico ao estimar o impacto do procedimento na resposta terapêutica. No caso supradescrito, houve importante benefício para o paciente da cirurgia, evidenciado pela normalização do IAH.

Comentários finais: Os *softwares* de reconstrução 3D mostram-se promissores na propedêutica da SAHOS.

Área Temática: Estética Facial

PRC-236 CISTO DERMOIDE NASAL COM MANIFESTAÇÃO TARDIA

Martina Iavarone, Fernando Saito Katsutani, Ney Penteado de Castro Neto, Ney Penteado de Castro Júnior, Rodolfo Alexander Scalia, Afonso do Carmo Javaroni

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Cistos em dorso nasal são complicações raras de rinosseptoplastia, com poucos casos descritos na literatura. Apesar de a exata causa ser desconhecida, acredita-se que a manutenção da integridade da mucosa nasal com a remoção cuidadosa de debris do sítio operatório possa prevenir tais complicações, evitar restos de mucosa no tecido celular subcutâneo, com potencial de formação cística após traumas nasais. A melhor abordagem é por meio de acesso aberto de rinoplastia para ressecção desses cistos.

Apresentação do caso: Paciente sexo feminino, branca, 35 anos, com história de rinosseptoplastia havia um ano, com bom resultado funcional e estético. Há seis meses, após trauma nasal frontal, evoluiu com deformidade de pirâmide nasal com nodulação dolorosa nesta região e aparente sela de dorso cartilaginosa. Ao exame físico: tumefação fibroelástica aderente ao plano ósseo de aproximadamente 10 mm no maior diâmetro, sem alterações tróficas da pele. Paciente foi submetida à nova rinosseptoplastia com acesso aberto, exérese do cisto, osteotomias para correção da síndrome do teto aberto e colocação de cartilagem autóloga (concha nasal) sobre dorso ósseo e cartilaginosa. O material foi enviado ao estudo anatomopatológico, com resultado confirmado de cisto dermoide.

Discussão: O caso clínico apresentado trata-se de complicação pouco descrita na literatura de cisto dermoide pós-trauma nasal em paciente com histórico de rinosseptoplastia prévia. Apresentamos também o procedimento cirúrgico adotado para sua correção e seu diagnóstico final por meio de estudo anatomopatológico da peça cirúrgica.

Comentários finais: Acreditamos ser de fundamental importância para os otorrinolaringologistas conhecer possíveis complicações em longo prazo de rinosseptoplastias, atentar para que certos cuidados intraoperatórios, como remoção de debris de mucosa em espaço subcutâneo, possam prevenir tais complicações.

PRC-237 MENTOPLASTIA DE AUMENTO COM IMPLANTE DE CARTILAGEM PICADA ENVOLTA POR FÁSCIA TEMPORAL

João Pedro Tedesco Garcia, Greiciane Parreiras Lage, Henrique Ribeiro Mansur Barbosa, Ana Lívia de Barros Rocha, Maria Júlia Abrão Issa, Flávio Barbosa Nunes, Paulo Fernando Torrin Borges Crosara, Roberto Eustáquio Guimarães

Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: Cerca de 25% dos pacientes submetidos à rinoplastia se beneficiarão de mentoplastia de aumento, o que torna o procedimento combinado uma intervenção comum na prática clínica. Neste estudo descrevemos uma técnica que consiste no posicionamento de enxerto de fragmentos de cartilagem picada envolvidos por fásia temporal, publicada por Erol como *turkish delight*.

Objetivos: Descrever mentoplastia de aumento pela técnica de *turkish delight* e discutir suas vantagens e seus resultados.

Método: Estudo de série de casos de caráter longitudinal, o critério de inclusão é serem candidatos a procedimento combinado de rinoplastia e mentoplastia de aumento. Os pacientes foram selecionados entre 2013 e 2014 no Hospital de Clínicas da UFMG e em clínica

privada. Foram selecionados quatro pacientes, um homem e três mulheres. O tempo de seguimento foi de 12 meses. Técnica: Obtenção de cartilagem septal ou de cartilagem de orelha. Obtenção de fásia temporal. Confeção de enxerto de cartilagem picada envolta por fásia conforme *turkish delight* publicado por EROL. Incisão em mento de cerca 3 cm, dissecação até a região subperiosteal. Dissecado bolsão na região do mento a ser posicionado enxerto. Posicionado enxerto orientado por fios-guia.

Resultados: Dos cinco pacientes submetidos ao procedimento, todos apresentaram bom resultado estético e relataram satisfação.

Discussão: Não existe consenso sobre qual o melhor tipo de enxerto para mentoplastia. Enxertos plásticos têm a desvantagem de maior risco de rejeição, erosão óssea e deslocamento, enquanto enxertos autólogos podem ser absorvidos. Descrevemos uma técnica simples, de material autólogo e pouco absorvível devido ao enxerto de cartilagem ser envolto por fásia e promover durabilidade e bom resultado estético.

Conclusão: O uso do enxerto de cartilagem picada envolta por fásia temporal é eficaz na mentoplastia de aumento e deve ser adicionado à prática cirúrgica.

PRC-238 NARINA EXTRANUMERÁRIA: TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DE UM ANO

Michel Balvedi Nomura, Emily Balvedi Nomura, Marcelo Charles Pereira, Denise Braga Ribas, Antônio Celso Nunes Nassif Filho, Alana Farias Micsza Schauenburg, Bruno Amaral Hay

Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Narina extranumerária (NEN) é uma anomalia congênita da face rara e pode variar de uma narina acessória a uma duplicação completa do nariz. O quadro clínico típico inclui obstrução nasal, presença de massa e deformidade estética.

Apresentação do caso: Masculino, 17 anos, com queixa de deformidade estética nasal. Ao exame endoscópico, visualizou-se abertura nasal acessória em região nasal lateral à esquerda superior à cartilagem alar esquerda, com perfuração central que terminou em fundo cego. Foram feitas rinoplastia corretiva por acesso externo, com descolamento da cartilagem alar e quadrangular superior, ressecção do trajeto fistuloso e preservação das estruturas adjacentes. Fez-se reconstrução anatômica com enxerto septal e de concha auricular. Para suporte de ponta nasal, foi usado *strut* columelar. No fim, ressecção do dorso e da fratura do osso nasal lateral, complementada com rinoplastia estética. Os resultados imediatos foram animadores, com boa sustentação nasal e abertura de válvula satisfatória. Após um ano de seguimento, apresenta bom resultado, com função nasal normal e satisfação estética por parte do paciente.

Discussão: A NEN é resultado do desenvolvimento anormal na formação do nariz, pode ser duplicação total do placoide nasal ou fissura do processo nasal lateral. É anomalia congênita raras e de etiologia incerta. As deformidades nasais são divididas em duplicações e displasias. Duplicação nasal é a formação completa de dois conjuntos de narinas. Já as displasias abrangem uma série de deformidades que podem ser divididas segundo a forma da narina extranumerária e sua posição, todas com tratamento cirúrgico específico que varia desde ressecção da narina externa até reconstruções nasais completas.

Comentários finais: Casos de narinas extranumerárias não são muito descritos na literatura e aparecem com pouca frequência nos serviços de otorrinolaringologia. Assim, apresentam-se de forma desafiadora tanto para sucesso funcional quanto estético para o paciente - como descrito em nosso caso.

PRC-239 RINOPLASTIA EM PACIENTE COM EXPOSIÇÃO CEREBRAL PÓS-TRAUMÁTICA

Ariana di Salvo Arthur, Marcos Gerhardinger Jacob, Marcelo Gonçalves Junqueira Leite, Priscilla Durante Miotto, Ricardo Miranda Lessa

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: Este relato de caso tem o objetivo de alertar o cirurgião da face sobre a importância do exame tomográfico nos pacientes vítimas de trauma que desejam se submeter à rinoplastia.

Apresentação do caso: M.A.G., 19 anos, vítima de acidente automobilístico em 10/06/2013, apresentava fratura de osso nasal, órbita esquerda e seio frontal esquerdo que resultou em compressão de parênquima cerebral; foi indicada abordagem cirúrgica conjunta pela neurocirurgia e cirurgia de cabeça e pescoço. Paciente evoluiu bem e recebeu alta dois dias após. Em março de 2015 o paciente procurou o serviço de otorrinolaringologia e queixou-se de obstrução nasal fixa à direita e “nariz torto”. No primeiro atendimento, o paciente relatava a história de seu trauma e que havia sido submetido à cirurgia para “prótese craniana”. Ao exame físico apresentava laterorrínia para direita, dorso selado, discreta giba óssea, base nasal alargada e ponta bifida. Na sofibrosopia mostrou desvio septal obstrutivo em bloco para a direita. Para programação cirúrgica foi solicitada tomografia de face sem contraste com reconstrução 3D, na qual foi constatada destruição do seio frontal com herniação do lobo frontal do cérebro para o interior do seio e de órbita esquerda com perda de substância óssea do processo frontal do maxilar à esquerda e do osso nasal ipsilateral. Foi indicada rinosseptoplastia aberta, feitas septoplastia, osteotomia dupla e paramediana à direita sem osteotomia à esquerda e colocados *spreader graft* à esquerda, enxerto asa de borboleta em dorso e pontos intradomiais e feita redução da asa nasal. A cirurgia ocorreu sem intercorrências. Paciente no pós-operatório referiu melhoria da obstrução e satisfação estética.

Discussão: Pacientes vítimas de trauma de face podem apresentar distorção de anatomia, áreas de fragilidade óssea e deiscências, como fístulas nasoliquóricas ou mesmo lesão de estruturas do sistema nervoso central, que podem colocar o cirurgião em risco de intercorrências indesejáveis durante o procedimento caso não seja feita uma programação adequada com exame de imagem.

Comentários finais: Em nosso serviço consideramos fundamental a investigação tomográfica como parte do pré-operatório de pacientes vítimas de trauma de face. Neste relato procuramos validar também a importância da reconstrução 3D como uma maneira ilustrativa e eficiente de avaliação desses pacientes.

PRC-240 TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AUSÊNCIA DA CARTILAGEM ALAR NASAL INFERIOR DESCOBERTA NO INTRAOPERATÓRIO DE RINOSSEPTOPLASTIA ESTÉTICA

Paulo Henrique Rodrigues, Sérgio Edriane Rezende, Thais Camporez Pimentel, Alessandra Pereira dos Santos, Bárbara de Melo Torres Alves

Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A estrutura nasal é caracterizada por inclinação, comprimento, largura e refinamento. A forma e a correta posição das cartilagens alares determinam sua aparência, além de suportar a ponta e manter o formato nasal. Algumas situações acarretam deformidades parciais ou totais das cartilagens alares. O objetivo do trabalho é descrever a técnica cirúrgica para o tratamento da ausência de cartilagem alar inferior descoberta no intraoperatório de rinoplastia.

Apresentação do caso: Masculino, 39 anos, com queixa de nariz inestético e laterorrínia para direita. História antiga de abscesso

nasal, sem se lembrar de qual lado. Foi feita a técnica de rinoplastia aberta e foram evidenciadas no ato cirúrgico a ausência da porção superior da cruz medial e a ausência completa da cruz lateral da cartilagem alar inferior esquerda. Foi feita septoplastia extracorpórea para a correção do desvio septal e para remoção de enxerto para correção da ausência de cartilagem. O enxerto foi moldado para criar as cruzes ausentes da cartilagem alar. O septo com desvio corrigido foi reposicionado e fixado e a cartilagem alar inferior, recém-moldada, foi também posicionada. Foram feitos *spreader graft*, *strut* e *cap graft* para melhorar os aspectos nasal. Foi feita osteotomia com correção da laterorrínia. Após seis meses do ato cirúrgico, paciente está satisfeito com o resultado.

Discussão: Existem situações em que a cartilagem alar nasal inferior está ausente, como agenesias e infecções/abscesso com destruição dessa cartilagem. A correção da ausência de qualquer cartilagem nasal pode ser feita com fragmentos de enxerto septal, costal ou auricular e mimetizar a sua forma original. O resultado cirúrgico vai depender da força, do tamanho, da curvatura e da posição das cartilagens da ponta, com o apoio dos ligamentos suspensórios, além da importância do dorso e da ponte no pós-operatório.

Comentários finais: Mesmo devido à raridade das deformidades nasais, os cirurgiões devem estar preparados para lidar com ausência inesperada das cartilagens alares.

PRC-242 USO DO RETALHO MÉDIO-FRONTAL EM TRÊS TEMPOS PARA CORREÇÃO DE DEFORMIDADES DE PONTA NASAL

Francielle Tereza Moraes Gonçalves, Majoy Gonçalves Couto da Cunha, Homero Penha Ferraro, Carolina Cavalcante Dantas, Mônica Aben-Athar Oliveira, Paula Fonseca, André Luís Sartini

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Os tumores constituem a principal indicação das reconstruções nasais. A pirâmide nasal é o local mais comum de surgimento de tumores de pele malignos de cabeça e pescoço. A escolha da técnica de reconstrução nasal visa à cura da lesão, restauração da função respiratória e anatomia nasal próxima do natural. Sushruta Shamita, em 600 a.C., apresentou uma técnica para reconstrução nasal total baseada em retalho mediofrontal. Neste século, Gillies, Converse e Millard foram pioneiros nessa modalidade de cirurgia, e nas últimas décadas Menick e Burget aperfeiçoaram as técnicas de reconstrução nasal com o uso desses retalhos.

Apresentação do caso: Apresentamos dois casos de pacientes com história de neoplasia de ponta nasal (carcinoma epidermoide e outro basocelular) que foram submetidos à ressecção tumoral com reconstrução em três tempos com uso do retalho mediofrontal.

Discussão: Por causa da cor e da textura, a pele da região frontal é reconhecida como o melhor sítio para retalhos de reconstrução nasal. Na primeira fase, uma aba da região frontal é elevada e transposta com todas as suas camadas, sem desgaste, exceto pela inserção columelar, para cobrir o defeito. Nos nossos casos foram usadas cartilagens septais para dar sustentação às asas nasais com melhor resultado funcional e estético. Na segunda fase, três semanas mais tarde, dissecou-se o plano subcutâneo ao longo de toda a inserção nasal, exceto na columela. E os enxertos de cartilagens foram reposicionados. Em uma terceira fase, três semanas mais tarde, o pedículo foi dividido.

Comentários finais: A técnica de três tempos tem pouco risco de necrose, permite a modificação de enxertos de cartilagem para corrigir falhas, mau posicionamento ou retração cicatricial antes da divisão do pedículo vascular, pode ser combinada com outras técnicas e garante fornecimento de sangue a todas as camadas nasais.

Área Temática: Otoneurologia

PRC-243 ACHADOS À VIDEONISTAGMOGRAFIA DIGITAL INFRAVERMELHA EM PACIENTE COM VERTIGEM E NISTAGMO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE TUMOR DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Cíntia Elisa Gonçalves Costa, Carolina Bongioiolo, Milene Lopes Frota, Ronaldo Kennedy de Paula Moreira, José Márcio Barcelos Costa Júnior, Natanael Alves de Souza, Mirian Cabral Moreira de Castro

Santa de Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O meduloblastoma é uma neoplasia primária do sistema nervoso central. Desenvolve-se no cerebelo, a maioria dos casos ocorre em crianças, com 1/3 em adolescentes e adultos, o sexo masculino é o mais acometido. Os sintomas são insidiosos e progressivos, com quadro de hipertensão intracraniana, ataxia, nistagmo, o último sintoma citado pode ser avaliado pela videonistagmografia (VNG), um método de registro de movimentos oculares empregado na avaliação de distúrbios do equilíbrio corporal. O principal tipo de tratamento é a ressecção cirúrgica, seguida de complementação com rádio e quimioterapia.

Apresentação do caso: Paciente de 43 anos, sexo masculino, com quadro de vertigem e nistagmo, com lesão em fossa posterior, que envolvia ambos os hemisférios cerebelares, o vermis cerebelar e o tronco cerebral. Imuno-histoquímica confirmou diagnóstico de meduloblastoma.

Discussão: Apesar de ser uma neoplasia rara em adultos, com quadro clínico incomum, não se podem descartar lesões centrais em pacientes com queixa de vertigem, com nistagmo de caráter progressivo e que não melhoram com tratamento clínico.

Comentários finais: A VNG é uma propedêutica importante para diferenciar tonturas de origem central e periférica. Uma análise detalhada dos nistagmos e dos demais movimentos oculomotores é de extrema relevância nessa situação. Neste relato de caso, a primeira manifestação do meduloblastoma foi tontura.

PRC-244 DISPLASIA EM BONÉ DO TEGMENTO PONTINO - RELATO DE CASO

Adriano Sérgio Freire Meira, Álvaro Vitorino de Pontes Júnior, Nelson José Barboza Quintino, Christiane Kulzer Birck, Bruno Leonardo Barbosa Machado, Thaís Eugênio Gomes, Kallne Cavalcante Alves Carvalho

SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil

Introdução: A displasia em boné do tegmento pontinho (DBTP) é uma desordem rara caracterizada por uma malformação do tronco encefálico e do cerebelo. Apresenta-se com malformações do rombencéfalo, displasia cerebelar, ponte ventral achatada e tegmento pontinho abobadado (o chamado tegmento em boné). Estudos recentes constataram 19 casos no mundo, dos quais apenas um alcançou a adolescência.

Apresentação do caso: R.N., feminino, a termo, adequado para idade gestacional, parto cesáreo, sem intercorrências, apresentou-se com ausência de sucção desde o nascimento. Ao exame físico foram constatados, pela neuropediatra, ausência do reflexo de sucção e prejuízo do reflexo da marcha. Nasofibroendoscopia e ultrassonografia transfontanela sem alterações. Em seguida, foi solicitada ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio, a qual evidenciou agenesia do conduto auditivo interno direito e acentuada hipoplasia do conduto auditivo interno esquerdo, associados à agenesia do oitavo par craniano, e acentuada hipoplasia do aspecto ventral da ponte, com projeção posterior do tegmento pontinho, o que sugeriu displasia em boné do tegmento pontinho.

Discussão: Os pacientes, geralmente, apresentam-se com hipotonia neonatal, sinais piramidais e cerebelares, múltiplos déficits de nervos cranianos e malformações extracranianas que compreendem as cardíacas, gastrointestinais, genitourinárias e defeitos esqueléticos. As neuropatias cranianas resultam na associação variável de surdez neurosensorial, em movimentos anormais dos olhos, defeitos visuais devidos à opacificação da córnea, paralisia facial e dificuldades na mastigação e deglutição e que podem necessitar de posicionamento de sonda nasogástrica ou gastrostomia. Atraso grave de desenvolvimento tem sido relatado em mais casos, com surdez bilateral que leva à ausência de linguagem ou a distúrbio de fala grave.

Comentários finais: DBTP é uma doença rara com envolvimento do sistema nervoso central caracterizada por distúrbios cerebelares e pontinhos associados a alterações dos pares cranianos. Outros estudos de coortes maiores são necessários para desvendar a causa genética dessa síndrome e para melhor entender seus mecanismos patogênicos.

PRC-245 DOENÇA DE MÉNIÈRE SE APRESENTANDO COMO SURDEZ SÚBITA RECIDIVANTE: RELATO DE CASO

Deyse Mayane de Castro, Jackeline Carneiro da Silva, Ana Paula Lago Silva Pessoa, Alice Karoline de Oliveira, Helder Macário, Marina Barbosa Guimarães, Amaury de Machado Gomes

Instituto de Otorrinolaringologia Otorrinos Associados (INOAA), Salvador, BA, Brasil

Introdução: A doença de Ménière (DM) é definida como a tríade sintomática composta por zumbido, perda auditiva e vertigem, em episódios paroxísticos, sem envolvimento do sistema nervoso central. É considerada uma síndrome idiopática de hidropsia endolinfática. A surdez súbita (SS) caracteriza-se por instalação abrupta de perda auditiva de pelo menos 30 dB em três frequências adjacentes, em um tempo de até 72 horas, com caráter sensorineural, geralmente unilateral, sem fator etiológico bem definido.

Apresentação do caso: I.J.G.C., masculino, 53 anos, com zumbido em ouvido direito (OD) havia um dia, sem outras queixas e com exame físico otorrinolaringológico normal. Submetido à audiometria, que demonstrou perda auditiva sensorineural severa em OD. Levantada hipótese de SS, solicitados exames laboratoriais, ressonância magnética de crânio e iniciadas prednisona e pentoxifilina. Após dez dias, apresenta-se assintomático e com audiometria, ressonância magnética e exames laboratoriais normais. Retornou após quatro meses com zumbido e hipoacusia em OD, com nova audiometria que evidenciou perda auditiva sensorineural de grau moderado em OD. Novamente medicado com pentoxifilina e prednisona. Solicitada eletrocolegrafia, que evidenciou hidropsia endolinfática em OD. Introduzidos betaistina e controle dietético. O paciente evolui com resolução completa do quadro.

Discussão: A primeira manifestação de perda auditiva apresentou-se súbita e unilateral, corroborou a hipótese de SS. A maioria dos pacientes apresenta 40 a 60 anos. Apesar de a etiologia da SS não ser bem definida, é importante investigá-la. A flutuação da perda auditiva levou à suspeita de hidropsia endolinfática, confirmada pela eletrocolegrafia. O diagnóstico definitivo é comprovado por estudo anatomopatológico de ossos temporais (*post mortem*). O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico.

Comentários finais: É importante uma avaliação detalhada dos sintomas do paciente e não se fixar em conclusões iniciais. A DM pode manifestar-se apenas com perda auditiva; logo, quando o paciente apresenta flutuação da audição, o otorrinolaringologista deve suspeitar de DM.

PRC-246 FORMAÇÃO EXPANSIVA EM OSSO TEMPORAL CURSANDO COM SINTOMAS MÉNIÈRE-LIKE

Letícia Azevedo Reis, Marco Antônio de Melo Tavares de Lima, Isabela Ávila Varginha de Moraes e Silva, Felipe Félix, Shiro Tomita

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Conhecida pela tétrede de vertigem, zumbido, plenitude aural e hipoacusia, a doença de Ménière não tem teoria etiopatogênica comprovada e sua evolução pode variar entre os pacientes. Consensos sobre o diagnóstico da doença de Ménière reforçam sempre que devem ser excluídas quaisquer outras patologias vestibulares. São citados como diagnóstico diferenciais ataque isquêmico transitório, migrânea vestibular, schwannoma vestibular e outros tumores do osso temporal. Os autores descrevem o caso de um paciente com sintomatologia compatível com doença de Ménière unilateral no qual os exames de imagem direcionaram à adequada condução do paciente.

Apresentação do caso: C.A.S., 26 anos, masculino, encaminhado da rede básica para investigação de labirintopatia. Havia dois anos apresentara episódios de vertigem com duração de aproximadamente uma hora, sem fatores precipitantes, acompanhados de sintomas neurovegetativos, sem sintomas auditivos associados. Após um ano do início das crises vertiginosas notou aparecimento de zumbido à esquerda, além de hipoacusia ipsilateral progressiva, que permanecem desde então. Oito meses após o início dos sintomas auditivos apresentou três episódios de *drop attack*, com queda para o lado direito. Foram feitos testes audiológicos, vestibulares, além de tomografia e ressonância magnética das mastoídes. Os exames de imagem evidenciaram tumoração na porção petrosa da mastoide esquerda, posterior ao conduto auditivo interno e medial ao canal semicircular posterior de 0,8 × 0,5 cm, o que sugeriu formação expansiva do saco endolinfático.

Discussão: A idade de início dos sintomas, a progressão dos sintomas auditivos e a rápida velocidade de evolução da doença diferem da maioria dos pacientes descritos na literatura. O conjunto dos sintomas e exames mesmo compatíveis com “doença de Ménière definida” tem peculiaridades que sinalizam para os diagnósticos diferenciais.

Comentários finais: É importante lembrar que o diagnóstico da doença de Ménière é de exclusão. Em apresentações atípicas, solicitar exames de imagem, até precocemente, pode direcionar para o diagnóstico correto.

PRC-247 MANIFESTAÇÕES AUDIOVESTIBULARES EM PACIENTE COM ESPONDILIOARTROPATIA INDIFERENCIADA: RELATO DE CASO

Aline de Almeida Sousa e Silva, Karine Tábata de Carvalho Bispo, João Henrique Zanotelli dos Santos, Isabelle Braz de Oliveira Silva, Juliana Gusmão de Araújo, Rafaela Aquino Fernandes Lopes, André Luís Lopes Sampaio

Hospital Universitário de Brasília (HUB), Brasília, DF, Brasil

Introdução: Espondiloartropatias constituem doenças inflamatórias, incluindo a espondilite anquilosante e as espondiloartropatias indiferenciadas. Não há até o momento relatos de associação entre manifestações audiovestibulares e espondiloartropatias indiferenciadas.

Apresentação do caso: R.C.C., 44 anos, feminina, iniciou quadro súbito de plenitude auricular, zumbidos e vertigem por quatro dias havia cinco anos. Otoscopia e exame otoneurológico normais. Audiometria mostrava perda auditiva neurosensorial (PANS) severa à direita. RNM normal. Administradas corticoterapia sistêmica (1mg/kg/dia), meclizina e betastina. Apresentou melhoria dos limiares, até perda moderada à direita. Um mês após, apresentou anacusia à direita. Optou-se por corticoterapia intratimpânica, com ga-

nho de 35 dB. Após avaliação reumatológica, foi sugerida doença autoimune da orelha interna, com anticorpo hsp70 reagente. Foi diagnosticada com espondiloartropatia soronegativa inespecífica, apresentava sacroileite, uveíte e artralgia. Houve pioria do quadro audiovestibular. Atualmente apresenta PANS moderadamente severa à direita, com IRF de 28% em 95 dB.

Discussão: As espondiloartropatias constituem doenças inflamatórias multissistêmicas. São relatadas perda auditiva neurosensorial, maior prevalência de nistagmo após *head shaking* e alterações nos testes caloricos na EA. Também foi observada associação entre perda auditiva e artrite psoriática. Porém, ainda não há relatos de manifestações audiovestibulares em espondiloartropatias indiferenciadas. Neste caso, a paciente apresentou surdez súbita como manifestação inicial da síndrome de Ménière e evoluiu com surdez flutuante e vertigem intratável clinicamente. O exame sorológico evidenciou a natureza autoimune do quadro. Recebeu diagnóstico de espondiloartropatia indiferenciada, segundo critérios de Amor. Acredita-se que haja deposição de imunocomplexos ou mecanismos relacionados à patologia de base na orelha interna (OI). Um mecanismo possível é a apresentação de autoantígenos pelas moléculas de HLA às células T. Estudos mostram ainda que a OI pode ser a origem desses autoanticorpos e processar os autoantígenos.

Comentários finais: Manifestações audiovestibulares em espondiloartropatias são de interesse recente, elevam o grau de vigilância nesses pacientes. Este caso ilustra a associação ainda não descrita entre espondiloartropatia indiferenciada e doença autoimune da OI.

PRC-248 MANIFESTAÇÕES OTONEUROLÓGICAS EM PACIENTE COM ALÇA VASCULAR NO CONDUTO AUDITIVO INTERNO: RELATO DE CASO

Susana Alves Araújo, Patrícia Barbosa de Sousa, Ricardo Barbosa Ramos Filho, Ronaldo Carvalho Santos Júnior, Arlete Cristina Granizo Santos, Valéria Maria Prado Barreto

Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE, Brasil

Introdução: Sintomas otoneurológicos estão associados a várias doenças do sistema auditivo. Muitas vezes são responsáveis por diminuir a qualidade de vida. Compressão do nervo vestibuloclear por alças vasculares redundantes vem sendo analisada como uma das possíveis causas desses sintomas, a partir do advento do diagnóstico por imagem por meio da angiorressonância magnética intracraniana.

Apresentação do caso: Paciente de 44 anos, feminino, queixa de zumbido contínuo e hipoacusia à direita, com vertigem rotatória, havia três anos. Evoluiu com dor retro-orbitária direita. Sem comorbidades. Exame otorrinolaringológico normal. Audiometria tonal revelou perda auditiva neurosensorial severa, com curva descendente à direita. IPRF de 0% à direita em 100dB. PEATE demonstrou ausência das ondas I, III e V à direita. A eletrônistagmografia evidenciou disfunção vestibular periférica, PDN > 30% e hiper-reflexia. A RNM de ossos temporais demonstrou alça vascular que se insinuava pelo conduto auditivo interno direito. Angiorressonância revelou tratar-se de um ramo da artéria basilar. Paciente foi avaliada pelo neurocirurgião, que indicou estimulação magnética transcraniana. No seguimento ambulatorial, foi indicada reabilitação vestibular e a paciente aguarda iniciar o tratamento proposto pela neurocirurgia.

Discussão: Zumbidos unilaterais, associados ou não a outros sintomas otoneurológicos, sempre levantam suspeita de lesão retroclear, mais especificamente da região do ângulo pontocerebelar. A ausência de comorbidades prévias que possam justificar os sintomas faz com que a evidência de uma alça vascular dentro do conduto auditivo interno torne-se uma causa provável, por meio do

mecanismo de compressão vascular sobre o VIII nervo craniano, o que causa excitação crônica ectópica.

Comentários finais: Apesar dos inúmeros artigos publicados, a existência das alças vasculares que comprimit o VIII par continua a ser questionada como causa direta dos sintomas otoneurológicos. No presente caso, o fato de a paciente não apresentar outras patologias que justifiquem as manifestações, juntamente com a alteração no PEATE, nos leva a acreditar que a causa fisiopatológica dos sintomas seria exclusivamente a compressão do VIII nervo pelo ramo da artéria basilar.

PRC-249 NECROSE DE PAVILHÃO AURICULAR COMO COMPLICAÇÃO DA SÍNDROME DE RAMSAY HUNT EM PACIENTE HIV POSITIVO

Nathália Prudêncio Silvano, Bruno Martins Fernandes Silva, Beatriz Figueiredo Brandão, Igor Amorim Coutinho, Livia de Vasconcellos Gonzaga, Luana Ferreira Cruz, Murillo Mendes Aquino

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A síndrome de Ramsay Hunt consiste em paralisia facial periférica associada à erupção vesicular eritematosa na orelha ou na orofaringe causada pelo vírus varicela-zoster (VZV). Pode apresentar como complicações: deformações em face, necrose em orelha, neuralgia persistente, espasmos musculares, disgeusia, úlceras e infecções na córnea e disseminação do vírus para outros nervos e cérebro. Geralmente ocorre em pacientes idosos e imunodeprimidos.

Apresentação do caso: F.M.S.J., 34 anos, masculino, pardo, portador de linfoma não Hodgkin e Aids procura o serviço de emergência do Hospital Pedro Ernesto com quadro de otalgia intensa, otorreia, necrose extensa de pavilhão auricular direito e PFP ipsilateral. Destacava que o quadro se iniciara com lesões vesiculares em local da necrose. O paciente se apresentava lúcido, orientado e colaborativo. Havia lesões esbranquiçadas em língua e em palato duro e lesão necrótica em pavilhão auricular direito e otorreia purulenta sem visualização de membrana timpânica. Apresentava também PFP grau IV de House-Brackmann à direita. Iniciou cefepime, aciclovir, bactrim e nistatin. TC de mastoide evidenciou edema em conduto, velamento de mastoide e erosão óssea à direita. Apresentava-se neutropênico e febril, o que motivou a manutenção e associação de antibiótico de amplo espectro ao aciclovir. Houve melhoria significativa dos sintomas relatados, com exceção da PFP.

Discussão: O caso trata-se da síndrome de Ramsay Hunt, que ocorre por reação inflamatória aguda do nervo facial e vestibulococlear causada pela reativação do VZV e apresenta como complicação necrose de pavilhão auricular. O diagnóstico baseia-se em adequada anamnese, exame físico e neurológico. Preconiza-se o uso de aciclovir, a administração endovenosa é reservada para pacientes mais graves. Alguns estudos sugerem que o tratamento com aciclovir e prednisona possa melhorar o prognóstico.

Comentários finais: A síndrome de Ramsay Hunt é uma doença de fácil diagnóstico. Sabe-se que o retardo no início do tratamento predispõe a complicações e diminui a probabilidade de uma recuperação completa

PRC-250 NEURALGIA DO TRIGÊMEO POR LESÃO IATROGÊNICA

Roney Costa Louvain Filho, Myrna Alves Félix, Leonella Mili Lavagnoli, Vinicius Campos Coelho, André Junqueira de Almeida, Bianca Mendonça de Almeida, Ana Cristina da Costa Martins

Pontifícia Universidade Católica/ SEPTO

Introdução: Neuralgia do nervo trigêmeo (V) é a mais comum entre as neuralgias faciais e é caracterizada por dor facial intensa, de

curta duração e paroxística de um ou mais de seus ramos, principalmente o ramo maxilar (V2). Ainda não se estabeleceu uma causa específica para a sensação dolorosa; a compressão do nervo é a principal suspeita na maioria dos casos idiopáticos. Outras causas seriam esclerose múltipla, anormalidades da base do crânio, malformações arteriovenosas, tumores e lesão direta do nervo.

Apresentação do caso: V.M.S., feminino, 51 anos, queixa de dor facial à direita havia três anos. Relata dor de caráter intermitente, tipo pontada em regiões infraorbitária e zigomática, piores à mastigação. Ausência de febre, congestão nasal, rinorreia ou hiposmia. Referia uso de antibióticos prévios sem sucesso. Relatou que antes do quadro em questão apresentara episódios repetidos de rinosinusite e fora submetida a procedimento cirúrgico por cirurgião dentista bucomaxilofacial para tratamento. Ao exame apresentava dor em *trigger points* de V2 à direita e perfuração septal inferior. A tomografia evidenciou sinusectomia maxilar bilateral ampla com remoção inferior da parede lateral do nariz, grande perfuração septal e ausência de secreção ou espessamento de mucosa em qualquer seio paranasal. Iniciada carbamazepina 400 mg/dia. Após retorno em 30 dias a paciente apresentava melhora significativa do quadro algico.

Discussão: Apesar de mais comumente descritas no ramo mandibular (V3) após cirurgias de ATM ou cirurgias ortognáticas, as lesões iatrogênicas do trigêmeo podem ocorrer na manipulação cirúrgica da cavidade nasal, principalmente no ramo maxilar.

Comentários finais: A SS manipulação cirúrgica sem a devida técnica e o devido planejamento pode acarretar consequências desagradáveis. É preciso estar atento à história e ao exame físico do paciente para o diagnóstico correto e não usar indiscriminadamente antibióticos. A paciente em questão apresentava lesão de V2 à direita confundida clinicamente com novos episódios de rinosinusite.

PRC-251 O DESAFIO DIAGNÓSTICO E DO SUCESSO TERAPÊUTICO NA SURDEZ SÚBITA: RELATO DE CASO

Beatriz Figueiredo Brandão, Fernando Liess Krebs Rodrigues, Nathália Prudêncio Silvano, Livia Vasconcellos Gonzaga, Leonardo Soares, Igor Amorim Coutinho, Murilo Mendes Aquino

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Surdez súbita (SS) é uma perda neurossensorial de pelo menos 30 dB em três frequências consecutivas à audiometria, ocorre em período inferior a 72 horas. Estima-se que 2-3% das queixas otológicas devam-se à perda auditiva súbita (5-20 casos/10.000 habitantes nos EUA). São acometidos indivíduos sem discriminação por gênero ou idade, ocorre pico de incidência entre 50-60 anos. A fisiopatologia permanece incerta, com etiologia desconhecida em 90% dos casos.

Apresentação do caso: Mulher, 25 anos, SS diagnosticada em consultório particular, tratamento iniciado no mesmo dia com corticoide oral, antivirais, vasodilatadores e Citoneurin®. Curva audiométrica inicial em rampa: severa em agudos e moderada em graves, evoluiu com pioria no dia seguinte. Sem melhoria inicial após duas semanas de corticoide oral, foi iniciado corticoide intratimpânico (injeções semanais). Após seis sessões, melhoria da curva audiométrica: plana com perda moderada em todas as frequências. A melhoria durou um mês, após o qual a audiometria voltou aos padrões iniciais de perda: moderada a profunda (principalmente em agudos).

Discussão: SS tem destaque nas discussões otorrinolaringológicas pelo potencial de irreversibilidade e pelas comprovações científicas etiopatogênica e terapêutica insuficientes. É patologia pouco frequente, com recuperação espontânea em 60% dos casos. Portanto, diante de um caso de SS a investigação diagnóstica deve excluir patologia retrococlear, não deve prolongar-se na pesquisa de causas identificáveis, a menos que haja indícios clínicos, já que 90% dos

casos têm natureza idiopática. Tratamento empírico imediato com corticoterapia está indicado; pondera-se o uso de antivirais.

Comentários finais: O caso relata jovem, sem comorbidades, com diagnóstico precoce e tratamento imediato, sem melhoria apesar de todas as medicações usadas. Destaca-se ainda apresentação atípica com melhoria e piora do quadro após dois meses do início. Portanto, mais um caso duvidoso quanto ao uso e à eficácia de medicações nos casos de SS.

PRC-253 RELATO DE CASO: TONTURA E CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE CATARATA

Paloma Simoni Gama Ferreira, Samuel Neiva Almino, Érica Carla Figueiredo de Souza, Antônio Augusto Lopes Sampaio, Camila Lira Holanda de Lima Barros, Fátima Abreu Alves, Gabriella Soares de Souza

Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A manutenção da postura e do equilíbrio é dependente de três sistemas principais: visual, vestibular e proprioceptivo. Alterações nessas funções são frequentemente encontrados em pacientes com queixa de tontura. A tontura é um sintoma subjetivo e inespecífico. É provocado por mecanismos fisiopatológicos diferentes, pode ser queixa comum a diversas doenças.

Apresentação do caso: A.T.S., 69 anos, feminino, comparece ao serviço de otorrinolaringologia de um hospital público de São Paulo com queixa de tontura tipo desequilíbrio associada à síncope e à alteração visual havia dois anos. Sintomas desencadeados pela movimentação da cabeça. Dislipidêmica, diabética e hipotireóidea. Antecedente de tontura rotatória associada à perda neurosensorial moderada bilateral em uso de betaistina. Ao exame, Romberg positivo para direita com nistagmo semespontâneo bilateral. Encaminhada à oftalmologia, a qual indicou cirurgia para correção de catarata. Vectoeletronistagmografia com função vestibular central deficitária bilateral e ressonância magnética de crânio com redução volumétrica cerebelar. Encaminhada à neurologia para avaliação. Foi feita facoemulsificação (cirurgia de catarata) com melhoria importante dos sintomas, nistagmo ausente e Romberg negativo.

Discussão: As causas de tontura são de difícil diagnóstico. Dispõe-se de uma variedade de exames complementares, porém esses não são capazes de avaliar bem a função vestibular. Entre as etiologias não vestibulares da tontura estão as decorrentes de problemas visuais. Em condições normais, os órgãos da visão contribuem com 85% dos estímulos encaminhados ao cérebro para a aprendizagem e o desenvolvimento da locomoção e da mobilidade. Quando a visão está prejudicada, é frequente a instabilidade postural.

Comentários finais: As patologias visuais podem ser um importante diagnóstico diferencial nos casos de tontura. O objetivo deste relato de caso é demonstrar a relevância da contribuição visual para o controle motor e o equilíbrio do indivíduo.

PRC-254 SÍNDROME DA DEISCÊNCIA DO CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR: RELATO DE CASO

Lígia Raquel Maeda, Cláudia Izzo Palandrani, Renata Vigolvinho de Oliveira, Ananda Caroline Lopes Soares, João Francisco Giampietro di Giacomo, Ricardo Schaffeln Dorigueto, José Ricardo Gurgel Testa

Hospital Paulista de Otorrinolaringologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Síndrome da deiscência do canal semicircular superior (SDCS) descrita por Minor em 1998 caracteriza-se por uma falha na cobertura óssea na porção superior do canal, em íntimo contato com a fossa média. Suas manifestações clínicas decorrem da presença de uma terceira janela patológica que modifica a dissipação da energia gerada pela movimentação dos líquidos do labirinto.

Apresentação do caso: M.C.S.C., feminino, 47 anos, queixa de zumbido em orelha esquerda e vertigem com olhos fechados havia seis anos, com piora após crise de enxaqueca havia um ano. Exame físico: nistagmo ausente, Romberg negativo, Weber com lateralização à esquerda e membrana timpânica com área monomérica à esquerda. Audiometria com SRT 15 dB à direita e 40 dB à esquerda com perda condutiva e *gap* de 20 dB em frequências baixas, reflexos estapedianos ausentes. Otoneurológico sem alterações, emissões otoacústicas produto de distorção presente parcialmente à direita e ausente à esquerda, VEMP ocular alterado bilateralmente e VEMP cervical alterado à esquerda. Tomografia de ossos temporais com afilamento cortical em CSC superior esquerdo e foco de deiscência na porção anterior.

Discussão: Estima-se que a prevalência é de 0,7% para deiscência completa do canal superior e 1,3% para deiscência parcial. As manifestações da síndrome incluem um amplo espectro de sinais e sintomas cocleovestibulares, raramente óbvios no momento da admissão. Pode apresentar-se com hipoacusia de condução, que mimetiza otosclerose, porém com reflexos estapedianos presentes. Seu diagnóstico é confirmado por meio de tomografia de ossos temporais com cortes finos, o tratamento é restrito a procedimento cirúrgico para pacientes com sintomas vestibulares.

Comentários finais: Como a SDCS é uma patologia rara, é importante incluí-la entre as causas de vertigem e hipoacusia de transmissão. Seu diagnóstico correto evita abordagens terapêuticas inapropriadas.

PRC-255 SÍNDROME DE NOONAN ASSOCIADA À SURDEZ NEUROSENSORIAL CONGÊNITA: RELATO DE CASO

Thaís Fontes de Magalhães, Willian da Silva Lopes, Alessandra Caland Noronha, Aline Saraiva Martins, Raphael Oliveira Correia, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Felipe Cordeiro Gondim de Paiva

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A síndrome de Noonan (SN) é um distúrbio genético autossômico dominante em que podem ocorrer mutações esporádicas. Os critérios diagnósticos de van de Burgt baseiam-se em anormalidades faciais, cardíacas, torácicas e linfáticas; história familiar; baixa estatura; retardo mental; criptorquidia. Há destaque à mutação no gene PTPN11. Pacientes com SN podem apresentar perda auditiva (PA) em graus variados, geralmente progressiva. Em revisão de literatura, encontramos apenas cinco casos de surdez congênita associada à síndrome. Aqui, relatamos o caso de um paciente com Noonan e PA profunda pré-lingual.

Apresentação do caso: Masculino, 34 anos. Ao exame físico: face triangular, fenda palpebral oblíqua com ângulo externo voltado para baixo, hipertelorismo ocular, pavilhão auricular de implantação baixa, pescoço alado; baixa estatura; *pectus carinatum*; criptorquidia. Tem anormalidades cardíacas. Primeira audiometria mostra hipoacusia mista profunda bilateral. Dez anos depois, novo exame revela hipoacusia mista profunda à esquerda e sensorineural profunda à direita. Paciente não desenvolveu fala. Mãe tabagista, apresentou sangramento no terceiro trimestre; criança nasceu com baixo peso.

Discussão: Nosso paciente apresenta, desde o período pré-lingual, hipoacusia profunda mista com progressão para neurosensorial (PANS). Possíveis causas para a PANS são: número reduzido de células ganglionares espirais, canais semicirculares laterais aumentados, deslocamento de sacos endolinfáticos e aquedutos vestibulares. Anormalidades na cadeia ossicular, osso temporal e membrana timpânica, além de episódios recorrentes de otite média secretora, são fatores implicados na PA condutiva no Noonan.

Comentários finais: Pacientes com SN apresentam sintomas variados, necessitam de acompanhamento multidisciplinar. Embora a

surdez ao nascimento seja rara, é comum ocorrerem anormalidades faciais e PA progressiva nesses pacientes. A participação do otorrinolaringologista é essencial.

PRC-256 SURDEZ SÚBITA PÓS-VEMP: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Fabrizio Scapini, Mariana Zago de Moraes, Jáder Carvalho de Oliveira, Eduardo Librelotto Fernandes, Thomaz Pisacco Foster, Frederico da Cunha Abbott, Aline da Silva Nascimento

Serviço de Otorrinolaringologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução: O potencial miogênico evocado vestibular (VEMP) avalia as vias vestibuloespinal e vestibulo-ocular a partir da mácula do sáculo e do utrículo, respectivamente. É frequentemente usado para avaliar distúrbios otoneurológicos. O teste é difundido na prática clínica e considerado seguro, embora uma recente publicação internacional tenha reportado um caso de surdez súbita após o teste.

Apresentação do caso: Paciente C.M.A., feminina, 69 anos, psicóloga, foi encaminhada para avaliação labiríntica após episódio de síncope. Na avaliação clínica, apresentava apenas teste de Fukuda para a direita. Foram solicitados exames laboratoriais, audiológicos, vectoeletronistagmografia e VEMP. A paciente queixou-se de perda auditiva bilateral imediatamente após a aplicação do VEMP, e em audiometria feita dois dias após foi confirmado rebaixamento dos limiares. Iniciou tratamento com prednisolona e pentoxifilina, com melhora parcial durante as semanas seguintes, foi necessária a adaptação e próteses auditivas. A paciente iniciou então tratamento com betaistina e Ginkgo Biloba. Evoluiu com episódios de flutuação na audição, um desses episódios foi revertido após novo pulso de corticoterapia, sugeriu hidropsia endolinfática atípica (sem vertigem). Fez audiometria com teste do glicerol e apresentou melhora nos limiares. Passou então a usar betaistina e clortalidona, com certa melhora na discriminação. Mantém acompanhamento atualmente.

Discussão: Este é o segundo caso reportado na literatura até o presente momento. A idade e a hidropsia podem ter contribuído para os danos cocleares pós-VEMP. Entretanto, a intensidade do estímulo empregado (95 dB NA) deve ser discutida nessas situações, no sentido de prevenir danos cocleares nessa faixa etária e em pacientes com hidropsia endolinfática.

Comentários finais: Apesar do reconhecimento geral da segurança e da boa tolerabilidade do VEMP, parece claro que há uma sobrecarga significativa sobre a cóclea durante o teste. Isso sugere que talvez devam ser definidos limites de estímulo e precaução à exposição a testes sucessivos.

PRC-257 TONTURA INCAPACITANTE EM PACIENTE HIV POSITIVO

Carlos Eduardo Borges Rezende, Paula Ribeiro Lopes, Bruno Takegawa, Laís Lourenço Garcia da Cunha, Mariana Affonso Tappi, Priscila Bogar, José Ronaldo de Souza Filho

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

Introdução: Tontura é uma sintoma que pode causar muito desconforto a um paciente. Variadas são as possíveis etiologias. Relatamos o caso de um paciente com tontura incapacitante e portador do vírus HIV.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, de 40 anos, com o diagnóstico de Aids havia mais de 20 anos, doença controlada e acompanhada com infectologista. Esse paciente apresenta vertigem objetiva havia oito anos, com duração de aproximadamente 30 minutos, acompanhada de plenitude auricular e sintomas neurovegetativos. Esse sintoma já o fizera ter acidentes automobilísticos

e o afastara do trabalho. Tinha audiometrias prévias, com audição normal à esquerda e orelha direita com perda sensorineural progressiva. Ao exame físico apresentava-se sem alterações à otoscopia e provas vestibulares.

Discussão: A principal alteração otológica relacionada ao HIV é disacusia sensorineural. Essa pode ser devida à neurite causada pelo vírus, autoimunidade, infecções oportunistas ou até mesmo pela ototoxicidade da terapia antirretroviral. O que se sabe é que com a progressão da doença há uma piora da função auditiva dos pacientes com HIV comparada com a de indivíduos sem esse vírus, o que explica a piora progressiva de nosso paciente. Sabe-se também que a queixa de vertigem é similar em pacientes com e sem o vírus. Outra hipótese que pode ser aventada é a de doença de Ménière; alguns estudos relacionam a incidência dessa doença a aumento de títulos de varicela-zoster e adenovírus, doenças que são tipicamente oportunistas em pacientes imunodeprimidos.

Comentários finais: Há poucos relatos na literatura que correlacionem HIV e alterações vestibulares. Devemos sempre nos atentar para um paciente com HIV quanto à evolução natural da doença, alterações como disacusia progressiva, doenças oportunistas e ototoxicidade causada pelas drogas prescritas.

PRC-258 VERTIGEM CENTRAL CONDUZIDA COMO NEURONITE VESTIBULAR: RELATO DE CASO

Daniilo Rodrigues Cavalcante Leite, Carlos Henrique Tolomei, Diego Lima Vasconcelos, Mariana Figueiredo Guedes d'Amorim, Ana Paula Giusti de Campos, Alexandre Ramos Caiado Filho, Maury de Oliveira Faria Júnior

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: Vertigem é ilusão de movimento (girar em torno do ambiente ou vice-versa). Vertigem de início agudo e duração prolongada de origem periférica é comumente causada por neuronite vestibular, não podem ser descartadas causas centrais.

Apresentação do caso: Mulher, 49 anos, admitida em pronto-atendimento com vertigem súbita e intensa associada a náuseas e vômitos. Negava alterações de marcha, força ou perda de consciência. RNM de encéfalo sem alterações. Após sintomáticos e melhora parcial dos sintomas, internação com hipótese de neuronite vestibular. Paciente evoluiu com disfagia; foi solicitada avaliação otorrinolaringológica. Ao exame, paciente apresentava *head impulse test* negativo, nistagmos semiespontâneos para a esquerda, Romberg positivo para a direita, Hunttemberg positivo para direita e nasofibroscopia mostrava paresia de prega vocal direita, com suspeita de lesão do nervo vago e provável causa central. Feita nova RNM, que evidenciou infartos lacunares isquêmicos agudos na região lateral direita do bulbo e do vermis cerebelar. Paciente acompanhada com neurologia e fonoaudiologia para reabilitação, sem novas queixas.

Discussão: A investigação dos quadros de vertigem requer conhecimento anatomofisiológico das vias vestibulares, identificação da vertigem como periférica ou central como premissa da identificação etiológica e do tratamento. Nas causas centrais a vertigem é um sintoma comum; o paciente geralmente não assume a postura ereta e tem outros sintomas concomitantes que sugerem causa central. O problema ocorre quando o paciente apresenta apenas a vertigem como único sintoma, pois normalmente é associada a labirintopatias, não se investigam causas centrais para tal sintomatologia. No referido caso, a disfagia e o provável acometimento do vago foram determinantes para a investigação de um quadro central e imperativos para a repetição da RNM para se poder chegar ao diagnóstico preciso da paciente.

Comentários finais: Para se lograr êxito no tratamento das vertigens e identificar possíveis doenças subjacentes de maneira adequada, a diferenciação entre quadros centrais e periféricos é fundamental.

Área Temática: Otorrinolaringologia Pediátrica

PRC-259 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE LESÃO EXPANSIVA EM PALATO NO PACIENTE NEONATO

Priscilla Durante Miotto, Carolina Sponchiado Miúra, Aline Pires Barbosa, Andréa Arantes Braga, Ariana di Salvo Arthur, Fabiana Cardoso Pereira Valera, Wilma Teresinha Anselmo Lima

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: Apesar de as causas extrapulmonares de insuficiência respiratória aguda em neonatos representarem menos de 5% dos casos, o adequado reconhecimento e a investigação etiológica são importantes. Entre esses diagnósticos diferenciais podemos citar os tumores de via aérea superior. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de tumor de células germinativas maligno misto primário de palato em paciente prematura portadora de síndrome de Aicardi.

Apresentação do caso: Paciente feminina, prematura, com 48 horas de vida apresentou quadro de insuficiência respiratória aguda relacionada à obstrução de via aérea superior, devido a lesão tumoral de rinofaringe. Durante investigação, a tomografia evidenciou processo expansivo em rinofaringe, malformações intracranianas e microftalmia esquerda compatíveis com síndrome de Aicardi. Biópsia da lesão foi compatível com teratoma maduro. Com seis meses, a paciente apresentou progressão de doença local e foram necessárias traqueostomia e nova biópsia, que revelou tumor de células germinativas maligno misto. Exames de estadiamento sem evidência de doença a distância. Iniciado tratamento sistêmico com cisplatina, ifosfamida e vincristina, porém a paciente apresentou toxicidade hematológica grau IV e progressão tumoral, foi modificado o esquema para etoposídeo oral paliativo.

Discussão: O diagnóstico da síndrome de Aicardi é baseado em critérios clínicos, como alterações oftalmológicas e neurológicas, bem como achados radiológicos compatíveis com malformações cerebrais e do esqueleto axial. Apresenta caráter dominante ligado ao X e foi primeiramente descrita em 1965. Na literatura revisada, foi identificado apenas um caso relatado de síndrome de Aicardi em paciente feminina com 22 semanas de vida associado a carcinoma embrionário de cabeça e pescoço (CP). Outros tipos histológicos de tumores primários de CP em pacientes pediátricos são sarcoma, neoplasias linfo-hematopoiéticas e malformações linfovascules. Tumores de células germinativas de CP são raros, com potenciais complicações graves devido à sua localização anatômica.

Comentários finais: Apesar de raras, o otorrinolaringologista deve ter conhecimento das lesões tumorais de via aérea superior e dos seus diagnósticos diferenciais. O manejo multidisciplinar dos pacientes portadores desse tipo de lesão associado ao seu diagnóstico precoce e tratamento adequado pode contribuir para melhores resultados no controle da doença.

PRC-260 ABSCESSO BILATERAL PERIAMIGDALIANO

Mariana Manzoni Seerig, Letícia Chueiri, Lourenço Sabo Muller, Carlos Alberto Kuntz Nazário, Rosana Cristine Otero Cunha, André Souza de Albuquerque Maranhão

Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: Os abscessos periamigdalianos são coleções de material purulento que se desenvolvem exteriormente à cápsula amigdaliana. São complicações frequentes das faringotonsilites agudas e são usualmente unilaterais. O diagnóstico é clínico e o tratamento baseia-se em antibioticoterapia, seguida ou não de procedimento para drenagem.

Apresentação do caso: Paciente masculino, um ano e três meses, apresentava dor de garganta, odinofagia, inapetência, vômitos e febre havia dois dias. Ao exame visualizava-se abaulamento bilateral dos pilares amigdalianos, mais pronunciado à direita. O leucograma era normal, apresentava predomínio de linfócitos e provas de atividade inflamatória elevadas. A tomografia confirmava a hipótese de abscesso periamigdaliano bilateral. Foi instituído tratamento com ceftriaxona, clindamicina e prednisolona. Após cinco dias do tratamento clínico o paciente apresentava apenas leve regressão do abaulamento em pilares amigdalianos e pioria dos parâmetros infecciosos laboratoriais. Foi então submetido a procedimento cirúrgico para drenagem. A cultura foi positiva para *S. aureus*.

Discussão: Abscessos periamigdalianos unilaterais são complicações relativamente frequentes de amigdalites agudas. Entretanto, o diagnóstico clínico de abscesso bilateral é bastante raro. Como a infecção bacteriana geralmente envolve ambas as tonsilas palatinas, é provável que a progressão para abscesso também ocorra bilateralmente, com diferentes estágios de disseminação da infecção de cada lado. São infecções polimicrobianas que se apresentam com febre, odinofagia, dor de garganta, trismo e voz de "batata quente". Apesar de ser um diagnóstico essencialmente clínico, a tomografia pode ajudar no diagnóstico diferencial, além de identificar possíveis complicações. O manejo inicial visa a assegurar a via aérea do paciente e instituir terapia antibiótica, que isoladamente pode ser insuficiente; faz-se necessária drenagem da coleção.

Comentários finais: No caso em questão a drenagem do abscesso foi feita após falha do tratamento clínico. Apesar do resultado da cultura positivo para *S. aureus*, acreditamos que a infecção tivesse origem polimicrobiana e mantivemos tratamento com uma cefalosporina.

PRC-262 ARIEPIGLOTECTOMIA BILATERAL ENDOSCÓPICA EM RECÉM-NASCIDO COM LARINGOMALÁCIA GRAVE COM SÍNDROME EHLERS-DANLOS ASSOCIADA

Camillus Magalhães Carneiro dos Santos, Sérgio Bittencourt, Torcuato Sanchez Rojas Neto, Fellipe Cunha Oliveira Pomar, Thiago Andrade Fraga, Daniela Guimarães Garcia Cunha, Juliana Guimarães Garcia Cunha

Hospital São Luiz, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A laringomalácia é a anomalia congênita da laringe mais frequente, responsável por 60% a 75% dos casos de estridor congênito. Apesar de seu curso benigno e autolimitado, 10% dos casos necessitam de intervenção. Atualmente, as supraglotoplastias são consideradas o tratamento padrão da laringomalácia grave.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, dois meses, portador da síndrome de Ehlers-Danlos, apresentou rinorreia, cianose, insuficiência ventilatória com pioria progressiva, evoluiu com incapacidade de aleitamento materno. O paciente foi submetido à internação hospitalar, foi feita broncoscopia, que evidenciou laringomalácia grau grave. Para correção, foi feita ressecção endoscópica do tecido supraglótico redundante com laser diodo (ariepiglotectomia bilateral).

Discussão: Nos casos severos de laringomalácia, de 10 a 15% dos pacientes, devem ser tratados cirurgicamente. Além das manifestações da infância em decorrência das pregas ariepiglóticas curtas e do formato tubular e alongado da epiglote, na vida adulta esses indivíduos podem apresentar dificuldades respiratórias em situações de estresse físico, mais acentuado do que na população normal. Foi diagnosticada como asma desencadeada por esforço físico ou de origem constitucional. O paciente em questão evoluiu para um bom padrão respiratório com a secção de prega ariepiglótica bilateral, sob anestesia geral, não se evidenciaram complicações no ato cirúrgico. Dados da literatura relatam 85% de sucesso cirúrgico com a secção de prega ariepiglótica unilateral e 95% com a secção

da prega ariepiglótica contralateral. Segundo a literatura, não há relação entre laringomalácia e a síndrome de Ehlers-Danlos.

Comentários finais: Uma vez que a literatura não mostra relação entre laringomalácia e a síndrome de Ehlers-Danlos, expomos o caso de um lactente no qual o portador da síndrome associada a um grau severo de laringomalácia se beneficiou com a ressecção endoscópica do tecido supraglótico redundante com laser diodo (ariepiglotectomia bilateral).

PRC-263 ASPECTOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS DA SÍNDROME DE PROTEUS: RELATO DE CASO

Débora Hirose Aparecido, Carlos Eduardo Cesário de Abreu, Edenício Lourenço da Silva Júnior, Julian Pablo Stavarengo, Marcelo Guimarães Machado, Mariana Esmeraldo Pinheiro

Casa de Saúde Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A síndrome de Proteus é uma síndrome hamartomatosa muito rara, congênita, de origem genética. Tem como característica malformações causadas por um crescimento excessivo e multifocal dos tecidos, derivados dos três folhetos germinativos, que determinam gigantismo parcial dos membros, hemi-hiperplasia, nevus pigmentados, nevus cerebriiformes de tecido conjuntivo, malformações vasculares, tumores subcutâneos, macrocefalia e visceromegalias, porém com desenvolvimento mental normal.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, quatro anos. Mãe se queixou de sintomas nasais obstrutivos, roncos e hipoacusia em ouvido direito. Ao exame físico, apresentava alterações hiperplásicas e nevus pigmentados em tímpano direito, amígdala direita grau 4, estenose em conduto auditivo externo (CAE) direito.

Discussão: Paciente tem uma audiometria com LRF de 75 dB e imitanciometria com curva tipo B em ouvido direito. A tomografia de ossos temporais mostrava estenose de CAE à direita, porém com as estruturas dos ouvidos médio e interno preservadas. O exame de nasofibrolaringoscopia evidenciou tecido de aspecto linfóide em 70% do *cavum*. Devido a antecedentes e queixas, a paciente está em programação cirúrgica de adenoamigdalectomia e meatoplastia em ouvido direito.

Comentários finais: A incomum e alta variedade de manifestações clínicas da síndrome de Proteus predispõe à dificuldade diagnóstica. Os diagnósticos diferenciais incluem as síndromes vasculares e as pigmentadas elipomatoses; a principal é a síndrome de Klippel-Trenaunay. Frente ao espectro clínico variável, é necessária avaliação de equipe multidisciplinar, com suporte clínico e acompanhamento psicológico.

PRC-265 COMPLICAÇÃO ORBITÁRIA BILATERAL DEVIDO À RINOSSINUSITE AGUDA EM UMA CRIANÇA: RELATO DE CASO

Natália Silva Cavalcanti, Alessandro Tunes Barros, Lillian da Cruz Lino Salvador, Gustavo Lima Cardoso

Hospital Santo Antônio, Votorantim, SP, Brasil

Introdução: Rinossinusite é a mais frequente infecção aguda e crônica na otorrinolaringologia e pode apresentar sérias complicações. Dentre essas complicações, as orbitárias são as mais frequentes e ocorrem na maioria dos casos entre jovens e crianças.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 14 anos, encaminhado de um hospital do interior da Bahia com história de cefaleia, dor facial, edema e eritema palpebral havia um mês. Genitora referiu que ocorreu um aumento significativo de edema palpebral bilateral com oclusão quase total dos olhos. Negou febre nesse período e referiu rinorreia e obstrução nasal. Ao exame, o paciente não conseguia abrir os olhos, edema de pálpebras superiores bilaterais e sinais flogísticos. Acuidade visual preservada bilateral. Foi feita tomografia computadorizada (TC) de crânio, face e seios paranasais, na qual se constatou velamento quase completo dos seios ma-

xilares, da loja esfenoidal direita, das células etmoidais e do seio frontal, associado a realce da mucosa pelo meio de contraste e obliteração das unidades osteomeatais, recessos frontais e esfenometmoidais; coleção com realce periférico, contendo líquido, localizada na gordura extraconal, adjacente ao teto da órbita esquerda e direita, que deslocava os músculos retos superiores inferiormente; espessamento das partes moles e foco de gás na gordura extraconal adjacente à lamina papirácea à direita. Foi indicada internação para acompanhamento clínico, cirurgia endoscópica nasossinusal e drenagem do abscesso palpebral bilateral. Mantido internado por sete dias sem intercorrências com antibioticoterapia venosa, corticoterapia, lavagem nasal e ocular, com posterior alta hospitalar.

Discussão: A celulite pré-septal, como nosso caso, manifesta-se com proptose ocular, edema e hiperemia palpebral, além de dores durante a movimentação ocular. Os reflexos pupilares e a acuidade visual do paciente, no entanto, apresentavam-se normais. Normalmente, nesses casos preconizam-se internação hospitalar, avaliação multidisciplinar e antibioticoterapia endovenosa de largo espectro. A indicação cirúrgica é fundamental nos casos de abscesso e em pacientes sem resposta ao tratamento clínico inicial. Neste estudo, optou-se pela cirurgia endoscópica nasossinusal e drenagem do abscesso palpebral após tratamento clínico em outro serviço sem sucesso.

Comentários finais: Complicações orbitais de rinossinusite aguda são comuns na pediatria. Em nossa experiência, a cirurgia endoscópica dos seios paranasais demonstra ser uma abordagem segura e com bom prognóstico no tratamento das complicações de rinossinusites agudas.

PRC-266 COR PULMONALE EM CRIANÇA COM HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA E ANEMIA FALCIFORME SC

Cheng T-Ping, Gabriel Rabelo Guimarães, Sérgio Edriane Rezende, Mariana Gomes Siqueira, Loyane Lisieux Bronzon Vasconcelos, Adriana Torres da Silva, Leonardo Petrone Castro

Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A hipertrofia adenoamigdaliana em crianças pode causar a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), que, se não tratada, pode complicar com *cor pulmonale*.

Apresentação do caso: Criança masculina, três anos, portadora de anemia falciforme SC, foi admitida com urgência por edema facial, sonolência e queda da saturação de oxigênio. Tinha relato de respiração bucal, ronco e paradas respiratórias no sono importantes, não tratadas, por hipertrofia adenoamigdaliana. Ecocardiograma: aumento de ventrículo e átrio direitos, fração de ejeção de 74%, insuficiência tricúspide e pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) de 74 mmHg. Foi submetida à entubação orotraqueal urgente e iniciados sildenafil, furosemida e também antibioticoterapia, porque evoluiu com síndrome torácica aguda. Após estabilização clínica, e ainda entubada, foi feita adenoamigdalectomia: encontraram-se adenoide obstrutiva e amígdalas grau III/IV. O tubo orotraqueal foi retirado no segundo dia pós-operatório e a criança evoluiu bem, com PSAP de 30 mmHg.

Discussão: A SAOS pode acarretar, em casos extremos, a hiperventilação pulmonar e o *cor pulmonale* (hipertensão da artéria pulmonar e insuficiência cardíaca direita), que regredem após a adenoamigdalectomia. As alterações cardiovasculares relacionadas à doença falciforme incluem aumento da área cardíaca, isquemia miocárdica, disfunção biventricular e hipertensão pulmonar.

Comentários finais: Foi levantada a hipótese de *cor pulmonale* secundária a SAOS por hipertrofia adenoamigdaliana e/ou doença falciforme. Embora complicações cardiovasculares agudas em crianças com SAOS sejam raras, aquelas com respiração bucal, ronco e paradas respiratórias no sono devem ser acompanhadas e a amigdalectomia deve ser feita, se necessária.

PRC-267 FARINGOMALÁCIA COMO CAUSA DE SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM CRIANÇAS

Carolina Fischer Becker, Andreia Melchior Wenzel, Karine Bombardelli, Denise Manica, Cláudia Schweiger, Gabriel Kuhl

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Há poucos artigos na literatura que relacionem a faringomalacia como causa da síndrome da apneia do sono (SAOS) em crianças. A faringomalacia consiste no colapso das estruturas faríngeas durante a inspiração, causa obstrução da via aérea. Normalmente, está associada a quadros neurológicos e doenças que causam hipotonia muscular importante. O tratamento é controverso, a traqueostomia é indicada em alguns casos.

Apresentação do caso: Paciente masculino, sete meses, previamente hígido, iniciou com roncocal e apneia aos três meses, sem outros sintomas associados. Não apresentava hipertrofia adenoamigdaliana ou alterações craniofaciais. Feita nasofibrolaringoscopia flexível (NFL) sob anestesia geral com ventilação espontânea, que evidenciou colapso da luz faríngea durante a inspiração. A polissonografia mostrou IAH de 17,6 eventos/hora e marcada dessaturação. O tratamento proposto foi uso de pressão positiva contínua (CPAP) durante o sono, com resolução completa dos sintomas.

Discussão: Ao procurarmos o termo "pharyngomalacia", o PubMed identifica apenas cinco artigos. A faringomalacia é diagnosticada normalmente em crianças com diminuição do tônus muscular, devido a desordens neurológicas ou síndromes associadas. Nosso caso descreve um paciente sem comorbidades, com o diagnóstico de faringomalacia obstrutiva. Não identificamos caso semelhante na literatura. O tratamento não é consenso. A traqueostomia é a opção terapêutica mais usada em pacientes neurológicos. Apesar de eficaz, é um procedimento invasivo, com altos índices de complicações. O uso do CPAP é um método não invasivo, que impede o colapso da via aérea durante a inspiração, devido à formação de um coxim pneumático. No nosso caso, seu uso foi indicado e bem tolerado pelo paciente.

Comentários finais: Apesar de incomum e pouco diagnosticada, a faringomalacia pode ser uma causa de SAOS em crianças, inclusive naquelas sem comorbidades. O diagnóstico depende da avaliação dinâmica da via aérea, por meio da NFL. Demonstramos que o uso do CPAP pode ser um tratamento eficaz e evitar a traqueostomia.

PRC-268 HEMANGIOMA DE BASE DE LÍNGUA - RELATO DE CASO

Eduardo Villar Lauand, Cláudia Pereira Maniglia, Ísis Ikumi Shibasaki, Marcela Fernandes Ferreira de Souza, Fernanda Toledo

Hospital de Otorrinolaringologia (HIORP/IELAR), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: O hemangioma é uma neoplasia benigna de origem vascular, com maior incidência na infância, classificado em dois grupos; capilares, mais prevalentes, superficiais e não capsulados. Já os cavernosos são maiores e menos delimitados, se manifestam após o nascimento e regredem em alguns casos sem tratamento. O sexo feminino é o mais acometido, 60% se encontram na região de cabeça e pescoço, porém lábio, mucosa jugal e língua podem ter lesões. Cerca de 80% apresentam-se de forma isolada, são passíveis de ulcerações e sangramento por seu aspecto altamente vascularizado.

Relato de caso: V.K.S., masculino, dois anos e nove meses, branco, portador de síndrome de Down, deu entrada no serviço quando recém-nascido para consulta de rotina. Retornou aos 12 meses com queixa de ferida na língua de pequeno tamanho, bem delimitada, de origem vascular e depressível a digitopressão. Foi adotado tratamento expectante. Aos dois anos observou-se crescimento da lesão, com ulceração da superfície, bordas bem delimitadas, sem comprometimento aparente de estruturas

subjacentes. Procedeu-se a exérese da lesão, com resultado de hemangioma cavernoso ao anatomopatológico. Seguimento de pós-operatório sem evidências de recidivas.

Discussão: No caso acima devemos considerar a idade e a evolução da doença. O tratamento varia entre as bibliografias, a depender da topografia e extensão da lesão, varia desde excisão convencional, laserterapia, eletrocauterização e crioterapia até injeção de substâncias esclerosantes associadas ou não à embolização. Trabalhos não apresentam consenso quanto a exames diagnósticos em lesões pequenas intraorais, enfatizam que o diagnóstico é clínico. No caso optou-se por exérese convencional, sem necessidade de exames de imagem, pois a alteração vascular não parecia ser de grandes proporções.

Comentários finais: Geralmente hemangiomas intraorais não causam transtornos ao paciente, a não ser quando situados em regiões propensas a traumas. A cirurgia deve ser individualizada, a depender do tipo e extensão da lesão, devem-se esclarecer os riscos ao paciente e à família e quando possível tentar tratamento conservador.

PRC-269 LINFANGIOMA CONGÊNITO SIMULANDO CISTO LARÍNGEO - RELATO DE CASO

Juliane Moreira Barbosa, José Neto Ribeiro de Souza, Mikhael Romanholo El Cheikh, Mariana Moreira de Deus, Melissa Ameloti Gomes Avelino, Marina Ferraz Gontijo Soares, Raissa Camelo Valletta

Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: As lesões congênitas da laringe têm grande espectro de diagnósticos diferenciais, muitas vezes não podem ser diferenciadas somente pela clínica. Apesar de a maioria dessas lesões ser assintomática, elas podem cursar com ronco, estridor e/ou dispneia.

Apresentação do caso: B.L.M., dois anos, proveniente de Tocantins, com queixa principal de roncocal e dispneia aos esforços. Os pais relataram história de roncocal audíveis em vigília associados à dispneia leve que pioravam aos esforços, de início havia um ano. No início do quadro recebeu diagnóstico de pneumonia e antibioticoterapia endovenosa, porém sem melhoria. Com a persistência dos sintomas, procurou serviço de otorrinolaringologia em seu estado, onde fez fibronasolaringoscopia, que mostrou lesão cística supraglótica com extensão para prega ariepiglótica à esquerda, o que sugere a presença de cisto sacular. Novamente apresentou pioria da dispneia; foi internado em CTI durante sete dias, onde foi feita punção do cisto laríngeo, com melhoria temporária do padrão respiratório. Passados 14 dias desse procedimento a criança voltou a apresentar pioria do desconforto respiratório; foi então encaminhada ao pronto-socorro de ORL-CCP para prosseguir investigação. Nesse dia se apresentou com dispneia leve. Foi feita fibronasolaringoscopia, com achado semelhante ao primeiro exame. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de pescoço, que não foi possível ser feita, pois a criança apresentou queda da saturação de oxigênio antes do início do exame. A criança foi levada ao centro cirúrgico para videolaringotraqueoscopia, foi feita ressecção cirúrgica da lesão laríngea por laringoscopia direta. No pós-operatório a criança apresentou melhoria importante do quadro respiratório. Recebeu alta assintomática no terceiro dia pós-operatório. Depois de 30 dias retornou com resultado anatomopatológico (AP) compatível com hemangioma. Então foi feita imediatamente TC de pescoço, que evidenciou imagem de contornos definidos e lobulados, hipodensa e hipovascular localizada na região cervical anterior esquerda sugestiva de linfangioma. Solicitada revisão de lâmina do AP, que confirmou a hipótese de linfangioma laríngeo.

Comentários finais: A compreensão clara acerca da história clínica e evolução natural dos cistos laríngeos torna-se fundamental ao médico especialista, para que sejam feitos o diagnóstico e o tratamento adequados.

PRC-270 MALFORMAÇÃO VASCULAR COMO CAUSA DE COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DA TRAQUEIA

Fernando Massa Correia, Carolina Sponchiado Miura, Fabiana Cardoso Pereira Valera, Aline Pires Barbosa, Andréa Arantes Braga, Priscilla Durante Miotto

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: As anomalias congênitas do arco aórtico constituem um conjunto de malformações que causam compressão do esôfago e da traqueia. Representam menos de 1% do total das anomalias congênitas cardiovasculares e são mais encontrados em crianças devido ao aparecimento precoce dos sintomas.

Apresentação do caso: Neste relato apresentamos um paciente masculino de três meses com diagnósticos de cardiopatia congênita tipo comunicação interatrial e interventricular associada a dismorfias craniofaciais. Foi submetido à correção cardíaca sem intercorrências em 12 de novembro de 2014, porém no pós-operatório evoluiu com falhas sequenciais de extubação. Foi avaliado pelo serviço de otorrinolaringologia pediátrica do HCFMRP por meio de laringossuspensão, que evidenciou um estreitamento na traqueia distal, que poderia corresponder à compressão extrínseca. Após o exame, foi solicitada tomografia computadorizada do pescoço e tórax com reconstrução 3D que demonstrou a presença de um anel vascular com efeito compressivo na traqueia. Em 18 de dezembro de 2014 foi submetido a nova toracotomia, com achado intraoperatório de arco aórtico circunflexo tipo esquerdo com compressão traqueal supracarinal. Na cirurgia foi feita a secção do canal arterial e aortopexia descendente proximal. O paciente apresentou boa evolução clínica no pós-operatório imediato, comprovada por traqueobroncoscopia flexível por meio do tubo orotraqueal. Com a melhoria gradual dos parâmetros clínicos e respiratórios, foi extubado no quinto dia pós-operatório sem intercorrências. Durante a internação recebeu diagnóstico de síndrome de DiGeorge. Aos sete meses evoluiu para óbito secundário à infecção do cateter e infecção urinária fúngica.

Discussão: Malformação congênita do arco aórtico que causa efeito compressivo na traqueia é uma condição rara e grave que pode levar à morte e o diagnóstico precoce pode significar um melhor prognóstico

Comentários finais: O diagnóstico dessa condição clínica depende de um elevado grau de suspeição. A traqueobroncoscopia e a tomografia computadorizada são exames de extrema importância.

PRC-271 MIXTURE OF 5-FLUORACIL AND TRIAMCINOLONE IN THE TREATMENT OF PHARYNGEAL STENOSIS AFTER TONSILLECTOMY

Michel Balvedi Nomura, Marcelo Charles Pereira, Vinicius Ribas Fonseca, Emily Balvedi Nomura, Juliana Mesti

Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR, Brazil

Introduction: There are several surgical techniques for tonsillectomy, and its feared complication is pharyngeal stenosis, which is difficult to correct and takes a narrowing of the oropharynx. The local injection of triamcinolone acetonide is a therapeutic option, but studies show the effectiveness of other drugs in combination with triamcinolone.

Case report: Three patients underwent tonsillectomy in the ENT service of Hospital da Cruz Vermelha in 2013. After a month of surgery patients reported nasal obstruction. An oroscopy showed obstruction of the soft palate, with accession to the posterior pharyngeal wall. A rhinoscopy found adherence of the soft palate, with stenosis and partial obstruction of the airway. Dissection and loosening of the adhesions were performed, with the injection on each side of the posterior wall of the oropharynx and palate with 2.5mL of a mixture of 5-fluorouracil and triamcinolone. In patients 1 and 2, five applications were performed, and in patient 3, eight,

all of which presented partial reversal of adhesions and complete improvement of palatal function.

Discussion: The aim of the report is to evaluate the efficacy of the mixture of 5-fluorouracil and triamcinolone in the treatment of post-tonsillectomy pharyngeal stenosis.

Final comments: In the reported cases, the combined use of triamcinolone acetate and 5-fluorouracil, combined with surgical intervention for the partial reversal of adhesions, succeeded in the regression of pharyngeal stenosis, changing the focus in the treatment of choice.

PRC-273 NEUROFIBROMA PLEXIFORME LARÍNGEO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISPNEIA NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA

Mariana Dalbo Contrera Toro, César Galusni Senna, Valmir Tunalá Júnior, Rebecca Christina Kathleen Maunsell

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: Um possível diagnóstico diferencial de dispneia na faixa etária pediátrica e neonatal é o neurofibroma plexiforme, extremamente raro. Trata-se de um tumor de origem neural, que afeta as células de Schwann, geralmente relacionado a neurofibromatose. Apresenta crescimento local lento, não metastático. Cerca de 5% dos casos podem ter degeneração sarcomatoide.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, nascido a termo com insuficiência respiratória no momento da intubação traqueal e nascimento. Foi submetida à traqueostomia devido à falha de extubação. Evoluiu nos primeiros quatro meses de vida, com aumento contínuo do volume cervical e esforço respiratório intermitente, apesar de traqueostomia. Apresentou baixo ganho de peso, além de manchas café-com-leite em extremidades, o que levou à suspeita de neurofibromatose. Laringotraqueoscopia foi feita e um tumor submucoso mal delimitado foi observado na topografia da hipofaringe, laringe e traqueia, além de infiltração difusa da submental submandibular do pescoço e bilateralmente. Biópsia da lesão mostrou um neurofibroma plexiforme. Optou-se por fazer troca regular da cânula de traqueostomia. Apesar do seguimento regular, o paciente faleceu aos sete meses de vida por insuficiência respiratória.

Discussão: O neurofibroma plexiforme da laringe é um tumor raro, a localização mais frequente é a região supraglótica, devido a uma maior abundância de fibras nervosas sensoriais na região. A cirurgia pode ser feita em casos de tumores pequenos por via endoscópica ou aberta. O acompanhamento desses pacientes é obrigatório, pela frequente recorrência após a cirurgia e chance de degeneração sarcomatosa. Nos casos de tumor irredutível é necessário atentar para a permeabilidade das vias aéreas.

Comentários finais: O diagnóstico precoce da lesão pode estabelecer diferentes tratamentos e prognósticos. Não há evidência da melhor opção de tratamento na literatura. Assim, cada escolha deve ser individualizada e considerar, especialmente, a preservação da função da laringe, o controle da doença e os sintomas.

PRC-274 PARALISIA DE PREGAS VOCAIS BILATERAL DEVIDO À HIDROCEFALIA E HERNIAÇÃO DE TRONCO CEREBRAL

Daniela de Oliveira Prust, Carolina Sponchiado Miura, Fabiana Cardoso Pereira Valera, Ivna Mota Passos, Andréa Arantes Braga, Aline Pires Barbosa

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A paralisia de pregas vocais é a terceira causa mais comum de estridor no período neonatal e é responsável por 10% das afecções congênitas da laringe. No entanto, a maior parte dos casos é adquirida por causas iatrogênicas, neurológicas, inflamatórias e traumáticas.

Apresentação do caso: L.R.F., 10 anos, apresentava estridor e dispneia havia dois meses, com história de mielomeningocele e hidrocefalia, abriu quadro de hipertensão intracraniana e herniação de tronco cerebral com paralisia de pregas vocais bilateral em adução. Após 45 dias de substituição da derivação ventriculoperitoneal, evoluiu com melhora completa da paralisia.

Discussão: A paralisia de pregas vocais bilateral em adução apresenta como manifestação principal o estridor bifásico. Alterações na voz, deglutição e respiração podem ocorrer. O exame diagnóstico de escolha é a videolaringoscopia flexível com o paciente acordado. Quando esse demonstrar paralisia de uma ou ambas as pregas vocais deve-se investigar a causa subjacente. O tratamento visa à manutenção das funções laringeas. Crianças com paralisia de pregas vocais associada à mielomeningocele e malformação de Arnold-Chiari não devem receber tratamento invasivo (traqueostomia), até que um *shunt* ventriculoperitoneal ou descompressão da fossa posterior sejam feitos, para observar se haverá melhora da função das pregas vocais. A recuperação espontânea da função das pregas vocais é mais comum na população pediátrica. A traqueostomia é um procedimento necessário em 50% dos pacientes. É recomendado esperar pelo menos um ano para um procedimento laringeo definitivo, pois pode haver recuperação espontânea da mobilidade das pregas vocais.

Comentários finais: Paralisia de pregas vocais bilateral como manifestação inicial de herniação de tronco cerebral devido a hipertensão intracraniana é um quadro raro, porém o diagnóstico e tratamento precoces podem alterar de forma significativa a evolução da doença. A observação da recuperação da função laringea após tratamento da hidrocefalia neste caso impediu que o paciente fosse submetido aos riscos e estigmas da traqueostomia.

PRC-275 PERFURAÇÃO SEPTAL AUTOINDUZIDA EM ADOLESCENTE DE 14 ANOS - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Maira da Rocha, João Paulo Mangussi Costa Gomes, Maria Luísa Pedalino Pinheiro, Vitor Guo Chen, Francini Grecco de Melo Pádua, Reginaldo Raimundo Fujita

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A manipulação digital do nariz é um hábito geralmente benigno, que raramente está associado a lesões autoinduzidas significativas, como perfuração septal.

Apresentação do caso: N.F.S, feminino, 14 anos, com epistaxe havia seis meses. Negava história de trauma ou cirurgias prévias. À rinoscopia anterior apresentava uma perfuração circunscrita no terço anterior do septo nasal. A biópsia das bordas da perfuração evidenciou processo inflamatório agudo e crônico, áreas de necrose e fibrose. Foi levantada a hipótese de perfuração septal idiopática. A paciente admitiu três anos, após o início do acompanhamento, que a lesão surgira após manipulação digital do septo nasal.

Discussão: A inserção do dedo e/ou de um objeto na cavidade nasal para remoção de crostas ou secreção nasal é um hábito quase universal em adultos e uma das principais causas de epistaxe e perfuração septal. Pode ser considerada patológica quando associada ao consumo de tempo, comprometimento social ou a lesões autoinduzidas (rinotilexomania), pode estar associada a um transtorno obsessivo-compulsivo ou esquizofrenia.

Comentários finais: A rinotilexomania deve ser considerada como hipótese diagnóstica para perfurações do septo nasal.

PRC-276 PILOMATRICOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES TUMORAIS CERVICOFACIAIS EM CRIANÇAS

Juliana Pontes Andrade dos Santos, Oswaldo Oliveira do Nascimento Júnior, Elaine Alves Carneiro, Raimundo Aldemar Silva Filho, Henrique Fernandes de Oliveira, Rafael de Souza Barros

Hospital das Forças Armadas (HFA), Brasília, DF, Brasil

Introdução: O pilomatricoma é um tumor benigno raro derivado das células basais primitivas da epiderme, que acomete face e pescoço, principalmente. O diagnóstico é eminentemente clínico, confirmado por estudo histopatológico. Apresentaremos caso de criança de cinco anos com lesão em hemiface direita.

Apresentação do caso: E.H.S.C., cinco anos, natural e procedente do interior de Goiás, sem comorbidades. Foi levado a ambulatório de otorrinolaringologia, em março de 2014, e encaminhado por cirurgião pediátrico. Relatou-se surgimento de lesão que determinava abaulamento circunscrito em terço médio da face, em região mandibular direita havia mais de um ano, de crescimento lento, sem dor, prurido, dificuldade de mobilização cervical ou fistulização. Ao exame físico, visualizou-se nódulo único, endurecido, móvel, de aproximadamente 1 cm, com ectasias vasculares em pele sobre mucosa jugal direita. Fizeram-se ultrassonografia e tomografia computadorizada de face, que evidenciaram nódulo na região maxilar direita, subcutâneo, homogêneo, sem comprometimento de planos musculares profundos, media 1,1 × 1 × 0,8 cm. Procedeu-se a biópsia excisional sob anestesia geral em setembro de 2014, cujo diagnóstico histopatológico foi de pilomatricoma.

Discussão: Constitui o segundo tumor mais excisado em crianças, os cistos epidermóides são os primeiros. Relaciona-se a mutações do gene CTNNB1, que codifica β-catenina, proteína importante no desenvolvimento do pelo. O diagnóstico é clínico e frequentemente difícil, os diagnósticos diferenciais envolvem cistos dermóides, epidermóides e branquiais; lipoma; *coloboma auris*; reação a corpo estranho; adenopatia e hemangioma. A lesão é fixa à pele que a cobre e móvel em relação aos planos profundos. Pode ocorrer adelgaçamento do epitélio ou mesmo ulceração. Pilomatricomas múltiplos são raros, ocorrem entre 2% e 4% dos casos. O tratamento é excisão cirúrgica completa da lesão, com raras recorrências.

Comentários finais: Pilomatricoma deve ser considerado no diagnóstico diferencial de nódulos, especialmente aqueles de cabeça, pescoço e membros superiores.

PRC-277 PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO APÓS ADENOAMIGDALECTOMIA

Renata Vigolvino de Oliveira, Luís Felipe de Castro Neves, João Francisco Giampietro di Giacomo, Cláudia Izzo Palandrani, Anike Maria Nascimbem, Sylvania Marielle Rezende Brito, Gilberto Ulson Pizarro

Hospital Paulista de Otorrinolaringologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Adenoamigdalectomia é o procedimento cirúrgico mais frequentemente feito na otorrinolaringologia pediátrica. É uma cirurgia segura, mas complicações como sangramento, edema lingual e injúria ao nervo glossofaríngeo são bem reconhecidas e explanadas aos pacientes durante o processo de consentimento da cirurgia. Apresentamos um caso de complicação não usual de adenoamigdalectomia, o pneumotórax hipertensivo.

Apresentação do caso: M.G.M.S., cinco anos, masculino, submetido à cirurgia de adenoamigdalectomia, evoluiu com espasmo laríngeo após extubação, seguido de queda de saturação, bradicardia e cianose. Foi reintubado, apresentou dificuldade na ventilação manual e expansão do tórax. Evoluiu com enfisema subcutâneo progressivo em hemitórax esquerdo, pescoço e face. Feita punção no segundo espaço intercostal esquerdo (EIE), acima do mamilo, com Jelco nº 20 acoplado à seringa de 20 ml com soro fisiológico, apresentou borbulhamento intenso. Chamado cirurgião torácico, que fez drenagem definitiva em no sexto EIE, linha axilar média, com dreno nº 22, com melhora do quadro. Enviado à UTI em ventilação assistida. No primeiro dia de pós-operatório (DPO) apresentou expansão pulmonar de 90% e ventilação espontânea, no terceiro DPO foi retirado dreno e teve alta no quarto DPO. Após investigação, concluiu-se que o paciente tinha bolhas pulmonares.

Discussão: Bolhas pulmonares são vesículas maiores do que 1 cm, funcionalmente inertes, revestidas por uma parede externa fina e constituída principalmente pela pleura visceral. Após esforço ou espontaneamente, as bolhas pulmonares podem sofrer expansão, levar à compressão mediastinal ou mesmo se romper e causar pneumotórax hipertensivo. No caso relatado, após o esforço do espasmo laringeo o paciente evoluiu com pneumotórax hipertensivo e a drenagem torácica foi o tratamento feito para reverter o problema.

Comentários finais: Pneumotórax hipertensivo é uma complicação rara de adenoamigdalectomia e pode ser fatal. Revisar a técnica de drenagem torácica nesses casos de emergência é fundamental para resolução do quadro.

PRC-278 RABDOMIOSSARCOMA DE REGIÃO TEMPORAL E FOSSA INTRATEMPORAL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Mariana Zago de Moraes, Fabrício Scapini, Reinaldo Fernando Cósier Neto, Thereza Christina Sampaio Lafayette, Waldir Veiga Pereira, Giulia Limana Guerra, Frederico da Cunha Abbott

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução: O rhabdomyosarcoma representa o sarcoma de partes moles mais frequente da infância, corresponde a 50% dos casos de sarcoma em crianças. O subtipo embrionário apresenta-se principalmente em crianças menores de 10 anos, ocorre predominantemente em cabeça e pescoço, trato geniturinário e retroperitônio e está associado a um prognóstico favorável quando corretamente tratado.

Apresentação do caso: Paciente masculino, seis anos, iniciou quadro de otalgia intensa com picos lancinantes em orelha direita havia 20 dias, irradiada para pescoço e garganta, e hipoacusia. Evoluiu com abaulamento nas regiões pré e retroauricular e parotídea à direita, associado a otorreia serossanguinolenta e paresia facial, que chegou a grau V de House-Brackmann. Nesse período, recebeu tratamentos para otite externa na atenção primária e secundária, teve até diagnóstico de dermatobiose ("berne"), até ser internado para avaliação do otorrinolaringologista. Foi feita tomografia computadorizada (TC), que revelou grande lesão expansiva no espaço mastigatório da fossa infratemporal direita, confirmada por biópsia incisional com rhabdomyosarcoma do tipo embrionário parameningeo. A ressonância magnética mostrou que ocupava orelha externa, média, antro mastóideo, grande parte do espaço mastigatório da fossa infratemporal, invadia porções timpânica e petrosa do osso temporal (3,8 x 3 cm nos maiores diâmetros axiais e 3,4 cm no sentido craniocaudal). Iniciou-se quimioterapia seguida de radioterapia, com remissão total da lesão após 10 meses. A audição foi preservada e houve regressão da paralisia facial ao grau I.

Discussão: Embora o rhabdomyosarcoma seja o sarcoma mais frequente na infância, ainda é raro e por vezes o diagnóstico acaba sendo retardado. No presente relato, mesmo com apresentação clínica exuberante, a investigação diagnóstica adequada ainda tardou.

Comentários finais: Apesar da velocidade de evolução, extensão e relação anatômica da lesão com estruturas nobres fossem fatores de mau prognóstico, a agilidade diagnóstica após a biópsia e a precisão terapêutica foram determinantes no sucesso e na melhoria clínica do paciente.

PRC-279 RELATO DE CASO: SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON

Carolina Cavalcante Dantas, Luciana Fernandes Costa, Rodrigo Reis, Priscila Bechaalani, Fátima Rodrigues Fernandes, Natalya de Andrade Bezerra, Eliana Rodrigues Biamino

Hospital do Servidor Público Estadual, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A síndrome de Stevens Johnson (SSJ) é causada por hipersensibilidade a imunocomplexos e pode ser desencadeada por distintos fármacos, infecções virais e neoplasias. Em metade dos casos nenhuma etiologia é encontrada. As drogas mais comuns são sulfonamidas e penicilinas (26%) e o agente infeccioso mais relacionado é o herpes simples vírus (19,7%). Caracteriza-se por reações cutâneas graves, com potencial de morbimortalidade elevado, acomete pele e mucosas por meio de exantema eritematoso disseminado, centrífugo, com lesões em alvo. A mortalidade atinge 5% dos casos. No Brasil, a prevalência da SSJ varia de 1,2 a seis por milhão/ano.

Apresentação do caso: L.F.C.S., masculino, quatro anos, paralisia cerebral, com história de edema e crostas hemáticas e necróticas em lábios, úlceras em mucosa jugal, lesões eritematosas multiformes, de surgimento centrífugo, disseminadas e lesões em alvo em palmas havia cinco dias. Paciente vinha em uso de medicações de uso habitual, ácido valproico e fenobarbital. Diante da suspeita de síndrome de Stevens Johnson, paciente foi internado, suspenso fenobarbital, oferecido suporte clínico e iniciados antibioticoterapia, antifúngico, corticoterapia e imunoglobulina humana. Feita biópsia de mucosa oral que evidenciou mucosite crônica espongiótica sugestiva de lesão induzida por fármacos e ausência de imunoe expressão de antígenos de herpes 1 e 2. Paciente evoluiu com melhoria clínica.

Discussão: Não existem diretrizes padronizadas para tratamento de SJS/NET. A retirada do agente causador suspeito e terapia de suporte são os pilares do tratamento atual. Estratégias terapêuticas específicas são controversas. O uso de corticosteroides e imunoglobulina é atualmente o mais estudado. No caso presente, foram usados metilprednisolona e imunoglobulina humana por cinco dias com melhoria importante do quadro clínico do paciente.

Comentários finais: Relatamos este caso para exemplificar bons resultados com uso de corticosteroides e imunoglobulina no tratamento de síndrome de Stevens Johnson.

PRC-280 SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS) EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DYGGVE MELCHIOR CLAUSEN (DMC): RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Kríssia Braga Diniz, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Willian da Silva Lopes, Raphael Oliveira Correia, Felipe Cordeiro Gondim de Paiva, Alessandra Caland Noronha

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Síndrome de Dyggve Melchior Clausen (DMC) é uma doença autossômica recessiva rara, clinicamente caracterizada por displasia espondiloepimetáfisária progressiva, envolve uma série de deformidades esqueléticas, deficiência intelectual e dismorfismo facial. A doença é causada por mutações no gene *DYM*, localizado na região cromossômica 18q12-21.1. O diagnóstico é baseado em alterações radiológicas. As principais complicações são ortopédicas, entretanto é importante avaliar as demais regiões acometidas pelas deformidades. O tratamento requer abordagem multidisciplinar e acompanhamento em longo prazo.

Apresentação do caso: D.I.S., masculino, 10 anos, portador da síndrome de DMC, foi acompanhado no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Walter Cantídio por síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Ao exame físico, apresentou fácies típica, com macroglossia e exposição de pescoço e tronco curtos. À orofaringoscopia, não foi possível a visualização das tonsilas palatinas. À otoscopia, não exibiu alterações. A nasofaringoscopia revelou tecido adenoideano que ocluía 80% do espaço aéreo das coanas. O paciente também fez a polissonografia (PSG), que evidenciou índice de apneia e hipopneia (IAH) de 31,6 e saturação

periférica de oxigênio (SpO₂) mínima de 52%. Foi indicado o uso do aparelho de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) para o tratamento da SAOS.

Discussão: A síndrome de DMC cursa com inúmeras deformidades, incluindo o dismorfismo facial. Tal característica pode levar a alterações craniofaciais, envolver o espaço aéreo posterior da faringe e a variações do posicionamento da língua e do osso hióide. Pode, assim, predispor os pacientes à SAOS. Diante disso, pacientes que se submetem a adenoamigdalectomia como tratamento definitivo para SAOS, por exemplo, podem apresentar recorrência dos sintomas. A fisiopatogenia da SAOS apresenta-se, portanto, de forma multifatorial, deve ser abordada sob diversas perspectivas.

Comentários finais: A DMC é uma síndrome extremamente infrequente. Entretanto, é importante descrevê-la e ficar alerta para as possíveis complicações decorrentes dessa doença.

PRC-281 SÍNDROME DE GOLGENHAR: RELATO DE CASO

Marcela Maria Pinto Vilela, Emyle Mayra Santana Alves Almeida, Isabela Loyola Borem Guimarães, Sebastião Kelson Alves dos Santos, Tarsius Capelo Cândido, Gilberto Francisco Ferreira Filho, Agenor Alves de Souza Júnior

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: A síndrome de Goldenhar é uma afecção rara de herança multifatorial. Suas manifestações clínicas são variáveis e consistem em anormalidades auriculares, oculares e vertebrais. Anomalias cardíacas, renais e de sistema nervoso central já foram descritas. Objetiva-se relatar o caso de uma criança com síndrome de Goldenhar, encaminhada ao ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora com um ano e nove meses.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, natural e procedente de Santana do Deserto (MG), encaminhado pela Unidade Básica de Saúde. Filho único de pais saudáveis, história familiar negativa para síndromes. Pré-termo (36 semanas) devido a pré-eclâmpsia. Ao exame apresentava hipoplasia facial e mandibular à direita, displasia de pavilhão auricular bilateral, apêndice pré-auricular à direita e escoliose cervicodorsal. A ressonância magnética evidenciou lesão cística em fossa temporal esquerda e fusão anormal de vértebras cervicais. Não foram evidenciadas malformações cardíacas, renais, oftalmológicas e de orelha externa, média e interna. Exame de potencial evocado auditivo de tronco encefálico feito em duas ocasiões (dois e 18 meses) apresentou presença de apenas onda V em orelha direita, com latência aumentada e ausência de potenciais eletrofisiológicos em orelha esquerda. Limiar de 70 dB em orelha direita. Iniciou uso de AASI aos dois anos e sete meses de idade. Diagnósticos de otite média de repetição, asma, epilepsia e distúrbio de refração.

Discussão: A síndrome de Goldenhar deve ser suspeitada em pacientes com alterações oculoauriculovertebrais e apresenta um amplo espectro de manifestações. Sua abordagem deve ser feita por equipe multidisciplinar, uma vez que acomete diversos sistemas. Neste paciente, a reabilitação auditiva ocorreu de forma tardia, devido ao atraso no encaminhamento e na disponibilidade de vaga no programa de saúde auditiva.

Comentários finais: O reconhecimento e tratamento precoces dessa síndrome melhoram a qualidade de vida de seus portadores.

PRC-282 SÍNDROME DE WAARDENBURG: RELATO DE CASO

Talles Costa de Carvalho, Mariana Tótola Força, Leandro José Almeida Amaro, Andréa Rodrigues de Sousa, Guilherme Silva Machado

Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém, PA, Brasil

Introdução: Inicialmente descrita em 1951, a síndrome de Waardenburg é uma condição autossômica dominante com penetrância e expressividade variáveis de seus caracteres. O diagnóstico é clínico, são necessários dois critérios maiores ou um maior e dois menores. A grande maioria dos indivíduos com diagnóstico de síndrome de Waardenburg tem mutações identificáveis no gene *PAX3*, que é o único reconhecidamente associado à síndrome. O prognóstico para pacientes com perda auditiva depende de intervenção precoce e adequada.

Apresentação do caso: L.A.N.S., nove anos, pardo, natural de Paragominas (PA), veio à consulta otorrinolaringológica acompanhado da mãe com história de hipoacusia bilateral desde o nascimento. Acompanhante relatava também história de atraso no desenvolvimento. Negava antecedentes gestacionais ou perinatais dignos de nota. Audiometria tonal feita em 15/04/2014 e mostrou perda auditiva neurossensorial profunda bilateralmente. Como o menor apresentava oralização pobre, foi encaminhado para uso de aparelho de amplificação sonora individual (AASI). No momento, encontra-se em fonoterapia para reabilitação auditiva.

Discussão: No presente caso, foram encontrados, no paciente, os seguintes critérios maiores: perda auditiva neurossensorial congênita, hipopigmentação do cabelo (franja branca), íris azuis brilhantes e parente de primeiro grau afetado. Os critérios menores encontrados foram raiz nasal larga e asa do nariz hipoplásica. Portanto, o diagnóstico clínico de síndrome de Waardenburg foi confirmado pela presença de quatro critérios maiores e dois menores. Na literatura, as características clínicas mais frequentes são raiz nasal elevada, hiperplasia da porção medial dos supercílios e perda auditiva neurossensorial.

Comentários finais: Ressalta-se a importância do diagnóstico precoce para a reabilitação auditiva adequada. Além disso, essa família deverá se beneficiar do aconselhamento genético após esse diagnóstico, já que se trata de herança autossômica dominante. As taxas de mortalidade são compatíveis com as de indivíduos saudáveis.

Área Temática: Rinologia/Base de Crânio Anterior

PRC-283 ACESSO ENDOSCÓPICO NASAL DE HEMANGIOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

Victor Holanda Bezerra, Anderson Tino de Carvalho, Nara Nunes Barbosa Costa, Natália de Andrade Costa, Michelle Queiroz Aguiar Silva, José Rodrigo Lordello de Mattos, Nilvano Alves de Andrade

Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Hospital Santa Izabel, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Hemangiomas são tumores vasculares benignos. Incomumente afetam o trato respiratório superior e são raros em seios paranasais. Apesar de serem bem documentados na cavidade nasal pela literatura, há apenas relatos individuais esporádicos de hemangiomas originados de seios paranasais.

Apresentação do caso: A.A.C., 36 anos, masculino, história de obstrução nasal, episódios de epistaxe anterior autolimitados e facialgia à esquerda havia dois meses. Videoscopia nasossinusal evidenciou lesão violácea de aspecto fibroso que obliterava parcialmente a fossa nasal esquerda. RNM de face revelou lesão expansiva de aspecto polipoide e de intensidade de sinal heterogênea que ocupava os terços médio e inferior da cavidade nasal esquerda, com extensão ao antro maxilar. Submetido a tratamento cirúrgico por meio de acesso endoscópico, foi feita sinusotomia maxilar esquerda para completa remoção da lesão. No pós-operatório,

evoluiu sem intercorrências, recebeu alta após um dia. Resultado de anatomopatológico compatível com hemangioma capilar.

Discussão: Hemangiomas são tumores vasculares benignos, que, apesar de frequentes em cabeça e pescoço, raramente afetam a cavidade nasal ou seios paranasais, tipicamente se apresentam em adultos de meia-idade. A localização anatômica típica é no septo nasal, e não a partir da parede lateral ou de seios paranasais. A aparência macroscópica dos hemangiomas é similar à do papiloma invertido e à do carcinoma, é necessária biópsia para o diagnóstico diferencial em alguns casos. No entanto, biópsias dessas lesões podem levar a hemorragias profusas. A TC e a RNM são úteis para avaliar essas lesões. A TC fornece informação sobre a localização e extensão do tumor, enquanto a RNM ajuda a delinear a massa e sua vascularização. O tratamento de escolha permanece a completa ressecção cirúrgica com embolização pré-operatória. A abordagem endoscópica com ressecção em bloco da lesão é minimamente invasiva e reduz complicações pós-operatórias.

Comentários finais: Durante muito tempo, hemangiomas nasais foram tratados por abordagem aberta para permitir controle de sangramento durante a ressecção do tumor. Entretanto, com um bom planejamento pré-operatório e controle adequado do sangramento no intraoperatório, hemangiomas podem ser removidos com sucesso por técnica endoscópica.

PRC-284 ACOMENTIMENTO NASAL NA SARCOIDOSE: ESTUDO DE CASO

Mariana Zago de Moraes, Fabrício Scapini, Eduardo Librelotto Fernandes, Éric Cardoso Fenalfe, Gabriela Leal Rodrigues, Giulia Limana Guerra, Guilherme Adam Fraga

Serviço de Otorrinolaringologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória sistêmica de etiologia indefinida, caracterizada pela presença de granulomas sarcoides não caseosos. A doença pode ocorrer de forma assintomática ou com manifestações específicas; a pulmonar é sua principal apresentação, raramente acomete a região de cabeça e pescoço.

Apresentação do caso: G.A.T., masculino, 39 anos, gerente administrativo em indústria de mineração calcárea, admitido em nosso serviço com queixa de obstrução nasal havia quatro meses e dispneia aos médios esforços, além de linfonodomegalia cervical. A rinoscopia demonstrou mucosa pálida e nódulos de aspecto granuloso, com cerca de 1-3 mm de diâmetro, distribuídos na mucosa septal anterior da fossa nasal direita. Com base nos achados clínicos e radiológicos, bem como no resultado do exame anatomopatológico de granulomas sarcoides em linfonodo cervical, juntamente com a exclusão de outras doenças granulomatosas, foi firmado o diagnóstico de sarcoidose nasal e linfonodal e iniciado o tratamento com corticoterapia, com melhoria da sintomatologia.

Discussão: O envolvimento do nariz e dos seios paranasais na sarcoidose tem uma incidência estimada entre 0,7 e 6%. Os sintomas mais comuns são obstrução nasal e rinorreia. Os locais mais frequentes de envolvimento nasal são septo, corneto inferior e seios paranasais. Histologicamente, os tecidos afetados apresentam granulomas sarcoides organizados em coleções de células mononucleares maduras. Radiologicamente, a tomografia nasal costuma evidenciar opacidades sinusais e inflamação de mucosa. A terapêutica em casos de sarcoidose nasal consiste em corticoterapia por via local ou sistêmica, com o objetivo de limitar a evolução da doença, apesar de ineficaz caso haja fibrose instalada. No presente caso, a via escolhida foi a sistêmica, devido ao acometimento pulmonar da doença.

Comentários finais: Sintomas de obstrução nasal com alterações na mucosa nasossinusal devem ter, no rol de diagnóstico diferen-

cial, a possibilidade de sarcoidose, que, embora raramente descrita, possivelmente é subdiagnosticada.

PRC-285 ACTINOMICETOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

Erika Ferreira Gomes, Francisco Davi Alves Vasconcelos, Larissa Rolim Freitas, Janaina Gonçalves da Silva Leite, Diego Bruno Bezerra Brito, Leonardo Medeiros Pereira Carneiro, Juliana Teixeira de Souza

Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A actinomicose é uma granulomatose supurativa indolente causada por bactéria gram-positiva do gênero *Actinomyces*, encontrada na cavidade oral e no trato respiratório e digestivo como comensal. As apresentações clínicas mais comuns são cervical, torácica e abdominal. O envolvimento de nariz e seios paranasais é incomum e surge em decorrência de lesões de mucosa palatal ou infecções dentárias, leva a rinossinite crônica, necrose de mandíbula, fistula oroantral e deformidades externas nasais. Geralmente acomete indivíduos do sexo masculino entre 15 e 35 anos, é rara em lactentes e crianças.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, de 75 anos, foi internada com hiposmia, dor facial e rinorreia purulenta unilateral. A tomografia computadorizada de seios paranasais evidenciou conteúdo hipodenso expansivo que moldava o seio etmoidal direito e levava à obliteração e ao alargamento do recesso esfenoidal ipsilateral. Nasofibroscoopia mostrou tecido polipoide em meato médio direito, além de material purulento no recesso esfenoidal. Foram feitas antróstomia maxilar, etmoidectomia e esfenoidectomia por via endoscópica. O exame histopatológico revelou actinomicetoma.

Discussão: Após o diagnóstico, foram prescritos amoxicilina-clavulanato por oito semanas seguidas de 1.200.000UI de penicilina benzatina por via intramuscular em intervalos de 21 dias por seis meses. Encontrou-se em acompanhamento ambulatorial, mantém-se assintomática e sem evidência de recidiva lesional.

Comentários finais: Devido ao uso generalizado de antibióticos, a actinomicose é uma afecção não comumente diagnosticada atualmente. Em relação às complicações, o envolvimento dos seios paranasais deve ser tratado por meio de desbridamento de tecidos desvitalizados, antróstomia dos seios acometidos e correção de fistula oroantral, quando presentes.

PRC-286 ACUTE INVASIVE FUNGAL RHINOSINUSITIS AND GADOLINIUM ENHANCED MAGNETIC RESONANCE IMAGING: A CASE REPORT

João Augusto Polesi Bergamaschi, Alessandra Locatelli Smith, Felipe da Costa Huve, Fábio André Selaimen, Jefferson André Bauer, Camila Degen Meotti, Otavio Bejzman Piltscher

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introduction: Acute invasive fungal rhinosinusitis (AIFRS) is an aggressive and rapidly-progressing infection that predominantly affects immunocompromised patients. Gadolinium (Gd) enhanced magnetic resonance imaging (MRI) is the gold standard exam to evaluate intracranial and orbitary extension. This report aims to highlight the importance of Gd MRI in the early approach of suspected AIFRS.

Case report: We report a case of a 1-year-old patient presenting pancytopenia, fever and rhinorrhea, after bone marrow transplant. CT scan of nasal sinuses showed thickening of paranasal sinuses' mucosa on both sides. Nasal endoscopic evaluations in a 3-day period did not show any lesions on nasal mucosa. Two days later, patient presented edema of left inferior eyelid and proptosis. New CT scan showed worsening in nasal congestion on left nasal cavity

and periorbital edema. We performed endoscopic evaluation under general anesthesia, with no evidence of necrosis or ischemia, but with lack of bleeding after biopsy of nasal mucosa. Fungal culture showed aspergillus. Gd MRI demonstrated non-enhancing areas in post-contrast T1-weighted images of left nasal cavity, rhinopharynx, soft palate, periorbital soft tissue and meninges, suggesting necrosis/ischemia caused by AIFRS, with no possibility of surgery resection. There was no recovery from pancytopenia, and the patient died three days after.

Discussion: CT scan of nasal sinus is widely used as an imaging diagnostic resource in the early approach of immunocompromised patients presenting fungal rhinosinusitis. Nevertheless, CT findings suggesting AIFRS (periantral soft tissue infiltration, bone destruction and extrasinusal extension) are sometimes lately detected. Therefore, loss of contrast enhancement and hyperintensity in diffusion weighted imaging in Gd MRI showed higher sensibility for diagnosis and extrasinusal extension in AIFRS.

Conclusion: Because of the aggressive nature of AIFRS, early diagnosis is most important to achieve a better treatment outcome. Besides serial nasal endoscopic evaluation, Gd MRI should be considered sooner in the approach of immunocompromised patients presenting fungal rhinosinusitis.

PRC-287 ADENOCARCINOMA PAPILÍFERO NASOSSINUSAL BEM DIFERENCIADO, FOCALMENTE INVASIVO: RELATO DE CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MÁRIO COVAS, SANTO ANDRÉ (SP)

José Ronaldo de Souza Filho, Carlos Eduardo Borges Rezende, Priscila Bogar, Rogério Fernandes Nunes da Silva, André Yassuo Prappas Yamamoto, Bruno Takegawa, Alana Ascitti Victorino

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

Introdução: Adenocarcinomas nasossinusais constituem menos de 3% dos tumores malignos de cabeça e pescoço. Neoplasias raras, inicialmente insidiosas e que com diagnóstico tardio apresentam prognóstico reservado. Sua variedade histopatológica confere diferentes fisiopatologias, envolve exposição a fatores ambientais e até predisposição genética. O diagnóstico tardio pode inviabilizar abordagem mais conservadora via endonasal e predispor a um risco maior de complicações, recidivas e óbito. Boa história clínica associada a exame otorrinolaringológico e exames complementares formam o tripé do diagnóstico.

Apresentação do caso: S.S.F., masculino, 61 anos, hipertenso, tabagista, com história de obstrução nasal à esquerda havia um ano que evoluiu para bilateral havia seis meses, acompanhada de epistaxe bilateral e rinorreia anterior. Na nasofibrosopia apresentava lesão exofítica, avermelhada em ambas as fossas nasais. Tomografia de seios da face com espessamento bilateral de seios etmoidais anteriores e posteriores, conteúdo de partes moles nas fossas nasais. Ressonância magnética mostrava lesão expansiva que ocupava as fossas nasais esquerda e posterior direita e a rinofaringe, com realce do contraste e espessamento da mucosa de todos os seios. Feita exérese da lesão via endonasal. Análise anatomopatológica indicou adenocarcinoma papilífero bem diferenciado focalmente invasivo.

Discussão: O tratamento dos adenocarcinomas nasossinusais se resume à abordagem cirúrgica endonasal ou craniofacial, depende da extensão e experiência da equipe médica. Em casos de margens comprometidas, a radioterapia pode ser usada, assim como em tumores irrecetáveis. Nesses casos se associa à quimioterapia. Sua variedade histopatológica traz diversidade de evolução e prognóstico. A falta de estudos com grandes amostras e acompanhamento prolongado dificulta a uniformização de condutas.

Comentários finais: O relato mostra a importância de um diagnóstico precoce e de um acompanhamento em longo prazo desses pacientes, para evitar e tratar recidivas e outras complicações.

PRC-288 ADENOMA PLEOMÓRFICO NASAL: UM RELATO DE CASO

Lucilene Lisboa Ferraz, Dandara Costa Santos, José Netto de Lima Neves, Fernanda Cância Bittencourt Guerra, Marcus Miranda Lessa

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

Introdução: O adenoma pleomórfico é o principal subtipo histopatológico de tumor benigno de glândulas salivares e acomete principalmente as glândulas salivares maiores. As glândulas salivares menores estão presentes nas cavidades oral e nasal, nos seios paranasais, na hipofaringe, laringe e traqueia. A maioria dos adenomas pleomórficos intranasais ocorre entre a terceira e a sexta décadas de vida, são mais frequentes em mulheres. A localização mais comum é na parede lateral. Sua etiologia permanece desconhecida.

Apresentação do caso: M.N.S., 69 anos, masculino, com queixa de obstrução nasal persistente à esquerda havia dois anos. Sem outras queixas. Hipertenso. À endoscopia observou-se lesão de aspecto carnosos e coloração avermelhada em região anterior de fossa nasal esquerda. Feita biópsia incisional ambulatorial que evidenciou adenoma pleomórfico. Paciente submetido à abordagem cirúrgica por via endoscópica. Identificada inserção da lesão em septo nasal anterior, foi feita ressecção completa da lesão, do mucopericôndrio e da cartilagem septal infiltradas. O resultado do estudo anatomopatológico pós-cirúrgico mostrou adenoma pleomórfico com margens comprometidas. Paciente segue em acompanhamento clínico sem queixas ou evidências de recidiva, após um ano da abordagem.

Discussão: O adenoma pleomórfico nasal apresenta-se como massa indolor que pode se associar à obstrução nasal unilateral, epistaxe e rinorreia. À endoscopia, evidencia-se lesão polipoide, lisa, lobulada, firme e encapsulada. O tratamento consiste em excisão cirúrgica com margens de segurança para prevenir recidiva. A técnica escolhida varia de acordo com localização e extensão da tumoração, pode optar-se por cirurgia endoscópica nasal, *degloving* ou rinotomia lateral. Como é um tumor misto, para seu diagnóstico anatomopatológico é necessário estarem presentes células epiteliais e mioepiteliais e pouco ou nenhum estroma, característica que os diferenciam dos tumores de glândulas salivares maiores.

Comentários finais: A raridade do adenoma pleomórfico com tal localização nos motivou a relatar tal caso. É uma neoplasia benigna que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de obstrução nasal unilateral e epistaxe.

PRC-289 AMAUROSE POR ABSCESSO SUBPERIOSTEAL PÓS-RINOSSINUSITE AGUDA

Cláudia Paraguaçu Pupo Sampaio, Carlos Augusto Seiji Maeda, Marco Antônio Terreri, Lourimar de Moura Moreira, Afonso Possamai Della Júnior, Ana Luiza Camargo, Gustavo Luís dos Santos Martin

Hospital Santa Casa de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Rinossinusite consiste na inflamação da mucosa nasal e dos seios paranasais. Seu diagnóstico é clínico e o uso de exames de imagem é requerido em caso de suspeita de complicações locais ou em falha a terapia medicamentosa. Suas complicações são divididas em orbitárias - mais comuns, relatadas em 5 a 7% dos casos -, ósseas e intracranianas. Este relato objetiva, então, apresentar um caso de amaurose por abscesso subperiosteal pós-rinossinusite.

Apresentação do caso: F.C.C., 32 anos, encaminhada ao pronto atendimento de hospital universitário em Curitiba por complicação de quadro de rinossinusite iniciada havia 40 dias e refratária ao tratamento clínico e a duas punções de alívio prévias.

A admissão, importante abaulamento periorbitário direito com mobilidade ocular prejudicada e comprometimento total da acuidade visual. À tomografia computadorizada de face, lesão cística lobulada com paredes finas na porção superolateral da órbita direita, em situação extraconal, media $4,7 \times 2 \times 3,7$ cm, foi classificada como Grupo IIb da classificação de Mortimore. Indicada drenagem cirúrgica emergencial por acesso lateral; feita incisão em cauda de supercílio à direita, divulsão por planos até o subperiósteo orbitário, drenagem, lavagem exaustiva e inserção de dreno de Penrose número 1; procedimento evoluído sem intercorrências. Em POI, paciente com melhoria da abertura ocular e percepção luminosa à direita. Paciente em acompanhamento com a neurocirurgia, por possível trombose do seio cavernoso, e oftalmologia.

Discussão: A amaurose é uma complicação relativamente comum nos casos de abscessos intraconais e é fisiopatologicamente justificada pela compressão vascular e/ou neurite. Embora não seja uma complicação comum nos casos de abscessos subperiosteais, como o do caso, a reação edematosa local, pela coleção, a tornou possível mediante compressão da artéria oftálmica e comprometimento da artéria central da retina.

Comentários finais: A diferenciação entre os grupos de complicações orbitárias pós-rinossinite é imprescindível e deve ser feita por meio de tomografia computadorizada.

PRC-291 APLASIA DE SEIOS DA FACE: RELATO DE CASO

Jussandra Cardoso Rodrigues, Jonix Cardoso Rodrigues, Andréa Rodrigues de Sousa, Vanessa Fernandes de Brito, Jéssica Tavares de Souza, Murillo Freire Lobato

Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém, PA, Brasil

Introdução: Os seios paranasais e as fossas nasais são responsáveis pela purificação, pelo aquecimento e pela umidificação do ar inspirado. No fim do período gestacional, todos os seios já estão virtualmente presentes, porém sua pneumatização só se completa após o nascimento. O objetivo deste estudo é relatar um caso de aplasia total de seios da face de paciente atendido no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza.

Apresentação do caso: R.P.N.J., 17 anos, sexo masculino, em seguimento com neurologista por retardo mental e epilepsia, foi encaminhado para avaliação otorrinolaringológica. Paciente não oralizado, responsável não referia sintomas nasais e negava antecedentes de cirurgia prévia. Ao exame físico: presença de hipertelorismo, sem malformações de pavilhão auricular; oroscopia e otoscopia normais. À rinoscopia: apenas resquício ao toque de cartilagem septal. À endoscopia nasal: perfuração septal no ápice do terço superior do septo sem observar formação óssea do vómer e lâmina perpendicular do etmoide. Parede lateral do nariz bilateralmente com estruturas atroficas, sem definição adequada de cornetos. Tomografia de seios da face: alterações morfoestruturais da cavidade nasal, ampla comunicação entre as fossas nasais e aplasia total dos seios da face.

Discussão: O desenvolvimento dos seios paranasais começa na terceira semana gestacional e sua expansão continua até a fase adulta. Existe uma variedade de anomalias de seios paranasais. No entanto, há apenas dois casos descritos em literatura de aplasia total de seios da face. Além disso, nos relatos anteriores os pacientes exibiam sintomas no momento do diagnóstico, como pressão facial e congestão nasal. O paciente em questão não exibiu qualquer sintoma e a descoberta da alteração foi um achado em virtude do acompanhamento com a genética.

Comentários finais: Os seios paranasais estão sujeitos a variações anatômicas, as quais ajudam a entender os seus papéis funcionais.

PRC-292 APRESENTAÇÃO INCOMUM DA MIÍASE NASAL: RELATO DE CASO

Rebecca Martins de Sousa Oliveira, Bernardo Campos Faria, Ivair Massetto Júnior, Paula Denoni Gomes, Marcello de Freitas Machado, Efigênia Pereira de Lourenzo Cunha

Faculdade Atenas, Paracatu, MG, Brasil

Introdução: Miíases humanas são afecções causadas pela infestação de larvas de dípteros, as quais se nutrem dos tecidos vivos ou mortos do hospedeiro. Acometem mais comumente habitantes da zona rural e áreas urbanas onde o saneamento básico é precário. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de miíase nasal em paciente encaminhado ao ambulatório de otorrinolaringologia com suspeita de lesão neoplásica maligna do nariz.

Apresentação do caso: Paciente J.D.A., 54 anos, morador da zona rural de Paracatu (MG). Queixou-se de dor em ponta do nariz e vestibulo nasal direito havia 40 dias, associada à obstrução nasal ipsilateral e com episódios de sangramentos leves à manipulação. Recebeu inicialmente o diagnóstico de foliculite vestibular à direita. Após uso de antibiótico oral em duas oportunidades sem melhoria, foi encaminhado com suspeita de lesão tumoral maligna em vestibulo nasal e sugerida a biópsia. Ao exame clínico apresentava tumoração com ponto de flutuação; em vestibulo nasal direito, dolorosa e endurecida à palpação. Optou-se pela limpeza da lesão com exploração do ponto de flutuação, observou-se nesse momento um corpo estanho animado (miíase). Após retirada, houve redução do tamanho da lesão e remissão das queixas.

Discussão: A miíase obrigatória, também conhecida como furunculosa ou berne, é de fácil diagnóstico. Basta a verificação de nódulos inflamatórios, parecidos com furúnculos, que apresentam drenagem de secreção serossanguinolenta e dor "em ferroada". No entanto, médicos pouco familiarizados com a doença ou ainda generalistas desprovidos de material adequado ao exame clínico nasal podem confundir-se. No caso descrito houve suspeita clínica de tumoração maligna nasal, além do tratamento inicial para furunculose, obviamente sem sucesso. O tratamento da miíase nasal consiste em sua retirada ou no uso de ivermectina na dosagem de 300 µg/kg.

Comentários finais: A miíase é um diagnóstico diferencial nos casos de tumoração nasal, especialmente em pacientes deficientes mentais, imunodeprimidos, moradores de área rural e etilistas crônicos.

PRC-293 APRESENTAÇÃO INCOMUM DE ADENOCARCINOMA NASAL DO TIPO INTESTINAL: RELATO DE CASO

Francisco Davi Alves Vasconcelos, Larissa Rolim Freitas, Andressa Rolim Freitas, Janaína Gonçalves da Silva Leite, Leonardo Medeiros Pereira Carneiro, Diego Bruno Bezerra Brito, Yuri Rodrigues Rocha

Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O adenocarcinoma nasal do tipo intestinal é uma neoplasia extremamente rara que se origina no nariz e nos seios paranasais, cuja principal característica é o padrão histológico semelhante ao adenocarcinoma do cólon, com vilosidades bem desenvolvidas. Acomete principalmente indivíduos do sexo masculino por volta da sexta década de vida. Existe forte associação com exposição crônica a pó de madeira e curtimento de couro. Etmoide é a localização mais comum (40%), seguida por cavidade nasal (25%) e antromaxilar (20%). As manifestações clínicas mais comuns são obstrução nasal unilateral, rinorreia e epistaxe.

Apresentação do caso: Paciente de 38 anos do sexo feminino com história de obstrução nasal progressiva de início havia dois anos, principalmente noturna, além de roncos e dificuldade para dormir. Fez nasofibrosopia, que evidenciou pólipos acinzentados em fossa

nasal direita, ocupava meato inferior e médio, além de tomografia computadorizada de seios paranasais, com achado de alargamento do recesso esfenoidal.

Discussão: Paciente foi submetida à ressecção de pólipos esfenoidal direito, e a análise histopatológica mostrou tratar-se de adenocarcinoma nasal tubulopapilar de baixo grau. O estudo imuno-histoquímico posterior revelou adenocarcinoma nasal do tipo intestinal mucinoso.

Comentários finais: O adenocarcinoma nasal é um tumor localmente agressivo, com recorrência local em até 50% dos casos. O subtipo mucinoso apresenta pior prognóstico, com taxa de sobrevivência de 40% em cinco anos. A ocorrência de metástases a distância e locorregionais é incomum. Tomografia e ressonância magnética são úteis para diagnóstico de lesões, definição da extensão da doença e detecção de recidiva precoce. O tratamento consiste na remoção cirúrgica adequada e radioterapia adjuvante em casos avançados. Neste relato, apresentamos caso incomum dessa patologia, haja vista a idade, o gênero e o subsítio acometido.

PRC-294 APRESENTAÇÃO INCOMUM DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL - RELATO DE CASO

Grasiele Souza Figueiredo, Gustavo Barreto da Cunha, Nara Nunes Barbosa Costa, Amanda Canário Andrade Azevedo, Poliana Gonçalves Vitorino Monteiro, Eriko Soares de Azevedo Vinhaes, Nilvanos Alves de Andrade

Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Hospital Santa Izabel, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O nasoangiofibroma juvenil é um tipo de tumor nasal histologicamente benigno, porém pode invadir localmente as estruturas adjacentes. Sua incidência varia de 0,05 a 0,5% e é quase exclusivo de pacientes do sexo masculino na adolescência. Sua localização, originalmente, é a porção posteronasal e pode estender-se para seio esfenoidal, sela túrcica e nasofaringe. As manifestações clínicas mais comuns do nasoangiofibroma juvenil são obstrução nasal progressiva e epistaxe. Além disso, pode haver deformidades faciais e alterações visuais, como amaurose e oftalmoplegia, em casos mais extremos.

Apresentação do caso: Paciente V.C.B.D., 36 anos, vendedor, natural e procedente de Itabuna (BA), com queixa de obstrução nasal progressiva à direita associada a roncos havia oito meses do primeiro atendimento. Negou epistaxe ou outras queixas. Negou etilismo, tabagismo ou comorbidades. Nasofibrosopia demonstrou massa arroxeada que ocluía parcialmente a fossa nasal direita aderida à cauda de corneto médio. Feita tomografia de face com contraste que evidenciou lesão heterogênea em fossa nasal direita com extensão para rinofaringe. Optou-se por arteriografia pré-operatória com embolização, seguida de biópsia excisional por via endoscópica.

Discussão: O nasoangiofibroma é um tumor mais frequentemente encontrado em pacientes adolescentes com queixa de epistaxe, com massa que apresenta crescimento a partir da fossa pterigopalatina. O caso apresentado não se encontrava na faixa nosológica mais comum, não tinha queixa de epistaxe e apresentava localização atípica. Apesar dessa apresentação incomum, foi feita investigação diagnóstica que teve como uma das hipóteses o nasoangiofibroma, o qual foi confirmado pelo anatomopatológico.

Comentários finais: O nasoangiofibroma deve ser sempre lembrado como diagnóstico diferencial de massas nasais em pacientes jovens do sexo masculino, mesmo naqueles sem história de epistaxe. O diagnóstico e a avaliação da extensão e da vascularização do tumor são essenciais para um adequado planejamento cirúrgico.

PRC-295 APRESENTAÇÃO INCOMUM DE PAPILOMA ESCAMOSO: RINOFARINGE

Michel Balvedi Nomura, Emily Balvedi Nomura, Marcelo Charles Pereira, Ian Selonke, Alana Farias Micsza Schauenburg, Mariana Nagata Cavalheiro, Fernanda Henriques Camelo

Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: O papilomavírus humano (HPV) é um DNA vírus e a via de transmissão mais comum é a sexual, porém há relatos que sugerem outras formas de transmissão. Das lesões encontradas na cavidade oral, o papiloma escamoso é a mais frequente. Apresenta-se como tumorações irregulares, pedunculadas, róseas, causam dúvida no diagnóstico, que é confirmado com biópsia. O diagnóstico diferencial deve ser feito com molusco contagioso, ceratose seborreica, líquen plano e câncer oral e de faringe.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 33 anos, casado, monogâmico, trabalhador rural com queixa de obstrução nasal e sensação de corpo estranho em região faríngea posterior com evolução de 10 meses e episódios de sangramento. Lesão indolor, visível à tração do palato mole na região faríngea. A nasofibrosopia mostrou uma massa em parede lateral esquerda da rinofaringe, coloração avermelhada, lobulada e lisa. Feita a biópsia excisional via endoscópica. O exame anatomopatológico confirmou diagnóstico de papiloma escamoso. A evolução pós-operatória foi satisfatória, com remissão dos sintomas e sem sinais de recidiva após um ano.

Discussão: O caso retoma a discussão sobre formas de transmissão do HPV. A rinofaringe é pouco descrita na literatura como local de papilomas escamosos. A forma sexual é a principal maneira de transmissão, mas há relatos de casos de papilomas escamosos recorrentes em laringe em crianças sem exposição; pode existir fator hematogênico associado. Há relatos de transmissões perinatal, auto e heteroinoculação e indiretamente via fômites. A prevenção com preservação da monogamia, uso de preservativo e revisão periódica consiste na melhor abordagem contra a infecção pelo HPV. A vacinação contra o HPV é um recurso disponível que produziu resultados positivos.

Comentários finais: O papiloma escamoso é muito comum, porém localizado em rinofaringe é extremamente raro. Não encontramos explicação para a localização do papiloma em rinofaringe.

PRC-296 APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA NÃO USUAL DE NASOANGIOFIBROMA: RELATO DE CASO

Thereza Lemos de Oliveira Queiroga, Caroline Fernandes Rimoli, Thaís Gomes Abrahão Elias, Iury Lima Veloso, José Vicente Tagliarini, Renata Mizusaki Iyomasa, Dândara Bernardo Siqueira

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: O nasoangiofibroma juvenil é um tumor vascular benigno, com comportamento agressivo, que afeta jovens do sexo masculino. É uma neoplasia não encapsulada, classicamente composta por rica rede vascular de permeio a estroma fibroso. O seu suprimento arterial provém da artéria carótida externa, principalmente da artéria maxilar interna. Origina-se na fossa pterigopalatina, na margem superior do forame esfenopalatino, numa prevalência de 0,05% dos tumores de cabeça e pescoço.

Apresentação do caso: Paciente, gênero masculino, 18 anos, com queixas de obstrução nasal fixa à esquerda, associada à epistaxe intermitente de resolução espontânea e ocasionalmente plenitude aural à esquerda havia dois anos. Ao exame apresentava lesão que ocluía a fossa nasal esquerda e *cavum* aparentemente livre. A tomografia feita não favoreceu o diagnóstico de angiofibroma, pois mostrava lesão expansiva em fossa nasal esquerda, com localização medial, sem envolvimento da fossa pterigopalatina ou extensão para seio esfenoidal. As imagens tomográficas não exibiam os

achados típicos, tais como alargamento do forame estenopalatino ou extensão do tumor para a porção basilar do osso esfenóide, embora mostrasse grande realce na fase contrastada do exame. O tumor apresentava origem na parte posterior do septo nasal, o qual não é um achado de inespecífico. A embolização mostrou que a lesão tumoral apresentava irrigação pelos ramos distais da artéria esfenopalatina esquerda. Foi feita ressecção cirúrgica endoscópica, após embolização pré-operatória com ressecção tumoral completa. A massa se encontrava aderida na porção posterior do septo nasal, e recesso esfenomoidal deslocava o corneto médio lateralmente. O paciente teve boa evolução pós-operatória sem intercorrências. O exame histopatológico concluiu o diagnóstico de angiofibroma nasofaríngeo.

Discussão: O angiofibroma tem origem na fossa pterigopalatina, adjacente à abertura do canal pterigoide. O tumor pode estender-se lateralmente e ocupar as fossas pterigopalatina, infratemporal e temporal. Desse ponto, progride superiormente para a fissura orbitária inferior. Quando alcança esse local, erode parte da grande asa do esfenóide, condiciona alargamento da fissura orbitária superior, atinge a fossa craniana média e, finalmente, o seio cavernoso. Posteriormente, o tumor pode se estender por meio do canal pterigoide, erodir a asa interna do processo pterigoide, seguir para o soalho do seio esfenóide e se desenvolver dentro desse ou crescer, inferiormente, para a fossa interpterigoidea, bem como para o espaço parafaríngeo, lateral ao hâmulos do pterigoide. Se o tumor seguir a tuba auditiva e chegar aos forames oval e redondo, conseguirá progredir para o seio cavernoso. A extensão inferior do tumor pode atingir o forame láceros e a artéria carótida interna. A extensão superior, que condiciona invasão da fossa craniana anterior, por meio da lâmina horizontal do etmoide, raramente ocorre. Esse tumor cresce lentamente e prefere locais de menor resistência, torna pouco provável essa via de extensão. No caso relatado, o tumor apresentava localização medial, não havia alargamento da fossa pterigopalatina, não havia relação com seio esfenóide nem com a porção basilar de osso esfenóide.

Comentários finais: Devido à apresentação atípica nos exames de imagem de nasoangiofibroma, relatamos o caso para atentar para o diagnóstico, mesmo com a tomografia com características não usuais do tumor.

PRC-297 ASSOCIAÇÃO DE ADENOMA PLEOMÓRFICO E HAMARTOMA SEROMUCINOSO EM SEPTO NASAL

Ricardo Nasser Lopes, Juliana Reinesch, Natália Quinhone Shigematsu, Carolina Sponchiado Miúra, Edwin Tamashiro, Fabiana Cardoso Pereira Valera, Wilma Terezinha Anselmo Lima

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: Menos de 5% dos tumores de cabeça e pescoço são originários de glândulas salivares, e mesmo dentre esses a cavidade nasal e a sinusal são excepcionalmente envolvidas. Os adenomas pleomórficos, apesar de serem o subtipo mais comum, raramente são originados a partir de glândulas salivares menores. Outra lesão ainda mais rara no trato respiratório alto são os hamartomas seromucinosos, proliferações glandulares benignas, com pequenas séries de casos descritas na literatura. Reportamos aqui um caso de lesão septal com associação de tumores glandulares.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, referia história de obstrução nasal bilateral havia 10 anos, alternante, com pioria no último ano. Ao exame observava-se desvio septal à direita e lesão em septo posterior, pediculada, basculante, projetava-se para o *cavum*. Feita ressecção por via endoscópica com margem em porção óssea de septo posterior. A análise anatomopatológica evidenciou lesão que media 1 × 1 × 0,7 cm, revestida por epitélio respiratório. Estroma mostrava neoplasia não capsulada, composta

por áreas de diferenciação epitelial e mioepitelial, além de área polipoide com proliferação de pequenas glândulas, com padrões lobulares e aleatórios; nessas não se observava camada mioepitelial externa.

Discussão: Os sinais e os sintomas dessas patologias são inespecíficos; a obstrução nasal unilateral é o mais frequente. Têm discreta predileção feminina, com predomínio na quarta e quinta décadas. São encontradas na maioria dos casos na porção medial e septo; a ressecção completa é o tratamento de escolha com baixo índice de recidiva.

Comentários finais: As neoplasias glandulares ainda representam um diagnóstico diferencial difícil dentre os tumores nasosinusais. A exérese com seguimento pós-operatório prolongado é importantes na condução do caso, devido à raridade dessas lesões e à diferenciação de possíveis lesões malignas de baixo grau.

PRC-300 CÂNCER PRIMÁRIO DE COLUMELA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Larissa Ferreira de Macedo, Rebeka Jacques de Farias, Salyne Regina Martins Roberto, Thiago Freire Pinto Bezerra, André Albuquerque Silveira, Mariana de Carvalho Leal Gouveia, Sílvia da Silva Caldas Neto

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: Câncer primário de origem na pele nasal é extremamente raro, 75% são carcinomas basocelulares e 25% carcinomas epidermóides.

Apresentação do caso: Feminino, 48 anos, tabagista, queixava-se de tumoração no vestíbulo nasal, de crescimento progressivo, havia dois anos, e perda de 6 kg no último mês. Referia vários tratamentos com antibióticos tópicos e sistêmicos, sem sucesso. Ao exame, apresentava vegetação nodular rósea em ponta nasal e columela, secreção purulenta na columela e placa enegrecida no palato. As hipóteses diagnósticas foram: enteromorfomiose, doença granulomatosa e carcinoma epidermoide. Exames laboratoriais alterados: VSH = 53 mm e enzima conversora da angiotensina = 178,20 elevados. Anatomopatológico da biópsia incisional mostrou carcinoma epidermoide, ulcerado, bem diferenciado, invasivo. Revisão de lâmina confirmou o diagnóstico. Cultura para fungo revelou *Candida sp.* e, para bactéria, *Klebsiella sp.* Tomografia da face evidenciou lesão em pirâmide nasal, ulcerada, infiltrativa, de limites imprecisos, estendia-se para as porções mais anteriores do septo nasal; a de pescoço sugeria linfonodomegalias de centro hipodensos/necrótico em região submandibular direita, a maior media 3,6 cm, sem plano de clivagem com a glândula submandibular ipsilateral. Optou-se por tratamento quimioterápico neoadjuvante, seguido por cirurgia e radioterapia.

Discussão: Tumoração primária na columela é extremamente rara e altamente agressiva. Tabagistas e trabalhadores expostos a petróleo, madeira e couro são grupos de risco. O diagnóstico diferencial com doenças granulomatosas ou infecciosas é importante. Os achados clínicos desses tumores são inespecíficos, portanto o anatomopatológico e as culturas são fundamentais. Avaliação por exames de imagem é essencial. Não existe um padrão de estadiamento estabelecido, mas o tratamento consiste em cirurgia e/ou radioterapia. A disseminação para septo, base nasal e pré-maxila é inevitável quando há ressecção inadequada dos cânceres columelares. Esvaziamento cervical seletivo é controverso; mas, quando feito, deverá incluir as glândulas submandibulares.

Comentários finais: O diagnóstico diferencial das tumorações nasais, apesar dos sintomas e dos sinais inespecíficos, é essencial para instituição precoce do tratamento.

PRC-301 CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO DE RINOFARINGE: RELATO DE CASO

Fernanda Rodrigues da Cunha, Rafael Toledo Enes Nogueira, Ariadne Fonseca Carvalho Silva, Martinho da Palma e Mello Neto, Marco Aurélio Franco de Godoy Belfort, Talia Pegolaro Martins, Nathália Nishiyama Tondelli

Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: Carcinoma adenoide cístico é uma neoplasia epitelial descrita em 1856. Na maioria origina-se de glândulas salivares maiores e menores, nasofaringe e glândulas lacrimais. Lesões malignas na cavidade nasal e nos seios paranasais são raras, responsáveis por 3% das neoplasias em cabeça e pescoço e 0,2% a 0,8% das doenças neoplásicas gerais. Este artigo relata caso de carcinoma adenoide cístico de nasofaringe que representa grande desafio para diagnóstico precoce e tratamento preciso.

Apresentação do caso: V.M.J., 47 anos, masculino, procurou o serviço de otorrinolaringologia do Hospital Regional de Presidente Prudente (SP) e se queixou de obstrução nasal direita, cefaleia e proptose direita progressivos havia um ano. Exame físico: proptose direita, lesão da fossa nasal direita esbranquiçada. Fibronasolaringoscopia: lesão de superfície lisa, esbranquiçada, não sangrante ao toque, ocupava o recesso esfenoidal direito. TC de seios da face: conteúdo das partes moles ocupava rinofaringe direita e erosão óssea parte anterior do clivus. Cirurgia endoscópica removeu parte da lesão, cujo anatomopatológico confirmou carcinoma adenoide cístico. Encaminhado para radioterapia. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial.

Discussão: Carcinoma adenoide cístico do nariz e dos seios paranasais representa grande desafio diagnóstico. Sintomas de pacientes com carcinoma de nasofaringe são inespecíficos e dependem da região localizada, podem levar a problemas auditivos, otites, obstrução nasal, anosmia, sangramentos, dificuldade de deglutição, disfonia, diplopia e dor. Esses tumores estão localizados na proximidade de estruturas neurovasculares críticas, como artéria carótida, nervos cranianos e base do crânio; sua ressecção cirúrgica é um desafio. Por ser um tumor radiosensível, radioterapia tem papel importante no tratamento, tanto como forma isolada como pós-cirurgia.

Comentários finais: Carcinoma adenoide cístico é uma patologia com prognóstico ruim e pouco reconhecida. A remoção cirúrgica seguida de radioterapia complementar é o atual tratamento de escolha. Novos estudos são necessários para avaliar a eficácia da radiocirurgia na terapêutica dessa afecção.

PRC-304 CARCINOMA INDIFERENCIADO LINFOEPITELIOMA-LIKE DE NASOFARINGE

Maria Clara Oliva Albano, Luiz Eduardo Flório Junior, José Jarjura Jorge Júnior, Vinicius de Faria Gignon, Mariana Lombardi Guidi, Guilherme Rocha Netto, Larissa Borges Richter Boaventura

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Barueri, SP, Brasil

Introdução: Sabe-se que a região nasofaríngea apresenta diferentes tipos de tecido e epitélios, pode apresentar uma significativa diversidade de neoplasias. O tumor maligno originado a partir de células epiteliais denomina-se carcinoma. O carcinoma indiferenciado linfoepitelioma-like é raro, mas com boa resposta ao tratamento radioterápico.

Apresentação do caso: B.L.C., masculino, branco, 24 anos, natural e procedente de Sorocaba, sem religião, estudante. Queixa de dor de garganta e ouvido esquerdo havia cinco dias. Negava febre, odinofagia ou dispneia; dor sem fatores de melhoria ou pioria. Otoscopia com membranas timpânicas íntegras e brilhantes; rinoscopia

com septo centrado com hipertrofia de cornetos em fossa nasal direita; oroscopia com amígdalas grau I e simétricas; abaullamento de palato mole à esquerda sem sinais flogísticos. TC de pescoço: lesão expansiva sólida com realce pelo contraste de limites imprecisos no aspecto lateral esquerdo da naso e parte da orofaringe, media 4 × 3 cm. Obliteração dos espaços parafaríngeos desse lado e redução local da coluna aérea faríngea. Linfonodos proeminentes em número no nível II à esquerda, alguns com volume aumentado, mediam até 1,8 cm no maior eixo axial. Biópsia: lesão linfoproliferativa em mucosa do tipo respiratório. Imuno-histoquímica: lesão de rinofaringe, carcinoma indiferenciado linfoepitelioma-like. Paciente encaminhado ao serviço de oncologia.

Discussão: Apesar da boa resposta ao tratamento radioterápico, o carcinoma indiferenciado linfoepitelioma-like de nasofaringe apresenta prognóstico variado e muitas vezes ruim. Essa característica se deve ao diagnóstico ser ratificado tardiamente. Assim, a suspeita clínica para o diagnóstico preciso e a programação terapêutica são de suma importância.

PRC-305 CARCINOMA INDIFERENCIADO NASOSSINUSAL: EVOLUÇÃO ATÍPICA E COMPLICAÇÕES DE EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL PRÉ-OPERATÓRIA

Isabela Varginha, Letícia Azevedo Reis, Raquel Faria Vasconcellos, Fabiana Chagas da Cruz, Priscila Novaes Ferraiolo, Shiro Tomita

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O carcinoma indiferenciado nasossinusal é um tumor raro que tipicamente se apresenta como doença localmente avançada, de alta taxa mitótica e histologia singular. Não há consenso quanto à melhor forma de tratamento, pode esse ser feito cirurgicamente em casos iniciais, assim como de forma combinada com quimioterapia ou radioterapia. Devido à alta vascularização da massa, podemos lançar mão de técnicas de embolização tumoral de modo a diminuir a morbidade cirúrgica e facilitar a ressecção completa da lesão.

Apresentação do caso: P.L.C., 37 anos, sexo feminino, procurou atendimento e queixou-se de obstrução nasal e epistaxes recorrentes em fossa nasal esquerda havia um ano. À videoendoscopia, demonstra massa vegetante de coloração arroxeada e bordos lisos que ocupavam toda a fossa nasal esquerda, sem abaullamento septal contralateral. À tomografia computadorizada evidenciava-se lesão localmente expansiva de epicentro em etmoide anterior, sem erosão óssea ou invasão de tecidos adjacentes. Fez embolização arterial pré-operatória da massa nasal com micropartículas e evoluiu com acidente vascular encefálico isquêmico frontoparietocciptal esquerdo e hemorragia subaracnoide. Após estabilização clínica, foi submetida à ressecção endoscópica do tumor. Em análise histopatológica e imuno-histoquímica, firmou-se o diagnóstico de carcinoma indiferenciado nasossinusal.

Discussão: De acordo com a literatura, 70 a 90% dos casos de carcinoma indiferenciado nasossinusal são diagnosticados em estágio T4 ou superior. No entanto, apresentamos um caso com mais de dois anos de evolução entre o início dos sintomas e o tratamento cirúrgico, mas que manteve bom prognóstico curativo. A embolização mostrou-se essencial para o resultado, apesar da complicação ocorrida.

Comentários finais: Mesmo com apresentação pouco invasiva em imagens, os tumores malignos nasossinuais devem sempre ser suspeitados, o que determina agilidade no processo diagnóstico-terapêutico. Mais além, apesar de bem estabelecidos na literatura, os procedimentos de embolização pré-operatória devem ser ponderados, pois podem gerar complicações intracranianas severas mesmo com estudos vasculares prévios sem evidência de anastomoses de risco.

PRC-306 CARCINOMA NEUROENDÓCRINO EM CAVIDADE NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

Francisco Davi Alves Vasconcelos, Larissa Rolim Freitas, Andressa Rolim Freitas, Antônio Serra Lopes Filho, Janaína Gonçalves da Silva Leite, Diego Bruno Bezerra Brito, Leonardo Medeiros Pereira Carneiro

Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Carcinomas neuroendócrinos nasais são tumores epiteliais pouco diferenciados de etiologia desconhecida, cuja idade de apresentação varia de 26 a 82 anos, sem predileção por sexo. Histologicamente exibem um espectro que vai desde carcinomas de pequenas células (*oat cell*) a tumores atípicos do tipo carcinoide. A presença de mitoses e necrose é frequente e o diagnóstico é extremamente difícil, mesmo com auxílio de imuno-histoquímica e microscopia eletrônica. Os principais diagnósticos diferenciais incluem carcinoma epidermoide, adenocarcinoma indiferenciado, neuroblastoma olfatório e paraganglioma maligno.

Apresentação do caso: Paciente de 47 anos do sexo feminino, auxiliar técnica química, com quadro de epistaxe recorrente em fossa nasal esquerda de início havia três anos, além de rinorreia hialina e obstrução nasal ipsilaterais. Exames de imagem evidenciaram lesão expansiva com densidade de partes moles ecaptante de contraste que ocupava os dois terços superiores da fossa nasal esquerda, associada à provável mucocela em seio esfenoidal esquerdo.

Discussão: Fez-se biópsia incisional e o estudo anatomopatológico evidenciou proliferação de pequenas células redondas e azuis e a imuno-histoquímica firmou o diagnóstico de carcinoma neuroendócrino nasossinusal. A paciente foi então submetida à embolização e à exérese parcial do tumor, com nova tentativa de ressecção após um ano. Como complicação, evoluiu com fistula líquórica no pós-operatório, corrigida posteriormente. Foi encaminhada para radioterapia e quimioterapia adjuvantes, está, até o momento, sem sinais de recidiva.

Comentários finais: Carcinomas neuroendócrinos da cavidade nasal e seios paranasais parecem ter prognóstico mais favorável do que tumores morfológicamente semelhantes da laringe e pulmão. Os tipos de pequenas e grandes células têm o mesmo comportamento agressivo, cujo tratamento indicado é cirúrgico. Obedecem-se os padrões oncológicos de ressecção e respeitam-se as margens de segurança.

PRC-308 CIRURGIA ENDOSCÓPICA EM HEMANGIOPERICITOMA SINONASAL: RELATO DE CASO

Raphael Oliveira Correia, Aline Saraiva Martins, Ulisses Meireles Filgueiras Filho, Avner Marcos Alves Batista, Mateus Aguiar de Azevedo, Sebastião Diógenes Pinheiro, André Alencar Araripe Nunes

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Hemangiopericitomas são sarcomas de baixo grau que podem desenvolver-se em diversos locais do corpo. A localização na região de cabeça e pescoço ocorre em 15 a 30% dos casos e desses 5% incidem no nariz e nos seios paranasais. Os tumores de localização nasossinusal têm características histológicas próprias e semelhanças com os tumores glômicos, são citados como glomangiopericitomas ou hemangiopericitomas sinonasais.

Apresentação do caso: Paciente feminina, 52 anos, apresentava queixa de obstrução progressiva em cavidade nasal direita associada à eliminação de secreção hialina com raios de sangue havia dois anos. Ao exame físico, observou-se tumoração de superfície lisa, eritematosa, obstruía a cavidade nasal direita. A tomografia de seios paranasais mostrava uma lesão com densidade de partes moles, captante de contraste, limitada à fossa nasal direita, estendia-se aos meatos médio e inferior. Foi submetida à exérese da

lesão por cirurgia endoscópica, na qual se identificou inserção na parede nasal lateral direita e infiltração do septo nasal. O exame histopatológico foi conclusivo para hemangiopericitoma sinonasal. Em cinco meses de pós-operatório a paciente evoluiu sem queixas, não se observaram sinais de recidiva da lesão.

Discussão: São lesões de bom prognóstico, relatam-se taxas de sobrevivência livre de doença de 74,2% em cinco anos e 64,4% em dez anos. O tratamento é a ressecção cirúrgica com margens livres, classicamente feita por via externa por meio de uma rinotomia lateral ou *hemidegloving*. A paciente em questão foi submetida à ressecção endoscópica da tumoração nasal devido ao seu tamanho e à sua localização. Diante do diagnóstico histopatológico e da ausência de infiltração nas margens cirúrgicas, não foi indicada radioterapia adjuvante.

Comentários finais: O hemangiopericitoma sinonasal é uma neoplasia rara e de bom prognóstico, deve ser lembrado no diagnóstico diferencial dos tumores nasais. O caso em questão é um exemplo do uso crescente da cirurgia nasal totalmente endoscópica em neoplasias malignas.

PRC-309 CISTO DERMOIDE DE ÓRBITA: ABORDAGEM ENDOSCÓPICA NASOSSINUSAL

Gustavo Henrique Duran, Ian Selonke, Jean Versari, Dharyemne Pucci de Araújo, Suzanne Malmann Varnier, Ricardo Favaretto, Thaise Cesca

Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil

Introdução: Cisto dermoide consiste em aproximadamente 50% de todas as lesões orbitais e periorbitais dentre os indivíduos abaixo de 18 anos. Essas lesões apresentam estruturas anexas, como cabelo, glândulas sebáceas e gordura, e se originam a partir de um aprisionamento epitelial, que frequentemente ocorre em áreas de fusão óssea. Sinais e sintomas variam de acordo com a localização e o tamanho da lesão.

Apresentação do caso: R.E.A., 24 anos, homem, encaminhado devido a exoftalmia à direita. Paciente referiu que o abaulamento ocular teve início havia mais de cinco anos, apresentava um caráter progressivo e indolente, porém referiu que nos últimos anos teve pioria do quadro clínico associada a diplopia e visão turva. Ao exame físico: rinoscopia com desvio septal em área II de Cottle de grau leve, sem outras particularidades. Ectoscopia apresentava nítida exoftalmia de globo ocular direito, além de comprometimento da movimentação ocular pelo músculo reto medial com diplopia associada. Pupilas isofotorreagentes e exame otoneurológico normal. Feito exame nasofibrolaringoscópico com ótica flexível, porém inconclusivo, visto que o paciente não apresentava lesão nasal e ou particularidade em parede lateral de fossa nasal direita. Tomografia computadorizada de seios paranasais: lesão tumoral em porção medial de órbita direita, heterogênea, preenchida por conteúdo de partes moles, bem delimitada, comprimida órbita e músculo reto medial e causava remodelamento ósseo de lâmina papirácea, porém sem erosão. Diante do exposto se optou por abordagem via cirurgia endoscópica nasossinusal para decompressão de órbita e exérese da lesão. Anatomopatológico: cisto dermoide. Apresentou melhoria importante da exoftalmia/diplopia e evoluiu com acuidade visual preservada. Seguimento de seis meses sem intercorrências.

Discussão: Cisto dermoide pode ser dividido em superficial (simples; exofítico) ou profundo (complicado; endofítico). Essa classificação é baseada na relação do cisto com o septo orbital. Desse modo, cisto dermoide profundo se localiza posteriormente ao septo. Cistos dermoides pequenos e assintomáticos não necessitam de tratamento imediato e podem ser observados até o segundo ou terceiro ano de vida e até mesmo por mais tempo. Porém, quando a lesão atinge comportamento progressivo, é indicada intervenção cirúrgica. Sempre que possível, a remoção dessa lesão deve ser conduzida

de forma cuidadosa para evitar ruptura de sua cápsula. A excisão completa com cápsula intacta previne recidiva e diminui a reação inflamatória local. Lesões profundas causam maiores dificuldades por apresentar proximidade com estruturas vitais e aderências ósseas devido à cronicidade de sua evolução. Nessas situações, caso a lesão não possa ser retirada em sua totalidade, o conteúdo do cisto pode ser retirado de forma cuidadosa. Uma vez o cisto drenado, o cirurgião vai encontrar maior facilidade de mobilizar a lesão e remover toda sua inserção óssea. Durante o procedimento, é importante procurar áreas de conexão entre a cápsula do cisto e o osso. Caso essas aderências não sejam abordadas, a chance de uma recidiva aumenta.

Comentários finais: Abordagem cirúrgica nasossinusal se mostrou como uma opção válida no tratamento cirúrgico do cisto dermoide orbital, principalmente cistos profundos localizados nas porções frontoetmoidal ou frontolacrimal.

PRC-310 CISTO NASOLABIAL BILATERAL OCASIONANDO OBSTRUÇÃO NASAL: RELATO DE CASO

Alan Melke Moura Cavalcanti, Francisco Davi Alves Vasconcelos, Larissa Rolim Freitas, Diego Bruno Bezerra Brito, Antônio Serra Lopes Filho, Janaína Gonçalves da Silva Leite, Andressa Rolim Freitas

Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Cisto nasolabial é uma lesão rara, não odontogênica, que acomete a região do lábio superior, logo abaixo da asa do nariz, com extensão para o meato nasal inferior e assoalho do vestíbulo nasal, corresponde a aproximadamente 7% dos cistos maxilares. Sua patogênese não é completamente elucidada, com hipóteses de origem a partir de cisto da fissura facial ou de remanescente do ducto nasolacrimal. Acomete preferencialmente o sexo feminino, entre a quarta e a quinta décadas, e suas manifestações clínicas são decorrentes do tamanho, podem causar elevação da asa do nariz, protrusão do lábio superior e assimetria facial, além de obstrução nasal.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 43 anos, parda, com quadro de abaulamento de região nasolabial bilateral, de evolução progressiva havia cinco anos, associado a obstrução nasal nos últimos 10 meses. Negava dor, sintomas irritativos nasais ou epistaxe. Ao exame observava-se abaulamento em região nasolabial bilateral e sulco gengivolabial superior, sem sinais flogísticos. A tomografia computadorizada de seios paranasais evidenciou duas lesões císticas paralelas à espinha nasal bilateral, além de abaulamento de assoalho nasal e semioclusão de vestíbulos nasais. Foi submetida à enucleação por acesso intraoral, por meio de incisão no sulco gengivolabial e dissecação romba da lesão (acesso de Denker).

Discussão: A peça cirúrgica foi enviada para estudo histopatológico, que mostrou tratar-se de cisto submucoso de revestimento epitelial simples do tipo respiratório, com presença de leve infiltrado linfocítico e microcalcificações focais em tecido fibroso capsular.

Comentários finais: Trata-se de lesão rara, cujos diagnósticos diferenciais incluem lesões inflamatórias periapicais, cisto do ducto nasopalatino, cisto dermoide e ainda tumores de glândulas salivares. O tratamento é preferencialmente cirúrgico, por meio de enucleação ou marsupialização. A taxa de recorrência é baixa e pode variar de acordo com a técnica usada.

PRC-311 CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO RECORRENTE EM CAVIDADE NASOSSINUSAL

Erika Ferreira Gomes, Francisco Davi Alves Vasconcelos, Larissa Rolim Freitas, Antônio Serra Lopes Filho, Janaína Gonçalves da Silva Leite, Leonardo Medeiros Pereira Carneiro, Diego Bruno Bezerra Brito

Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Cistos ósseos aneurismáticos são lesões fibro-ósseas benignas, osteolíticas e expansivas, de etiologia desconhecida, caracterizadas por cavidades císticas vasculares, envolvidas por tecido conjuntivo, células gigantes e trabeculado ósseo. Afetam preferencialmente indivíduos entre a segunda e a terceira décadas de vida e representam 6% dos tumores ósseos, mais comumente em vértebras e metáfise de ossos longos.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 20 anos, admitido com quadro de epistaxe, obstrução nasal unilateral esquerda e rinorreia, evoluiu com abaulamento facial progressivo e exoftalmia ipsilaterais. Tomografia computadorizada de seios paranasais evidenciou formação cística expansiva de grandes dimensões, com epicentro em fossa nasal esquerda, além de conteúdo líquido espesso em seios maxilares. Ressonância magnética de crânio mostrou grande lesão multicística no seio esfenoidal que invadia os seios paranasais, com presença de nível líquido. A ressecção do tumor foi feita por meio de acesso combinado (endonasal e sublabial), além de descompressão orbitária.

Discussão: Cerca de três meses após o procedimento, apresentou recorrência dos sintomas. Exames de imagem revelaram recorrência tumoral, foi submetido a novo procedimento cirúrgico. O estudo histopatológico revelou cavidades repletas de sangue de tamanho variável separadas por tecido conjuntivo que continha células gigantes e trabeculado ósseo e configurava recidiva tumoral.

Conclusão: Este relato dá especial ênfase à recorrência dos cistos ósseos aneurismáticos em crânio, uma condição rara cujo tratamento é baseado na ressecção do tumor, com alta taxa de recidiva, se incompleta (50% dos casos, aproximadamente). Tal recorrência é também relatada em outras condições ósseas, tais como displasia fibrosa, cisto ósseo simples e histiocitoma fibroso maligno recorrente.

PRC-312 CONDIROSSARCOMA EM SEPTO NASAL: RELATO DE CASO

Aline de Almeida Sousa e Silva, Alessandra Alencar de Andrade, Karine Tábata de Carvalho Bispo, João Henrique Zanotelli dos Santos, Gustavo Subtil Magalhães Freire, Márcio Nakanishi

Hospital Universitário de Brasília (HUB), Brasília, DF, Brasil

Introdução: O condrossarcoma é uma lesão cartilaginosa maligna de crescimento lento, mas localmente agressiva. Apresenta uma incidência baixa em região de cabeça e pescoço, é mais encontrado em osso e seio maxilar, raramente em septo nasal, como neste caso.

Apresentação do caso: Paciente, sexo masculino, 32 anos, sem comorbidades, com quadro de obstrução nasal bilateral progressiva, episódios de rinorreia amarelada, despertares noturnos, dor em regiões frontal e maxilar bilateralmente, cefaleia occipital de forte intensidade e sensação de pressão em ouvidos. Além disso, relatava parestesia palatal e anosmia. Endoscopia nasal revelou lesão submucosa em septo posterior que obliterava as fossas nasal e mucosa com aspecto normal. Tomografia de seios paranasais e fossas nasais mostrou formação expansiva, média 3,7 × 3,7 × 3,5 cm com densidade de partes moles e calcificações externas com epicentro em região posterossuperior da cavidade nasal de projeção transcoanal e extensão às células etmoidais e seio esfenoidal à direita. A RM do encéfalo e dos seios da face não revelou invasão de conteúdo orbitário ou cerebral. O tratamento proposto foi exérese cirúrgica com ressecção em bloco da lesão mais ¼ do septo posterior e rostro do esfenóide. O estudo anatomopatológico revelou condrossarcoma grau II com margens livres. Em seguida, paciente foi encaminhado para radioterapia e quimioterapia.

Discussão: O condrossarcoma, lesão maligna com origem em tecido cartilaginoso, acomete principalmente pelve e ossos longos. A sua incidência em cabeça e pescoço é baixa, apenas 10-12%, e nesses casos muito raramente acomete o septo nasal. Caracteristicamente a lesão tem crescimento lento, é localmente agressiva, pode enviar

metástases a distância, geralmente pulmões. Quando acomete nariz e seios paranasais, a clínica pode mimetizar uma rinossinusite crônica e atrasar o diagnóstico. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica com margens, associado ou não à radioterapia e à quimioterapia.

Comentários finais: O condrossarcoma raramente acomete septo nasal. O tratamento preconizado é exérese cirúrgica com margens, o que pode ser um desafio, a depender da extensão da lesão.

PRC-313 CORDOMA DE SEIO FRONTAL

João Henrique Zanotelli dos Santos, Karine Tábata de Carvalho Bispo, Alessandra Alencar de Andrade, Aline de Almeida Sousa e Silva, Paulo Igor Luz Nunes Leal, Márcio Nakanishi, Gustavo Subtil Magalhães Freire

Hospital Universitário de Brasília (HUB), Brasília, DF, Brasil

Introdução: Cordomas são tumores ósseos primários raros, de crescimento lento, localmente agressivos, com alto grau de recorrência e falha de tratamento. Ocorrem na sexta década de vida, mais prevalentes em homens (1,5:1). Lesões na base de crânio respondem por 35-45% de todos os cordomas, principalmente no *clivus* e na fossa posterior (79%). São ainda mais raros no seio frontal. O diagnóstico é clínico e radiológico. A tomografia mostra uma lesão com densidade de partes moles, extracriana, com destruição óssea e ocasionalmente calcificações. Na ressonância magnética apresenta hiperintensidade em T2 com impregnação heterogênea pelo gadolínio. O tratamento é cirúrgico, seja por acesso endoscópico ou externo. A radioterapia pode ser usada de maneira adjuvante, enquanto a quimioterapia não tem eficácia como tratamento primário ou isolado, é opção como resgate.

Apresentação do caso: Masculino, 58 anos. Crescimento progressivo de tumoração superior e medial na órbita esquerda, sem sintomas nasossinusais ou visuais havia cinco anos. Hipertenso, ex-tabagista (interrompera havia 15 anos). Tomografia de órbita mostrava lesão com densidade de partes moles em seio frontal esquerdo, erosão óssea e invasão da órbita esquerda com exoftalmia ipsilateral. Compatível com mucocele. Feita abordagem endoscópica com confecção de flap de concha média, abertura das células etmoidais e do seio frontal esquerdo. Acesso externo supraciliar, com dissecação pericapsular, retirada completa da lesão, com exposição do seio frontal e cone supraorbitário, sem lesões residuais. Boa evolução pós-operatória. Histologia e imuno-histoquímica: compatíveis com cordoma. Após 15 meses não apresenta sinais de recidiva.

Discussão: A letalidade dos cordomas de base de crânio está associada à extensão local, as metástases sistêmicas são incomuns (12,5%). Há nas últimas décadas um aumento de sobrevida, possivelmente por melhorias das modalidades de diagnóstico e tratamento.

Comentários finais: Paciente com diagnóstico tardio de uma lesão inesperada para a localização anatômica. Teve ressecção completa, com excelente resposta.

PRC-314 CORPO ESTRANHO EM REGIÃO FRONTOETMOIDAL LEVANDO À EVISCERAÇÃO ORBITAL: RELATO DE CASO

Lígia Tedde de Moraes, Rodolfo Alexander Scalia

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A evisceração orbital consiste na remoção do conteúdo intraocular, mantêm-se intactos a conjuntiva, a cápsula de Tenon, a musculatura extraocular e o nervo óptico. Diversas técnicas cirúrgicas foram descritas para o tratamento das afecções nasossinusais desde o início do século XX. Eventualmente, eram usadas sondas nasais ou tubos de silicone para manter a permeabilidade dos seios da face.

Apresentação do caso: Paciente de 54 anos, submetida a provável sinusectomia frontoetmoidal havia 17 anos, procurou serviço de oftalmologia por diminuição de acuidade visual em olho esquerdo nos últimos meses. Não apresentava quaisquer queixas de origem otorrinolaringológica. Foi feito diagnóstico de Melting Eye e indicada evisceração do olho esquerdo. Por apresentar passado de cirurgia nasal, foi solicitada avaliação otorrinolaringológica para descartar qualquer quadro nasossinusal como causa desse processo infeccioso. Em tomografia de seios da face, observou-se a presença de corpo estranho em fossa nasal esquerda, de aproximadamente 10 cm, que se estendia da região frontoetmoidal até a rinofaringe. Todos os seios paranasais desse lado encontravam-se velados, com destruição de parede inferior de seio frontal, erosão parcial de etmoide e parede medial de órbita. Foi feita hipótese diagnóstica de mucocele secundária a corpo estranho nasal e indicada sinusectomia endoscópica.

Discussão: A avaliação do otorrinolaringologista torna-se imprescindível nos casos de complicações infecciosas orbitárias, pois, como no caso descrito, a presença de corpos estranhos, mesmo após tantos anos de evolução, pode gerar complicações gravíssimas, com sequelas definitivas.

Comentários finais: Processos infecciosos nasossinusais devem ser investigados sempre que ocorrerem complicações orbitárias, especialmente nos casos com história prévia de procedimentos nasossinusais, pois esses podem ser a causa inicial dessas complicações.

PRC-315 DESTRUIÇÃO DE CARTILAGEM NASAL LATERAL SUPERIOR E LATERAL INFERIOR EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME TRÓFICA TRIGEMINAL - RELATO DE CASO

Marcos Alexandre Almeida, Lívia Bernardi Lopes, Hannah Damasceno Barreto da Silva, Marianna Novaes da Costa Ávila, Carolina Batista e Silva, Elisa Morais Leão, Amélio Ferreira Maia

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A síndrome trófica trigeminal (STT) caracteriza-se pelo surgimento de úlceras cutâneas no território de inervação do nervo trigêmeo (NT), geralmente após lesão trigeminal.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 50 anos, com episódios diários de dor de curta duração e forte intensidade que acometia os dermatômos correspondentes aos ramos oftálmico e maxilar do NT, à esquerda desde 2005. Recebeu diagnóstico de neuralgia do trigêmeo e foi tratada clinicamente. Devido à refratariedade do quadro, em 2008 submeteu-se à decompressão microcirúrgica do nervo em outro serviço. Seis meses pós-cirurgia, surgiu úlcera indolor, crostosa e sangrante em região de asa nasal esquerda. A lesão progrediu com destruição das cartilagens nasais lateral superior e lateral inferior. Lesões semelhantes surgiram nos dermatômos oftálmico e mandibular ipsilateral, acompanhadas de retorno do quadro algico. Admitida pelo nosso serviço em 2009 e avaliada pelos departamentos de otorrinolaringologia e neurocirurgia, chegou-se ao diagnóstico de STT, devido à apresentação típica das lesões e história de intervenção neurocirúrgica.

Discussão: A STT é um distúrbio cutâneo geralmente secundário a lesões trigeminais. Úlceras no território de inervação do NT são as manifestações mais evidentes dessa síndrome. Os dermatômos mais acometidos são os das divisões maxilar e oftálmica. A ulceração da asa nasal acompanhada pela anestesia trigeminal e parestesia facial forma uma tríade característica citada em vários trabalhos a respeito do assunto. As lesões iatrogênicas do nervo provocadas durante tratamento de neuralgia do trigêmeo configuram a etiologia mais comum. A fisiopatologia não é totalmente compreendida. A teoria mais aceita é que a lesão trigeminal desencadearia alterações de sensibilidade que levariam o paciente a autoinfligir as lesões cutâneas.

Comentários finais: A STT é uma doença de difícil tratamento e envolve trabalho multidisciplinar. A tríade composta por úlceras

faciais associadas à anestesia trigeminal e à parestesia facial deve chamar a atenção para esse diagnóstico.

PRC-316 EMBOLIZAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA NO TRATAMENTO DE HEMANGIOPERICITOMA NASAL - RELATO DE CASO

Gustavo Barreto da Cunha, Michelle Queiroz Aguiar Silva, Thiago Cavalcante Ribeiro, Nara Nunes Barbosa Costa, Amanda Canário Andrade Azevedo, Eriko Soares de Azevedo Vinhaes, Nilvano Alves de Andrade

Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Hospital Santa Izabel, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Hemangiopericitoma corresponde a 1% de todos os tumores de vasos sanguíneos e apenas 20% são localizados na cabeça e no pescoço. O acometimento nasossinusal é ainda mais raro, corresponde a menos de 5%. Pode acometer indivíduos de qualquer sexo e idade, mas tem predileção pela quinta e sexta décadas de vida e cursa comumente com obstrução nasal e epistaxe. O hemangiopericitoma nasal apresenta um baixo índice de metástase a distância, mas uma taxa de recorrência de 30%.

Apresentação do caso: M.E.P.S., 51 anos, sexo feminino, com obstrução nasal e epistaxe recorrente autolimitada à direita havia três meses. Ao exame, presença de massa violácea, fétida, aderida ao assoalho nasal e a toda a extensão de corneto inferior. Ex-tabagista 30 anos/maço, abstinência havia dez anos. Tomografia de face com contraste evidenciou lesão heterogênea que acometeu o corneto inferior direito e etmoide e desviou contralateralmente o septo nasal. Biópsia incisional demonstrou granuloma piogênico. Programada cirurgia endoscópica para exérese completa, porém teve o procedimento suspenso devido a sangramento intenso, foi feito tamponamento anteroposterior. A paciente foi encaminhada para arteriografia com embolização, teve como achado adicional aneurismas gigantes de artérias cerebrais médias bilateralmente. Feita excisão da lesão com acesso endoscópico combinado com Denker. Evoluiu bem, porém após tratamento cirúrgico dos aneurismas cerebrais com a equipe de neurocirurgia apresentou complicações importantes e morte encefálica. Anatomia patológica demonstrou hemangiopericitoma.

Discussão: Apesar da baixa letalidade do hemangiopericitoma nasossinusal, menor do que 5%, o tratamento de escolha é a completa excisão da lesão devido ao alto índice de recorrência. A embolização pré-operatória pode contribuir para evitar hemorragia intra-operatória e influenciar positivamente no tamanho do tumor e da área de ressecção.

Comentários finais: No caso apresentado a ressecção completa do tumor não foi possível sem a embolização pré-operatória, o que demonstra a grande utilidade desse recurso em casos selecionados.

PRC-318 ESPOROTRICOSE DISSEMINADA COM ACOMETIMENTO NASOSSINUSAL EM PACIENTE PORTADORA DE AIDS

Raquel Faria Vasconcellos, Letícia Azevedo Reis, Isabela Ávila Varginha de Moraes e Silva, Felipe Paraguassu Demes, Priscila Novaes Ferraiolo, Shiro Tomita

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A esporotricose é causada pelo fungo *Sporothrix schenckii*, que pode se apresentar na forma cutâneo-linfática, cutânea localizada, cutânea disseminada ou extracutânea. Apresentamos um caso de uma paciente portadora de síndrome da imunodeficiência adquirida e esporotricose disseminada com acometimento nasossinusal.

Apresentação do caso: K.M.X.M., sexo feminino, 47 anos, parda, portadora de Aids em abandono de tratamento, sem CD4 e carga viral recentes, internada por quadro de otorreia purulenta bilateral havia duas semanas, tosse, febre e emagrecimento. Evoluiu ao longo da internação com múltiplas lesões papulares em face e membros superiores, poliartralgia e lesão invasiva em cavidade nasal com extensão para seio maxilar direito, células etmoidais e palato duro. Hemocultura, escarro e biópsias de lesões cutâneas e nasal revelaram crescimento de *Sporothrix schenckii*. Foi tratada com anfotericina B, itraconazol e prednisona sem melhora clínica. Evoluiu para óbito após 87 dias de internação, antes da conclusão da genotipagem e TSA de amostra enviada à Fiocruz.

Discussão: A terapia preconizada para a esporotricose disseminada inclui anfotericina B em associação ou não com itraconazol, com melhora das lesões na grande maioria dos casos, que podem ser seguidos de recidiva. Há relatos na literatura de casos com benefício no uso de terbinafina e posaconazol, guiados por testes de genotipagem e sensibilidade a antifúngicos. A prednisona foi incluída considerando-se a hipótese de síndrome inflamatória de reconstituição imune, devido à retomada da terapia antirretroviral. A possibilidade de remoção cirúrgica da massa nasal foi aventada, por proporcionar dificuldade respiratória em conjunto com a volumosa tumoração de palato, porém desconsiderada devido à extensão da lesão, além de diagnóstico histológico já firmado e péssima condição clínica da paciente.

Comentários finais: Existem poucos relatos de esporotricose com acometimento nasossinusal na literatura, ao contrário de outras micoses. Novos estudos devem ser feitos para avaliar o benefício de tratamentos adicionais aos já preconizados.

PRC-319 ESPOROTRICOSE DISSEMINADA COM LESÃO NASAL - RELATO DE CASO

Benivaldo Ramos Ferreira Terceiro, Marcelo Rasadinsk Lyra, Diego Almeida, Cláudia Maria Valette Rosalino

Instituto Nacional de Infectologia, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Esporotricose é uma doença comum em felinos, resultante da inoculação direta de conídios do *Sporothrix schenckii* na derma. Após a inoculação, esse agente pode causar infecção cutânea ou subcutânea que geralmente é localizada, pode associar-se a comprometimento linfático regional. Formas disseminadas da doença e lesões mucosas são menos comuns e podem estar associadas a algum grau de imunodeficiência.

Apresentação do caso: Homem, 38 anos, procedente de Bangu, Rio de Janeiro (RJ), compareceu ao ambulatório com lesões cutâneas gomosas ascendentes em membros superiores (MMSS). Após um mês apresentou pioria do quadro com emagrecimento importante, lesões cutâneas difusas gomosas, ulcerações com crostas em face, tronco e MMSS, epistaxe, obstrução nasal e dor faríngea. História de ter gato em casa. Foi observada lesão infiltrativa em mucosa septal e cornetos nasais, candidíase oral e lesões ulceradas em pavilhão auricular. Após biópsia de pele foram evidenciadas numerosas formas fúngicas com características de *Sporothrix sp.* na histopatologia. Positivo para HIV. Foi tratado pela dermatologia com anfotericina B e Terbinafina com melhora discreta e progressiva das lesões com cura das lesões mucosas após 30 dias. Segue em acompanhamento.

Discussão: A forma mais comum da esporotricose é a cutânea-linfática, caracterizada por lesões nódulo-gomosas ao longo do cordão de linfangite, que podem ou não se ulcerar. Localizam-se mais frequentemente nos MMSS e na face. A forma cutânea disseminada é rara, com lesões cutâneas disseminadas, decorrente da disseminação hematogênica do fungo, que podem comprometer as mucosas.

Comentários finais: A esporotricose é uma zoonose importante, provocada principalmente por felinos, com destaque nos últimos

anos devido ao alto índice da doença em humanos. O diagnóstico multidisciplinar e o tratamento precoce nos pacientes com a forma disseminada associada à Aids e a lesões mucosas é fundamental para evitar sequelas mucosas e outras comorbidades.

PRC-320 ESPOROTRICOSE EM VIAS AÉREAS SUPERIORES: RELATO DE CASO

Larissa Maria Alencar Xerez, Júlia da Silva Almeida,
Edna Patrícia Charry Ramirez, Francis Boechat de Marcos,
Maria Eugênia Pedrucci Dalmashio

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

Introdução: A esporotricose é uma micose subaguda ou crônica causada, na maior parte dos casos, por implantação traumática do fungo dimorfo *Sporothrix schenckii*. O diagnóstico pode ser feito com base em anamnese, exame físico e exames complementares e o tratamento é clínico.

Apresentação do caso: N.S., 29 anos, sexo feminino, natural de Alagoas e procedente do Rio de Janeiro, foi admitida na emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro e encaminhada para o serviço de otorrinolaringologia com quadro de disfagia importante associada a emagrecimento havia três meses. À anamnese: negou trabalho com agricultura e animais de estimação. Ao exame físico, apresentava perfuração septal anterior, sem outras alterações no exame otorrinolaringológico. Feita uma videolaringoscopia que mostrou edema importante infiltrativo desde o palato até a região supraglótica. Feitos exames complementares (culturas e histopatológico). O diagnóstico de esporotricose foi definido e a paciente faz o tratamento e acompanhamento em conjunto com o serviço de infectologia.

Discussão: A esporotricose é a micose subcutânea mais comum na América Latina. A infecção é usualmente adquirida pela inoculação do fungo por meio da pele. As lesões costumam ser restritas à pele, ao tecido celular subcutâneo e aos vasos linfáticos adjacentes. Em raras ocasiões, pode disseminar-se para outros órgãos, ou ainda ser primariamente sistêmica, resultante da inalação de esporos. O diagnóstico pode ser feito com base em dados na anamnese, exame físico e exames complementares. O exame citológico dos aspirados ou esfregaços diretos revela inflamação supurativa, granulomatosa ou piogranulomatosa. Atualmente, o itraconazol é medicação de eleição, a dose recomendada é de 100 mg/dia, com boa tolerância que leva à cura em média em 90 dias.

Comentários finais: A esporotricose é uma epidemia zoonótica na área urbana. No caso apresentado, não foi possível a identificação da forma de transmissão, porém o diagnóstico e o tratamento apresentaram bons resultados.

PRC-321 ESTENOSE COANAL EM PACIENTE ADULTO - RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Fernando Andreiulo Rodrigues, Cristiane Pimentel do Nascimento,
Lúcia Joffily, Luciano Bertonceli, Marcela Parma,
Débora Petrunaro, Anna Karina Herief Gomes

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A atresia coanal é uma anomalia rara, mais comum em mulheres (2:1), caracterizada por obstrução da abertura posterior da cavidade nasal, impede sua comunicação com a nasofaringe. Os sintomas/sinais unilaterais são mais comuns do que os bilaterais (2:1). A obliteração incompleta é denominada estenose coanal, pode ser óssea, membranosa ou mista, a última a mais comum. Quando a atresia é bilateral, o diagnóstico normalmente ocorre precocemente. Entretanto, quando a atresia é unilateral ou incompleta (estenose), o diagnóstico, por vezes, é feito mais

tardamente. O tratamento, em geral, é cirúrgico, via endoscópica transnasal.

Apresentação do caso: Homem, de 22 anos, com queixa de obstrução e congestão nasal bilateral desde a infância, com piora progressiva ao longo dos anos. Foi adenoidectomizado na infância. À endoscopia nasal havia estenose coanal bilateral significativa. Foi submetido à correção de estenose coanal osteomembranosa por técnica transnasal, em que foram removidos pericôndrio e periósteo, foi feita também turbinoplastia inferior direita e septoplastia posterior. No pós-operatório o paciente referiu melhoria da obstrução nasal. Está no sexto mês de pós-operatório e não houve reestenose até o momento.

Discussão: O tratamento da atresia e da estenose coanal é cirúrgico, via transnasal, sublabial-transnasal, transpalatal, transeptal ou transantral. A transnasal é a mais usada atualmente, devido a menor perda sanguínea, menor interferência no crescimento e desenvolvimento palatal, menor morbimortalidades e maiores taxas de sucesso.

Comentários finais: Trata-se de um caso singular por ser um paciente adulto com estenose coanal bilateral significativa, não foi possível afirmar se o caso era congênito ou adquirido. O fato de o paciente ter vivido o período neonatal sem intercorrência e ser adenoidectomizado deve ser considerado. A escolha da técnica cirúrgica deve ser individualizada de acordo com o caso e a experiência do cirurgião.

PRC-322 ESTESIONEUROBLASTOMA EM PACIENTE JOVEM

Marco Túlio Soares Andrade, Marcelo Junqueira Leite,
Fabiana Cardoso Pereira Valera, Wilma Terezinha Anselmo Lima,
Edwin Tamashiro, Elvis Terceiro Valera, Fernando Massa Correa

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: O estesioneuroblastoma (ENB) é um tumor do epitélio olfatório raro, principalmente na faixa etária pediátrica. Apresentamos um caso de diagnóstico precoce e evolução favorável no serviço da otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (USP).

Apresentação do caso: E.R.T. 14 anos, feminino, estudante. Apresentava obstrução nasal esquerda progressiva havia dois anos, associada a cefaleias frontais refratárias. Havia 18 meses evoluíra com epístaxe unilateral esquerda recorrente, de grande monta e autolimitada. Na avaliação otorrinolaringológica apresentava tumor de aspecto fibroelástico e sangrante em fossa nasal esquerda, alcançava o vestíbulo nasal. Imagem tomográfica revelava velamento com densidade de partes moles que ocupava toda a fossa nasal esquerda, sem invasão para seios paranasais, órbita e fossa craniana. A lesão foi ressecada por cirurgia endoscópica nasal e o exame patológico foi compatível com estesioneuroblastoma. Evoluiu com recidiva local da lesão, que foi novamente removida (com margens negativas) e tratada com radioterapia adjuvante. Exames complementares evidenciaram ausência de metástases. Segue assintomática em nosso serviço há um ano.

Discussão: O ENB é um tumor raro que corresponde a 4-6% das neoplasias de fossa nasal; identificado pela primeira vez em 1924 e com pouco mais de 1.200 casos descritos. Mais comum na terceira e na sexta décadas de vida; é uma doença rara na faixa pediátrica. Seus sintomas inespecíficos e indolentes levam a um diagnóstico tardio na maioria dos casos, o que se soma a uma alta agressividade da neoplasia e a um índice de recidivas elevado. Apresentamos um raro caso em paciente pediátrico, com diagnóstico precoce e tratamento adequado (com ressecção endoscópica e radioterapia adjuvante), de evolução favorável.

Comentários finais: Os relatos dos casos de ENB são essenciais para construção de literatura sólida sobre o tema e discussão de condutas e tratamentos com base nas experiências de cada serviço.

PRC-323 FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL – RELATO DE CASO

Thaise de Albuquerque Fioravante Silvestre, André Bezerra de Pinho, Priscila Castricini Mendonça Pimentel, Felipe Batista Corrêa, Leonardo de Oliveira Valença, Danielle Cabral Ciafrone, Sabrina Trindade Fernandes

Hospital Central do Exército (HCE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Os tumores nasossinusais são patologias pouco frequentes na prática clínica. Menos de 3% dos tumores do trato aerodigestivo localizam-se nessa região. Apesar de incomuns, a neoplasia nasossinusal manifesta-se habitualmente por meio de sintomas inespecíficos e comuns a inúmeras patologias inflamatórias. **Apresentação do caso:** R.S.C., 15 anos, masculino, solteiro, estudante, natural de Belém (PA). Apresentou cefaleia frontal e proptose à direita havia cinco anos. Fez ressonância nuclear magnética (RNM) de seios paranasais (SPN) e órbita e apresentou alterações morfológicas e estruturais da cavidade nasal e das células etmoidais à direita que causavam compressão do globo ocular. Foi submetido à intervenção cirúrgica com laudo histopatológico de fibroma ossificante juvenil. Encaminhado ao HCE com história de doença residual. Apresentou ao exame físico: proptose à direita, visão e mobilidade ocular extrínseca e intrínseca preservadas. A endoscopia nasal evidencia abaulamento de parede lateral de fossa nasal direita. A tomografia computadorizada (TC) com contraste venoso e RNM de crânio e SPN mostraram tumoração que ocupava fossa nasal, etmoide e órbita à direita, além de seio esfenoidal. Foi submetido a ressecção cirúrgica em setembro de 2014 com diagnóstico à imuno-histoquímica de fibroma ossificante.

Discussão: O fibroma ossificante juvenil (FOJ) é ocasionado por uma ossificação em faixas que se anastomosam, entremeadas por proliferação fibrosa. Tem crescimento rápido que acomete geralmente indivíduos até 15 anos. Na TC apresenta margens bem definidas, heterogêneo, podia ser uni ou multilobulado. Os principais sintomas são exoftalmia, obstrução nasal e, raramente, extensão intracraniana. A dependendo das características radiográficas, podem ser confundidas com malignidade. A conduta é sempre cirúrgica.

Comentários finais: Apesar de os sintomas serem inespecíficos, com os métodos de endoscopia e imagem atuais, podemos fazer o diagnóstico mais precocemente. A confirmação diagnóstica é dada por anatomopatológico e/ou imuno-histoquímica. Neste caso, tivemos por objetivo primordial preservar a visão do paciente, já que as características tumorais sugeriam lesão benigna. Assim, optou-se por uma ressecção parcial com descompressão da órbita.

PRC-324 FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL ACOMETENDO ETMOIDE E ÓRBITA – RESSECÇÃO ENDONASAL

Diego de Souza Almeida, Anderson de Souza Santos, João Teles Júnior

Clínica Sensorium, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O fibroma ossificante juvenil é um tumor benigno fibro-ósseo raro e de origem mesenquimal. Acomete jovens de até 15 anos e tem predileção pelo osso maxilar, etmoide e pela órbita. Tem crescimento rápido e agressivo e pode causar assimetria facial. O diagnóstico é feito por tomografia computadorizada e histopatológico. O tratamento é cirúrgico, com acompanhamento anual devido à alta taxa de recidivas. Relatamos um caso de fibroma ossificante juvenil que acometeu etmoide e órbita tratado cirurgicamente por via endonasal.

Apresentação do caso: Paciente feminina de 14 anos, com história de rinite alérgica, iniciou quadro de cefaleia, hiposmia, disgeusia, lacrimejamento em olho esquerdo e obstrução nasal à esquerda. Após dois meses apresentou equimose periorbitária esquerda com turvação visual esquerda. Procurou oftalmologista que afirmou que a visão estava normal e encaminhou ao otorrinolaringologista. À ectoscopia apresentava abaulamento em canto medial da órbita e endoscopia nasal com abaulamento em região anterior da parede

lateral. Solicitado TC e RM que evidenciaram lesão heterogênea fibro-óssea expansiva em etmoide anterior com extensão extraconal medial da órbita. Foi submetida a tratamento cirúrgico por via endonasal com auxílio de endoscópio de 30º e remoção total da lesão. Após um ano de seguimento pós-operatório encontra-se assintomática e sem evidências de recidiva.

Discussão: Apesar de ser um tumor benigno, nosso caso teve um comportamento agressivo devido à localização e ao rápido crescimento com compressão de estruturas nobres. Durante a cirurgia observou-se que a lesão se desprendia do osso saudável com certa facilidade, que é uma característica desse tipo de tumor e a diferencia da displasia fibrosa.

Comentários finais: Fibroma ossificante juvenil é um tumor raro; no caso em questão fez-se uma abordagem exclusivamente endoscópica que reduziu as complicações pós-operatórias e evitou cicatriz facial.

PRC-325 FIBROMA OSSIFICANTE PSAMOMATOIDE MAXILAR – RELATO DE UM CASO RARO

Roberto Eustáquio Santos Guimarães,
Paulo Fernando Borges Tormin Crosara, Isamara Simas de Oliveira,
Ana Livia de Barros Rocha, Henrique Ribeiro Mansur Barbosa,
Greiciane Parreiras Lage, Jéssica Couto Maia

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Fibroma ossificante juvenil (FOJ) é um neoplasma fibro-ósseo benigno incomum, de < 15 anos, sem predileção por sexo. Dos 230 casos descritos, 70% ocorreram nos seios perinasais, principalmente maxila. Existem duas variantes histopatológicas, fibroma ossificante juvenil psamomatoide (FOJps) e fibroma ossificante juvenil trabecular (FOJtr).

Apresentação do caso: Masculino, 15 anos, apresentou obstrução nasal e rinorreia purulenta esquerda havia três anos. Havia quatro meses iniciou proptose ocular ipsilateral, fez tomografia que evidenciou lesão expansiva 5 × 4,6 × 5,2 cm na fossa nasal esquerda, captação heterogênea de contraste, deslocamento septal contralateral, abaulamento das lâminas papirácea e crivosa, penetração dos seios esfenoides e maxilar. Exame oftalmológico inalterado. Biópsia diagnosticou FOJps. Feita abordagem endoscópica nasal com ressecção parcial por sangramento abundante e hemotransfusão maciça. Optou-se por complementação cirúrgica em segundo tempo.

Discussão: FOJs se manifestam como tumefações assintomáticas ou sintomas por compressão de estruturas nobres (proptose, ptose, papiledema, alterações da mobilidade ocular, obstrução nasal, cefaleia, dor, sinusite). Crescimento gradual ou agressivo. Tomograficamente bem delimitado com borda esclerótica, densidade mista, predominam tecidos moles, calcificações internas. Circunscrição por bordo esclerótico hiperdenso é importante no diagnóstico diferencial com a displasia fibrosa, em que não há cápsula. Microscopicamente são massas que contêm tecido conjuntivo fibroso celular, focos mixomatosos, degeneração pseudocística, áreas de hemorragias e células gigantes multinucleadas. Características típicas do FOJtr são aglomerados osteoides irregulares altamente celulares, que envolvem osteócitos volumosos, osteoblastos e osteoclastos. FOJps exibem lamelas concêntricas, ossículos esféricos, centros basofílicos, osteoide eosinofílica periférica. Tratamentos são enucleação e curetagem quando toca estruturas nobres ou conservador, associado à quimioterapia. Recorrência varia de 30-58%, decorrente de remoção incompleta ou alterações metabólicas ósseas; deve-se acompanhar em longo prazo.

Comentários finais: FOJ é um tumor ósseo benigno, incomum, de jovens, assintomático, predileção pela maxila, pelos seios paranasais, pela órbita e pelo complexo frontoetmoidal. Apesar da rari-

dade e da oligossintomatologia, o otorrinolaringologista deve estar atento ao diagnóstico e ao tratamento precoces.

PRC-326 FIBROMIXOMA ODONTOGÊNICO DA MAXILA COM INVASÃO E DESTRUÇÃO PARCIAL DE SEIO MAXILAR: UM RELATO DE CASO

Jean Guilherme Coral Versari, Ian Selonke, Gustavo Henrique Duran, Suzanne Mallmann Varnier, Dharyemne Charlotte Louise Pucci de Araújo, Thaise Cesca, Ricardo Maurício Favaretto

Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil

Introdução: O fibromixoma odontogênico (FO) é uma neoplasia rara, com prevalência maior entre as mulheres e acomete preferencialmente a mandíbula. Incide mais entre a segunda e a quarta décadas de vida, há 0,05 novos casos por milhão de pessoas por ano.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 31 anos, com queixa de obstrução nasal e facialgia, apresentou no exame físico assimetria facial e massa polipoide que provocava obstrução total de fossa nasal direita à rinoscopia. A tomografia dos seios paranasais revelou lesão em seio maxilar direito com extensão para fossa nasal ipsilateral e degeneração óssea de paredes do seio maxilar, do assoalho da órbita e dos alvéolos dentários à direita. Foi submetido à maxilectomia direita e à análise histopatológica e imuno-histoquímica, que concluíram por fibromixoma odontogênico.

Discussão: A patogênese do FO ainda não está totalmente elucidada, alguns autores acreditam na gênese odontogênica e outros não. Com crescimento lento, geralmente não há sintomatologia associada. A maxila, quando raramente acometida, pode sofrer destruição óssea e ter seu seio invadido. O diagnóstico de FO é feito por meio de uma investigação radiológica, histológica e imuno-histoquímica. O tratamento cirúrgico é o mais efetivo, porém não há consenso quanto à extensão da margem cirúrgica que deve ser adotada. A taxa de recidiva é de 25% e ocorre principalmente nos dois primeiros anos.

Comentários finais: O FO deve entrar nos diagnósticos diferenciais de tumores que acometem o sistema nasossinusal. Embora não haja consenso quanto à agressividade do tratamento cirúrgico que deve ser adotado, seguimento rotineiro com exame clínico e de imagem é recomendado devido à alta taxa de recidiva.

PRC-327 GLIOMA EXTRANASAL - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Aline Saraiva Martins, Maíra Moraes de Araújo, Willian da Silva Lopes, Raphael Oliveira Correia, André Alencar Araripe Nunes, Marcos Rabelo de Freitas, Sebastião Diógenes Pinheiro

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Os gliomas nasais são lesões congênitas, raras e benignas, podem ser classificados em extranasais (60%), intranasais (30%) ou mistos (10%). Originam-se de um defeito na regressão do divertículo de dura-máter entre o fontículo nasofrontal e o espaço pré-nasal que impede o completo fechamento ósseo nesse local.

Apresentação do caso: Paciente, sete anos, feminino, com quadro de abaulamento em região de dorso nasal desde o nascimento, acompanhado de obstrução nasal, com pioria progressiva aos cinco anos. Queixava-se ainda de roncos e sonolência que dificultavam atividades físicas e rendimento escolar. Ao exame físico apresentava palato ogival 2+/4+, tonsilas palatinas grau I e deformidade em dorso e asa nasal mais predominante à direita (D). À tomografia de seios paranasais evidenciou nódulo hiperdenso de contornos regulares e definidos, localizado no subcutâneo da asa nasal à D, media 1,5 x 1,4 cm, determinava leve deslocamento do septo cartilaginoso nasal para a esquerda (E) e sem realce com contraste. Foi submetido

à exérese endoscópica do tumor em bloco com aparente invasão de cartilagem alar superior e lateralização do osso próprio nasal.

Discussão: Diante da suspeita de lesões congênitas nasais, faz-se necessária a diferenciação com encefaloceles e cisto dermoide, o que nem sempre é fácil clinicamente. Portanto, o procedimento de escolha e o diagnóstico de certeza são feitos por meio de biópsia excisional com estudo histopatológico.

Comentários finais: Apesar de rara, a lembrança do glioma nasal como diagnóstico diferencial de malformações nasais da linha média deve ser sempre considerada, além da pesquisa de outras malformações associadas. Destaca-se ainda a importância de fazer intervenção cirúrgica precoce a fim de prevenir deformidades faciais e complicações intracranianas.

PRC-328 GLOMANGIOPERICITOMA: RELATO DE CASO

Carla Fabiane da Costa, Melissa do Rocio Regazzo Porto, Diego Fernando Costa

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Glomangiopericitoma representa o tipo nasossinusal dos tumores denominados hemangiopericitomas, raras neoplasias de origem nos miócitos perivascularares, que representam 1% dos tumores nasossinuais.

Apresentação do caso: Paciente feminina, 22 anos, com queixas de dor facial severa, obstrução e irritação nasal; ao exame nasoscópico e radiográfico, presença de lesão granulomatosa em válvula nasal esquerda, restrita à mucosa, sem invasão de seios paranasais ou base de crânio. Foi feita ressecção ampla via endoscópica. Estudo anatomopatológico demonstrou neoplasia fusocelular mesenquimal, de celularidade moderada, ausência de necrose, com índice mitótico de 3 mitoses/10CGA. Perfil imuno-histoquímico compatível com tumor nasossinusal hemangiopericitoma-like.

Discussão: Glomangiopericitomas são tumores nasossinuais que se diferenciam dos hemangiopericitomas por expressar uma diferenciação miogênica em suas características histológicas na maioria das vezes. É uma neoplasia de células fusiformes com frequente hialinização perivascular dos capilares. Na imuno-histoquímica, há coloração fortemente positiva com vimentina e actina. A forma habitual de apresentação clínica se dá por obstrução ou epistaxe. Na elucidação diagnóstica para tumores nasossinuais deve-se incluir primeiramente a avaliação endoscópica detalhada, seguida de exames de imagem contrastados, tais como TC e RM. Visto que esse tipo de tumor é relativamente radorresistente, a eficácia do tratamento depende da excisão cirúrgica total, com margens livres, a fim de reduzir o potencial de recorrência. A via de abordagem cirúrgica considerada como padrão-ouro é a ressecção craniofacial; no entanto, essa técnica tem significativa associação com complicações e morbidades. Com a evolução da cirurgia endoscópica, tornou-se o meio de abordagem preferencial.

Comentários finais: O glomangiopericitoma é um tumor vascular raro com diferenciação miogênica. O sucesso do seu manejo depende de sua completa ressecção. A abordagem cirúrgica endoscópica vem sendo preferida à tradicional por minimizar a morbidade e facilitar a subsequente vigilância do campo cirúrgico.

PRC-329 GRANULOMA DE COLESTEROL EM SEIO ESFENOIDAL: PATOGÊNESE E TRATAMENTO

Débora Petrungraro Migueis, Fernando Andreiulo Rodrigues, Isabella Carraro, Lidja Barbosa Moraes, Marcela Parma, Cristiane Gonçalves da Silva, Heliomar de Azevedo Valle

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Granuloma de colesterol geralmente é observado no osso temporal, raro em seios paranasais.

Apresentação do caso: Mulher, 55 anos, relatou cefaleia em região parietal direita há seis anos e redução da acuidade visual direita havia três meses, sem alterações em exames oftalmológicos. Negou obstrução nasal, congestão ou hiposmia. HAS de longa data em tratamento. Ex-tabagista. TC: desvio septal à esquerda. Imagem nodular, densidade de partes moles em seio esfenoidal, alargamento da sela túrcica, que sugere mucocoele. RNM: lesão ovalada regular, hipersinal em T1/T2 em seio esfenoidal, adelgaçamento de *clivus* e desvio superior de sela túrcica, sem realce pelo contraste. Angiorressonância de crânio afastou origem vascular. Cirurgia endoscópica sem intercorrências. Histopatológico revelou granuloma de colesterol. Três meses pós-op: assintomática, esfenoide com óstio amplo, sem secreções ou alterações mucosas.

Discussão: Durgam et al. (2013) observaram prevalência em homens de meia-idade com queixas orbitárias ou cefaleia. Geralmente localiza-se na mastoide, no ápice petroso e no ouvido médio, baixa incidência em seios paranasais, mais raro no esfenoide. Patogênese permanece desconhecida, mas obstrução e inflamação de cavidade óssea contribuem para gênese. Leon et al. sugerem que obstrução sinusal aumente sua pressão e rompa vasos. Degradação de cristais de colesterol produz reação de célula gigante de corpo estranho, com inflamação, proliferação e ruptura de vasos. Hemorragias repetidas geram: tecido de granulação, massa encapsulada e cisto intraósseo. Tomografia pode evidenciar lesão de margens bem definidas com erosão óssea e ressonância, presença de GC, por hipersinal em T1/T2, sem realce com contraste. Drenagem e ampliação do óstio dos seios podem ser endoscópicas ou abertas. Para o frontal, frontoetmoidectomia externa (Lynch) e maxilar (Caldwell-Luc). No seio esfenoidal, a cirurgia endoscópica funcional é a técnica mais conservadora. Tratamento precoce evita expansão da formação cística que comprime estruturas.

Conclusão: Lesões no esfenoide podem ser tratadas conservadoramente por cirurgia endoscópica funcional, reduzem tempo de internação, complicações e recorrência.

PRC-330 GRANULOMA DE COLESTEROL EM SEPTO NASAL: RELATO DE CASO

Ana Paula Lago Silva Pessoa, Jackeline Carneiro da Silva, Flávia Alves Costa Perrucho, Deyse Mayane de Castro, Roosevelt Almeida Rosário, Alice Karoline de Oliveira, Pablo Pinillos Marambaia

Instituto de Otorrinolaringologia Otorrinos Associados (INOOA), Salvador, BA, Brasil

Introdução: O granuloma de colesterol (GC) habitualmente se localiza no ouvido, é raro em outros sítios na cabeça e no pescoço. O diagnóstico clínico é difícil, efetivado somente no exame histopatológico. O fator fisiopatológico mais importante é a presença de uma região mal ventilada com pontos de hemorragia. Seu acometimento em septo nasal é raríssimo, sem achado descrito na literatura. O diagnóstico diferencial se dá com os tumores mais comuns da cavidade nasal: papilomas epiteliais, condromas, angiomas, carcinomas de células transitórias, carcinoma pavimentoso e adenocarcinomas.

Apresentação do caso: R.J.S., 38 anos, feminino, natural e procedente de Itaitê (BA), procurou o ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de obstrução nasal unilateral havia um ano. Ao exame otorrinolaringológico, apresentava lesão de aspecto arredondado, de superfície lisa, regular, de coloração rósea, ocupava quase toda a luz da fossa nasal esquerda, com abaulamento contralateral. À videonasofaringoscopia, evidenciou uma lesão de provável origem septal anterossuperior, confirmada pela tomografia computadorizada dos seios da face, que mostrou lesão expansiva de contornos regulares, não dissociada do septo nasal, com 3,3 × 3,6 × 3,2 cm. A paciente foi submetida à exérese cirúrgi-

ca da lesão, com posterior estudo anatomopatológico que revelou nódulo septal constituído de granuloma por cristais de colesterol. **Discussão:** O GC é a expressão clínica da reação granulomatosa aos cristais de colesterol precipitados nos tecidos. Comumente é encontrado na mastoide e no ouvido médio. Pode acometer também cavidades paranasais fechadas, que promovem condições excelentes para seu aparecimento. O acometimento septal é raríssimo, por isso a importância deste relato de caso como contribuição à literatura nos diagnósticos diferenciais de tumores nasais.

Comentários finais: A raridade do GC nessa localização e o sucesso do tratamento cirúrgico nos motivaram a elaborar esse relato de caso. Uma neoplasia benigna que deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais dos tumores nasais.

PRC-331 GRANULOMA REPARATIVO DE CÉLULAS GIGANTES DO ETMOIDE: RELATO DE CASO

Laiani Confalonieri Bertoldi, Luana Ferreira Cruz, Bruno Martins Fernandes Silva, Leonardo Antônio Dias Soares, Leonardo Rangel, Leonardo Sá

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O granuloma reparativo de células gigantes (GRCG) do etmoide é um tumor benigno, raro, incluído no grupo de lesões de células gigantes dos seios paranasais e ossos faciais.

Apresentação do caso: Homem, 34 anos, com epistaxe recorrente, obstrução nasal e crescimento de uma massa em fossa nasal direita havia quatro meses. A tomografia computadorizada de seio paranasais identificou formação expansiva, sólida, com áreas de degeneração cística e necrótica, centrada no etmoide direito, com insinuação para órbita e seio maxilar direitos e fossa anterior do crânio. A ressonância magnética evidencia lesão isointensa em T1, com intenso realce pelo contraste, e sinal heterogêneo em T2. Submetido à embolização da artéria maxilar direita para redução tumoral com posterior ressecção endoscópica nasal e retirada do componente intracraniano. A análise histopatológica revelou GRCG. **Discussão:** O tumor é originado no periosteó e caracterizado por proliferação de células gigantes multinucleadas em meio a células mesenquimais, com aspecto histopatológico de inflamação crônica. Pode ser classificado em periférico e central. O subtipo central é mais frequente na mandíbula, corresponde a 7% dos tumores dessa localidade, com poucos casos relatados na maxila e no etmoide. Apesar de ser benigno, pode ser localmente invasivo e comprometer estruturas nobres. Característica radiológica é uma lesão expansiva heterogênea, que capta contraste. O tratamento é ressecção cirúrgica em bloco, reservada a radioterapia para os casos de recorrência tumoral ou irremediabilidade. Taxa de recorrência é de 11% a 35%.

Comentários finais: O caso relata um GRCG do etmoide, central, agressivo, com extensão intracraniana, submetido à ressecção cirúrgica havia um ano, sem sinais de recorrência. As imagens radiológicas são inespecíficas, o diagnóstico é definido pelo histopatológico. Portanto, é importante considerar esse diagnóstico diferencial entre as lesões etmoidais.

PRC-332 HAMARTOM VASCULAR DE CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Jussandra Cardoso Rodrigues, Andréa Rodrigues de Sousa, Talles Costa de Carvalho, Murillo Freire Lobato, Alberto Mitsuyuki Brito Kato, Francisco Xavier Palheta Neto

Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Belém, PA, Brasil

Introdução: Hamartomas são tumores benignos, derivados de qualquer das camadas germinativas, raramente encontrados na prática otorrinolaringológica, com crescimento autolimitado. Há apenas

um caso descrito em literatura nacional. Relatamos o segundo caso de hamartoma de cavidade nasal em um menino de seis anos e revisão de literatura.

Apresentação do caso: K.S.S., sexo masculino, seis anos, com história de havia um ano e seis meses evoluir com quadro de epistaxe recorrente e sensação de pressão/dor facial. Sem doenças prévias pessoais. Foi feito exame otorrinolaringológico com otoscopia e oroscopia normais. Exame audiométrico dentro da normalidade. À endoscopia nasal: lesão avermelhada que ocupava a fossa nasal esquerda. Tomografia de seios da face: material com densidade de partes mole que preenchia seios maxilares etmoidais, esfenoidal. Foi submetido a procedimento cirúrgico com exérese completa de lesão. Resultado de histopatológico hamartoma vascular. Endoscopia nasal de controle pós-operatório sem sinais de recidiva da doença.

Discussão: Eugen Albrecht, em 1904, introduziu o termo hamartoma (do grego *hamartia* - erro - e *oma* - crescimento tumoral) para designar tumores com proliferação exagerada de tecido normal de uma das três camadas germinativas, sem uma localização preferencial. Os sintomas são variados: obstrução nasal, rinorreia hialina, epistaxe, até quadros completamente assintomáticos. Como diagnóstico diferencial principal têm-se os teratomas e o cisto dermóide. Clinicamente são difíceis de ser diferenciados dos hamartomas, que se originam de uma única camada. Há também tumores vasculares, como o hemangioma venoso, cuja apresentação histológica assemelha-se aos hamartomas. Há descrição de apenas um caso de recorrência da lesão quatro meses após sua excisão, nesse caso representado por um hamartoma lipomatoso.

Comentários finais: Os hamartomas devem ser considerados como diagnóstico diferencial de lesões expansivas de cavidade nasal em pacientes sintomáticos e nas situações de achados incidentais.

PRC-333 HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO (REAH): RELATO DE QUATRO CASOS

Estefane Costa Loureiro, Roberto Eustáquio Santos Guimarães, Paulo Fernando Tormin Borges Crosara, Amanda Cristina Ferreira, David Albuquerque Mourão, Lucas Sol da Costa, Camila Braz Rodrigues da Silva

Núcleo de Otorrino, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Hamartoma adenomatoide epitelial respiratório (REAH) é um tumor benigno da cavidade nasal e dos seios paranasais. Caracterizado pelo alargamento das fossas olfatórias visualizado na tomografia computadorizada (TC) de seios paranasais. Pode apresentar-se como uma massa isolada ou associado a outras doenças nasossinusais. Os objetivos deste trabalho são: relatar quatro casos de hamartoma das cavidades nasais, sugerir a avaliação da fossa olfatória na TC dos pacientes com sinusite crônica e demonstrar a necessidade de remover material na região da fossa olfatória para o exame anatomopatológico.

Apresentação do caso: Relatamos quatro casos de pacientes de ambos os sexos, entre 37 e 73 anos, com obstrução nasal e sinusite crônica. A hiposmia foi referida em apenas dois casos. Em todos os casos observou-se, na videoendoscopia nasossinusal, a presença difusa de pólipos nas cavidades nasais. A TC evidenciou velamento das cavidades nasais e dos seios paranasais, além de alargamento das fossas olfatórias. O tratamento feito foi a sinusectomia endoscópica. Os pacientes evoluíram com melhoria da obstrução nasal no pós-operatório. O material removido de diferentes locais da cavidade nasal foi enviado para a análise em frascos separados. O achado do anatomopatológico foi compatível com REAH. No entanto, em dois desses casos, o diagnóstico foi conclusivo apenas após a revisão de lâmina dos respectivos materiais.

Discussão: A hipótese diagnóstica de hamartoma foi feita no pré-operatório, por meio da análise da fossa olfatória na TC de seios paranasais, já que esse achado não foi descrito nos laudos. Assim,

no intraoperatório tomou-se o devido cuidado de remover material na região da fossa olfatória, para análise anatomopatológica.

Comentários finais: É de grande importância que o REAH seja um diagnóstico sempre pensado pelo radiologista, otorrinolaringologista e patologista em pacientes com sinusite crônica ou polipose nasossinusal.

PRC-334 HEMANGIOMA NASOSSINUSAL - RELATO DE CASO

Adriano Sérgio Freire Meira, Álvaro Vitorino de Pontes Júnior, Nelson José Barboza Quintino, Christiane Kulzer Birck, Bruno Leonardo Barbosa Machado, Thaís Eugênio Gomes, Kalline Cavalcante Alves Carvalho

SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil

Introdução: Hemangiomas nasais são afecções muito raras que provocam obstrução nasal e/ou epistaxe em diversos graus de severidade. A cirurgia endoscópica nasal para ressecção de lesão torna-se o tratamento de escolha, é necessário de antemão a feitura de exames de imagem com eleição da tomografia para melhor planejamento cirúrgico.

Apresentação do caso: F.S.S., feminino, 28 anos, com história de sangramento nasal em fossa nasal direita intermitente havia um mês acompanhado de dor nasal, rinorreia purulenta e cacosmia. Ao exame otorrinolaringológico detectada presença de lesão crostosa purulenta dolorosa ao toque localizada em zona 3 de Cottle. Demais exames normais. Solicitada tomografia computadorizada de seios paranasais que evidenciou lesão restrita ao ático nasal. Feita então biópsia incisional da lesão, a qual apresentou resultado inconclusivo. Portanto, foi programada biópsia excisional que teve como resultado anatomopatológico hemangioma capilar lobular presente em foco microscópico. Após cirurgia, paciente não apresentou novos sangramentos, manteve-se sob acompanhamento clínico.

Discussão: O hemangioma nasal acomete preferentemente indivíduos na faixa etária pós-puberal, apresenta distribuição semelhante em ambos os sexos. Do ponto de vista histopatológico, o subtipo capilar é o mais encontrado, enquanto que o cavernoso é o mais frequente na parede lateral da cavidade nasal, particularmente nos cornetos, que normalmente têm tecido cavernoso erétil. Muitos desses tumores, no entanto, podem apresentar-se histologicamente indefinidos, num misto de capilar e cavernoso. Apesar do risco de sangramento, o planejamento cirúrgico justifica a obtenção de uma biópsia incisional.

Comentários finais: O hemangioma de septo nasal deve ser considerado na avaliação de todo paciente com queixas de epístaxe e obstrução nasal unilateral. O planejamento terapêutico requer, no mínimo, um exame de imagem, a TC e a RM são igualmente adequadas. Posteriormente, a biópsia incisional deverá ser instituída para complementação diagnóstica e o tratamento cirúrgico definitivo para resolução do caso.

PRC-335 HISTOPLASMOSE NASAL EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Mariana Zago de Moraes, Fabrício Scapini, Guilherme Adam Fraga, Henrique Montagner, Mônica Câmara Goulart, Frederico Abbott, Thomaz Pisacco Foster

Serviço de Otorrinolaringologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução: A histoplasmose é uma infecção fúngica endêmica no Brasil, causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*. A maioria das infecções é assintomática ou subclínica. Os casos sintomáticos apresentam-se comumente como infecção do trato respiratório inferior autolimitada. A forma mucocutânea é frequentemente encontrada em pacientes com Aids, mas é muito rara em imunocompetentes.

Apresentação do caso: N.H.K., 60 anos, masculino, agricultor, tabagista, 50 maços/ano, procurou atendimento em nosso serviço com queixas de hiposmia, obstrução nasal e perda ponderal de 15 kg havia um ano, associadas à sudorese noturna havia dois meses. A avaliação otorrinolaringológica evidenciou lesão ulcerada em mucosa septal anterior esquerda, sem outras alterações ao exame físico e endoscópico. A investigação pulmonar e dos demais sítios possíveis de infecção foi negativa. Exames laboratoriais excluíram imunodeficiências. Foi procedida biópsia da lesão e o exame micológico direto revelou elementos fúngicos leveduriformes. A coloração com prata foi sugestiva de histoplasose, apesar de a cultura ter sido negativa, e a sorologia por ELISA obteve títulos não conclusivos. Tendo em vista a dificuldade e a demora de obter-se diagnóstico definitivo, foi iniciado tratamento com itraconazol 200 mg/d, com regressão completa da lesão, embora tenha evoluído com pequena perfuração septal, nos 18 meses de seguimento.

Discussão: As manifestações otorrinolaringológicas da histoplasose são pouco descritas na literatura e quando citadas, são em pacientes imunocomprometidos. Em pacientes imunocompetentes, a infecção é autolimitada e restrita aos pulmões em 99% das vezes. O 1% restante dos casos vai desde doença disseminada a manifestações crônicas em pulmão, fígado, baço, medula óssea, linfonodos e, algumas vezes, pele e mucosas.

Comentários finais: O presente relato descreve uma manifestação rara de histoplasose nasal em indivíduo imunocompetente, pouco reportada na literatura, mas que deve ser considerada no diagnóstico diferencial das doenças granulomatosas nasais.

PRC-336 IMPORTÂNCIA DAS MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA GRANULOMATOSE DE WEGENER: RELATO DE CASO

Helena Cunha Sarubi, Renata Cristina Cordeiro Diniz de Oliveira, Marina Andrade Teixeira, Juliana Altavilla Van Petten Machado, Aureliano Carneiro Barreiros

Hospital Socor, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A granulomatose de Wegener (GW) é doença sistêmica, idiopática e rara, caracterizada por vasculite de pequenas artérias dos tratos respiratórios superior, inferior e rins, ocasiona a formação de lesões granulomatosas necrotizantes no trato respiratório e glomerulonefrite.

Apresentação do caso: J.P., 40 anos, sexo masculino, iniciara havia 30 dias quadro de obstrução nasal e crostas em ambas as fossas nasais, acompanhada de plenitude aural bilateral assimétrica, pior à direita. Avaliado por clínico geral, tratado de forma empírica com Amoxicilina com ácido clavulânico, seguido de levofloxacino, sem melhoria. Procurou avaliação otorrinolaringológica, na ocasião feita videoendoscopia nasossinusal, com evidência de crostas e desvio septal área II para a esquerda. Instituído tratamento com budesonida e hidratação nasal. Evoluiu com manutenção dos sintomas, picos febris isolados, tosse frequente e episódio de hemoptise que o levou a procurar o pronto atendimento. Solicitada tomografia computadorizada de tórax, evidenciada lesão cavitária em lobo pulmonar superior e bronco principal esquerdos. À broncoscopia, lesão granulomatosa em brônquio principal esquerdo, feita biópsia cujo resultado foi inespecífico. Solicitado acompanhamento da equipe de otorrinolaringologia. Ao exame, hiperemia, retração e opacidade de membranas timpânicas, achados sugestivos de otite média serosa. Crostas hemáticas em ambas as fossas nasais, sem evidência de lesões granulomatosas. Levantada hipótese de granulomatose de Wegener. Evoluiu com comprometimento súbito da função renal, o que reforçou a hipótese diagnóstica, cANCA positivo. Optou-se por biópsia renal, início precoce de pulsoterapia com metilprednisolona e diálise.

Discussão: O diagnóstico da GW representa um desafio para o médico. Deve ser sempre lembrado na presença de acometimento das vias aéreas superiores, inferiores e do rim, de forma conjunta ou isolada.

Comentários finais: É fundamental que o diagnóstico seja estabelecido o mais precocemente possível, para que a instituição do tratamento e a remissão sejam possíveis e se reduza a morbimortalidade relacionada à doença.

PRC-337 LEIOMIOSSARCOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Felipe Cordeiro Gondim de Paiva, Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Camila Azevedo Coelho, Aline Saraiva Martins, Raphael Oliveira Correia, Sebastião Diógenes Pinheiro, André Alencar Araripe Nunes

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Leiomiossarcomas nasossinuais são raros devido à pouca musculatura lisa na região; são mais comuns em útero e trato gastrointestinal. Acometem ambos os sexos, geralmente após a quinta década de vida; obstrução nasal, epistaxe, dor e abaulamento faciais são os principais sintomas.

Apresentação do caso: Masculino, 56 anos, com obstrução nasal unilateral à esquerda havia cinco anos, com pioria progressiva, hiposmia, cacosmia e epistaxe, sem febre ou perda ponderal. Ao exame físico, apresentava volumosa massa avermelhada irregular em fossa nasal esquerda e grande desvio septal para a direita. Palpação cervical sem adenomegalias. Tomografia de seios paranasais revelou: lesão expansiva sólida, de 5,3 × 3 cm, ocupava a cavidade nasal esquerda, abaulava o septo e a parede do seio maxilar, erodia células etmoidais, captante de contraste, compatível com neoplasia. Ressonância de crânio revelou ausência de processos expansivos. Foi submetido à exérese do tumor por endoscopia nasal mais *degloving*. O histopatológico foi compatível com neoplasia maligna pleomórfica pouco diferenciada. A imuno-histoquímica confirmou leiomiossarcoma pleomórfico de alto grau. Evoluiu bem no pós-operatório, foi encaminhado à radioterapia. Fez ressonância de crânio em julho de 2015 após o término da radioterapia e não foram observadas áreas suspeitas de recidiva.

Discussão: O tratamento de escolha para leiomiossarcomas é ressecção com margem extensa, geralmente difícil em cavidade nasossinusal. A sobrevida em cinco anos é de 35 a 50%, ocorre recorrência em 55% dos casos em um ano. Apesar da resposta à radioterapia ser questionável, optou-se por ela devido à incerteza de ressecção com margens.

Comentários finais: Apesar de raro, o leiomiossarcoma é um diagnóstico diferencial de neoplasias nasossinuais malignas. A imuno-histoquímica confirma o histopatológico. Ampla ressecção da lesão pode ser difícil; o prognóstico é ruim devido à alta recidiva e à metástase hematogênica.

PRC-338 LEISHMANIOSE CUTÂNEOMUCOSA MANIFESTANDO-SE COM NECROSE DE PIRÂMIDE NASAL

Natália Barros de Melo, Matheus Alves Farah, Lorena Cássia de Carvalho Oliveira, Karine Tábata de Carvalho Bispo, Luanda Pinheiro de Oliveira Afonso, Ronaldo Campos Granjeiro, Helga Moura Kehrlé

Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

Introdução: A leishmaniose é uma afecção endêmica no Brasil. É dividida em três formas clínicas: cutânea, mucocutânea e visceral. A classificação da doença mais amplamente usada é baseada na aparência clínica.

Apresentação do caso: Paciente jovem, internado para investigação de lesão em pirâmide nasal. T.S.H., 30 anos, deu entrada no Pronto-Socorro do Hospital de Base do Distrito Federal em

23/07/2015, referia odinofagia com nove dias de evolução, febre e edema em região malar e dorso nasal. Evoluiu com lesão papular em vestíbulo nasal e escurecimento de pirâmide nasal. Ao exame inicial foi visto edema labial e em dorso nasal, com necrose parcial de pirâmide. Úvula e parede posterior de orofaringe infiltradas e crostas em fossas nasais. Foram solicitadas sorologias infecciosas, biópsia da lesão nasal. A sorologia para leishmaniose mostrou-se reagente e o paciente iniciou tratamento com anfotericina B, com melhora significativa da lesão nasal.

Discussão: A forma mais comum é a cutânea e caracteriza-se por feridas na pele que frequentemente se localizam nas partes descobertas do corpo. Tardamente, podem surgir feridas nas mucosas do nariz, da boca e da garganta. Causada por protozoários flagelados do gênero *Leishmania*, é transmitida a partir de picadas de flebotomídeos. Após um período de incubação variável, a leishmaniose cutânea se desenvolve a partir de uma típica pápula inflamatória para uma úlcera. Podem ser usados métodos diretos ou indiretos para identificar os parasitas nos tecidos infectados. O diagnóstico pode ser firmado também por testes sorológicos.

Comentários finais: Apesar de a mucosa nasal ser a área de eleição da forma mucosa da doença, ela pode também localizar-se nos lábios, na faringe e na laringe e associar-se com elevada morbidade.

PRC-339 LESÃO PAPULAR NASAL COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE SARCOIDOSE

Leticia Azevedo Reis, Marise da Penha Costa Marques, Raquel Faria Vasconcellos, Ramiro Passalini Almeida, Priscilla de Souza Campos dos Santos, Shiro Tomita

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A sarcoidose é uma doença crônica multissistêmica que pode acometer todas as etnias e idades, com pico de incidência entre 20 e 40 anos. A teoria imunopatogênica sugere a combinação entre predisposição genética e estímulo ambiental, entretanto sua etiologia ainda é desconhecida. Suas formas de apresentação são muito variadas, manifestações extratorácicas isoladas são raras e cerca de um terço dos casos é assintomático ao diagnóstico. O envolvimento otorrinolaringológico pode ocorrer em 10-15% dos casos, nos quais a adenopatia cervical é a mais comum, nariz e seios paranasais são acometidos em 1-4% dos casos e a laringe em 0,5%. Os autores apresentam um caso no qual a primeira manifestação do paciente foram nódulos cutâneo-mucosos em asa, dorso e septo nasal.

Apresentação do caso: V.S.O., masculino, 46 anos, notou aparecimento de pápula hiperocrômica, arredondada, contornos bem definidos, consistência endurecida, com vascularização radial aumentada em asa nasal direita havia 15 meses. Algumas semanas depois da primeira lesão surgiram outras semelhantes em septo e dorso nasal à esquerda, além da região interescapular e peitoral. Sem dor ou sangramentos provenientes das lesões. Negava sintomas constitucionais, dispnéia ou artralgia. Endoscopia nasal não mostrou lesões em fossas nasais, o que sugeriu a hipótese de granuloma piogênico para a lesão septal. Com vistas a melhor resultado estético foi feita a exérese da lesão do septo nasal; o laudo histopatológico revelou inflamação crônica granulomatosa epitelióide não caseosa sugestiva de sarcoidose. Solicitada tomografia de tórax, que evidenciou nódulos pulmonares e subpleurais, além de linfadenopatia mediastinal compatíveis com sarcoidose. A prova de função pulmonar foi normal. Há dois meses teve episódio de dor lombar intensa e tomografia abdominal de emergência diagnosticou litíase renal. Encaminhado ao serviço de pneumologia para tratamento e investigação dos demais sistemas.

Discussão: O diagnóstico da sarcoidose é de exclusão e estabelecido a partir de dados clínicos e radiológicos confirmados por achado

histopatológico. A biópsia deve ser obtida do local mais facilmente acessível, os granulomas têm características inespecíficas que dificultam a suspeição da doença.

Comentários finais: A sarcoidose no âmbito da otorrinolaringologia é rara e seu diagnóstico é um desafio para o especialista da área. Uma vez que o acometimento otorrinolaringológico isolado é infrequente, a abordagem multidisciplinar é indispensável.

PRC-340 LINFOEPITELIOMA DE CAVUM

Roney Costa Louvain Filho, Vinicius Campos Coelho, Dario Hart Signorini, Mariana Azevedo Silva, Ana Carolina Rebelo Vomhof, Augusto César Lima, Ana Cristina da Costa Martins

Pontifícia Universidade Católica (PUC)/SEPTO

Introdução: As neoplasias malignas de *cavum* representam 2% dos tumores de cabeça e pescoço. Está associada a fatores genéticos, ambientais (fumaça, madeira, hidrocarbonetos) e virais (infecção pelo Epstein-Barr). Tem incidência 2:1 nos homens, nos quais 20% são diagnosticados em jovens antes dos 30 anos e o restante por volta dos 51 anos.

Apresentação do caso: V.V.M., 47 anos, masculino, iniciou obstrução nasal à esquerda, epistaxe bilateral, plenitude auricular e hipoacusia esquerda, diagnosticado como otite média por efusão, foi tratado com corticoterapia nasal por três meses sem melhora clínica, foi indicada colocação de tubo de ventilação de curta duração, porém não deu continuidade no tratamento. Procurou nosso serviço com pioria da obstrução nasal. Ao exame: linfonodomegalia rígida e dolorosa em cadeias cervicais superficial e profunda à esquerda. Nasofibrocopia: hiperplasia linfóide vascularizada que obstruía 80% das coanas com mucosa friável. RNM: lesão expansiva infiltrativa hipercaptante de contraste na nasofaringe à esquerda que obliterava a fossa de Rosenmüller com extensão para os espaços retrofaríngeo, parotídeo e perivertebral desse lado. Aspecto sugestivo de lesão neoplásica. Feita biópsia que evidenciou carcinoma indiferenciado do tipo linfoepitelioma. O paciente foi encaminhado para o serviço de oncologia a fim de fazer estadiamento e iniciar radioterapia.

Discussão: O sintoma inicial e mais comum nos tumores de *cavum* é o aparecimento de uma massa cervical. Grande parte dos pacientes tem massa cervical e hipoacusia que causam otite média com efusão. A presença de obstrução nasal unilateral e episódios de epistaxe associados levantam mais fortemente a suspeita desses tumores.

Comentários finais: No caso relatado, o paciente apresentava-se no estágio T3, N1, M0 (AJCC/UICC) do tumor, o que fala a favor de um prognóstico reservado. A radioterapia seria a primeira opção de tratamento; não é indicada a quimioterapia pela ausência de metástases. Uma outra opção seria a criocirurgia caso não haja resposta terapêutica.

PRC-341 LINFOEPITELIOMA DE NASOFARINGE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Aline Saraiva Martins, Dayane Nogueira de Amorim, Ulisses Meireles Figueiras Filho, Felipe Cordeiro Gondim de Paiva, André Alencar Araripe Nunes, Viviane Carvalho da Silva, Marcos Rabelo de Freitas

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O linfoepitelioma de nasofaringe é considerado um tumor raro indiferenciado de origem epitelial, que se origina de órgãos linfopiteliais da faringe, apresenta-se com estrutura histológica idêntica à do epitélio faringiano. Manifesta-se inicialmente como linfonodomegalia cervical assintomática, mas seu quadro clínico pode

variar desde uma disfunção tubária até sintomas inespecíficos, como obstrução nasal, epistaxe, dor facial, cefaleia e zumbido.

Apresentação do caso: Paciente de 62 anos, feminino, iniciou quadro de nódulo cervical doloroso à esquerda e crescimento progressivo com três meses de evolução, associado a otalgia ipsilateral e acúfenos. Apresentava no exame: linfonodos cervicais palpáveis dolorosos e endurecidos em área II, III, IV à esquerda e retração timpânica importante com otite média secretora na otoscopia em orelha esquerda. Fez nasofibroscopia, que evidenciou lesão expansiva de superfície lisa em fossa de Rosenmüller esquerda, com extensão para o óstio faríngeo da tuba auditiva. Foi submetida à biópsia de linfonodo cervical sob anestesia local e sedação, já que o risco cardíaco inviabilizou procedimento mais invasivo. Constatado o diagnóstico, após histopatológico e imuno-histoquímica, a paciente foi encaminhada para tratamento com quimioterapia e radioterapia.

Discussão: Apesar da alta responsabilidade ao tratamento radioterápico, o prognóstico desses tumores nem sempre é bom, devido à sua proximidade com estruturas importantes e a características invasivas do seu crescimento. Além disso, pode-se observar atraso no diagnóstico clínico devido à dificuldade na diferenciação do linfopitelioma com linfoma de células gigantes, necessita-se muitas vezes de fazer a complementação do estudo histopatológico com imuno-histoquímica.

Comentários finais: O linfopitelioma deve ser sempre lembrado como possível diagnóstico em tumores de nasofaringe, já que apresenta manifestações clínicas variadas e difícil diferenciação, principalmente com linfomas e com epitélio linfopitelial da faringe, para garantir, dessa forma, um diagnóstico precoce e consequente melhoria do prognóstico dos pacientes.

PRC-342 LINFOMA DE CÉLULA T NK DO TIPO NASAL: RELATO DE CASO

Gerson Schulz Maahs, Marina Neves Cavada, Aline Silveira Martha, Luís Henrique Athaide Halmenschlager, Juliana Mazzaferro Krebs, Luíse Sgarabotto Pezzin, Emanuele Caroline Miola

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital São Lucas (HSL), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Os linfomas são subdivididos em Hodgkin e não Hodgkin, que podem ser linfonodais ou extranodais. O linfoma de células NK é um tumor extranodal, do tipo não Hodgkin de células T Natural Killer, é raro e representa 0,44% dos linfomas da região nasossinusal.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 17 anos, internou por febre, edema periorbital à direita, rinorreia purulenta e obstrução nasal. Ao exame físico: edema peripalpebral e rinorreia purulenta à direita. A endoscopia nasal evidenciou edema e hiperemia de mucosa com obstrução da fossa nasal direita (FND). A tomografia computadorizada contrastada de seios paranasais demonstrou lesão infiltrativa que comprometia a região periorbitária direita e obliterava completamente o seio maxilar, frontal, esfenoidal, as células etmoidais e o canal lacrimal ipsilateral. Apresentou neutropenia febril e pioria progressiva da pancitopenia. Relatou biópsia de lesão em fossa nasal direita havia quatro meses, negativa para neoplasia. Fizeram-se duas biópsias da lesão, uma endonasal, que foi inconclusiva, e a segunda, por acesso externo, definiu o diagnóstico por meio de imuno-histoquímica: linfoma de células T/NK extranodal do tipo nasal (LNKTN). Proposto tratamento radioterápico e quimioterápico. Paciente evoluiu com deterioração clínica e óbito dois meses após.

Discussão: Quanto ao linfoma nasossinusal mais frequente em países ocidentais, há divergência na literatura entre o linfoma difuso de grandes células B e o LNKTN (40-74%). Apresenta-se com padrão de destruição de partes moles no trato respiratório superior e sintomas inespecíficos: obstrução nasal, rinorreia, epistaxe, edema e deformidade ou destruição facial. A apresentação clínica vaga

retarda o diagnóstico e a extensa necrose tecidual dificulta o diagnóstico histopatológico, necessita, muitas vezes, da imuno-histoquímica para confirmação. Terapia radioterápica e quimioterápica tem sido proposta, entretanto não existe um tratamento padrão para o LNKTN.

Comentários finais: Trata-se de enfermidade rara e potencialmente grave, merece destaque pela sintomatologia inicial comumente observada na prática clínica otorrinolaringológica.

PRC-343 LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO EM NASOFARINGE: RELATO DE CASO

Daniella Neves Marques de Souza, Camila Pereira Moraes, Thaís Brunheroto, Matheus Moro Rabesquine, Fábio Augusto Winckler Rabelo

Santa Casa de Santos, Santos, SP, Brasil

Introdução: Os tumores de rinofaringe são infrequentes e apresentam-se em qualquer idade. Os linfomas constituem a segunda neoplasia maligna mais frequente da cabeça e pescoço. Dentre esses, o linfoma de células do manto é um tipo raro de linfoma de células B e corresponde a 5% dos casos. Acometem mais mulheres, entre 50 a 60 anos. Clinicamente apresentam obstrução nasal, hipoacusia e rinorreia. O diagnóstico se baseia em exame otorrinolaringológico, nasofibroscopia e exames de imagem. O tratamento consiste em quimiorradioterapia nos casos localizados e quimioterapia isolada nos disseminados.

Apresentação do caso: M.A.S., feminino, 78 anos, chegou ao serviço de ORL com hipoacusia à esquerda havia sete dias. Evoluiu após dez dias com hipoacusia à direita e obstrução nasal bilateral e voz anasalada vinte dias após. Fez exame audiométrico que evidenciou perda auditiva mista moderada bilateral, e timpanometria tipo B bilateral. Devido à persistência dos sintomas, foi solicitada tomografia de seios da face, que evidenciou presença de material com densidade de partes moles, de limites imprecisos e com aspecto infiltrativo na projeção de nasofaringe, cavidade nasal e seios paranasais, associada à hipertrofia das lojas amigdalíneas e linfonodomegalias cervicais supra e infratireóideas bilaterais. Foi feita biópsia diagnóstica via endoscopia nasal, com exérese de amostra da lesão. O exame anatomopatológico e a imuno-histoquímica confirmaram a suspeita de um linfoma, neste caso de células do manto.

Discussão: Verificou-se a importância do diagnóstico diferencial com quadros de rinossinusite aguda e otite média serosa. Devido à persistência de sintomas inespecíficos, dificultou-se o diagnóstico e o tratamento precoces.

Comentários finais: Foi apresentado um caso de linfoma de células do manto em rinofaringe, tumor agressivo e raro, que cursou com obstrução da cavidade nasal e seios paranasais. A paciente, assim que diagnosticada, foi encaminhada a tratamento específico e acompanhamento.

PRC-344 LINFOMA DE CÉLULAS T EM CAVIDADE NASAL: RELATO DE CASO

Daniella Neves Marques de Souza, Camila Pereira Moraes, Thaís Brunheroto, Matheus Moro Rabesquine, Fábio Augusto Winckler Rabelo

Santa Casa de Santos, Santos, SP, Brasil

Introdução: O linfoma de células T ou T/NK é conhecido por sua alta agressividade e localização frequente na cavidade nasal e no trato aerodigestivo superior, é raro nos países ocidentais e mais comum nos países orientais. A presença do genoma do vírus Epstein-Barr (EBV) sugere uma relação etiológica com o linfoma. No tratamento há relatos que mostram maiores benefícios da associa-

ção da radioterapia e quimioterapia quando comparado com o uso delas isoladamente.

Apresentação do caso: Paciente, feminino, 59 anos, com queixa de obstrução e voz com ressonância nasal, além de coriza hialina com raias de sangue ocasionais e de odor fétido, já com oito meses de evolução. Nesse período fez uso de antibioticoterapia e tópicos nasais, prescritos em outro serviço. No entanto, obteve apenas alívio temporário dos sintomas. À rinoscopia observou-se lesão vegetante, friável, de coloração bege em região septal anterior à direita, média 0,8 cm, a qual foi biopsiada. O anatomopatológico e a imuno-histoquímica evidenciaram uma proliferação linfóide atípica de células T ou T/NK com extensa necrose. Laudo de hibridização com EBV positivo nas células neoplásicas. Também foi feita biópsia de medula óssea e PET-CT com área de concentração anômala do 18F-FDG no local da lesão.

Discussão: Este relato de caso é de importância científica e social, ressalta a importância de um bom exame físico e diagnóstico precoce, pois os corriqueiros sintomas apresentados pela paciente foram interpretados como de patologias benignas, tais como sinusopatia inflamatória ou infecciosa, durante um extenso período de oito meses, o que pode alterar diretamente o prognóstico do raro linfoma.

Comentários finais: Foi apresentado um caso de linfoma de células T ou T/NK da cavidade nasal, tumor agressivo e raro no ocidente. Após o diagnóstico a paciente foi encaminhada para QT e RT.

PRC-345 LINFOMA NÃO HODGKIN DE ÓRBITA - RELATO DE CASO

Dharyemne Pucci de Araújo, Ian Selonke, Rafaela Mabili Ferreira dos Santos, Jean Guilherme Coral Versari, Gustavo Henrique Duran, Suzanne Malmann Varnier, Ricardo Maurício Favaretto

Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil

Introdução: Os linfomas não Hodgkin (LNH) são um grupo heterogêneo de neoplasias que correspondem a 4% de todas as neoplasias humanas. O acometimento extranodal ocorre em 25% dos casos. A órbita é um sítio raro dos LNH, estima-se que nela ocorram apenas 1% a 8% dos casos. Tipicamente, pacientes com lesões linfóides orbitais apresentam proptose, redução da acuidade visual e sinais inflamatórios locais, têm como diagnóstico diferencial tumores dos seios paranasais que invadem a órbita, pseudotumor inflamatório orbital, doença de Graves, dacriocistite etc.

Apresentação do caso: Paciente feminina de 49 anos com proptose à esquerda havia três anos, apresentava pioria progressiva, associada a hiposmia e obstrução nasal à esquerda. A nasofibroscoopia apresentou desvio septal condromeriano esquerdo, não observado na massa nasal. A tomografia mostrou massa intraconal à esquerda sólida com contornos lobulados de aproximadamente 4 cm de diâmetro laterolateral que circundavam o nervo óptico. A biópsia da lesão por acesso externo transconjuntival e a avaliação anatomopatológica dos fragmentos removidos mostraram proliferação linfóide atípica em meio a tecido adiposo. A análise imuno-histoquímica evidenciou LNH de células B.

Discussão: O comprometimento orbitário por tumores malignos sinonasais é relativamente comum, já que as órbitas compartilham margens ósseas com os seios. Tumores da região da cabeça e do pescoço são geralmente diagnosticados tardiamente, com maior parte dos pacientes em estágio avançado da doença. A inexistência de sintomas sistêmicos no momento do exame é frequente nos tumores orbitários localizados, como ocorreu na paciente deste caso.

Comentários finais: A importância do tema se revela na progressiva elevação da incidência dessa neoplasia, particularmente no que diz respeito aos LNH. Entre os sítios extranodais na cabeça e no pescoço, o mais comum é o anel de Waldeyer, seguido por órbita e anexos, seios paranasais e cavidades nasais, glândulas salivares, cavidade oral, laringe e tireoide.

PRC-346 LINFOMA NÃO HODGKIN: RELATO DE CASO ATÍPICO EM SEIO ETMOIDAL E MAXILAR

Daniella Neves Marques de Souza, Camila Pereira de Moraes, Thaís Brunheroto, Paulo Roberto Fernandes Macedo, Tamara Zayan Harati, Matheus Moro Rabesquine, Fábio Augusto Winckler Rabelo

Hospital Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, Santos, SP, Brasil

Introdução: Os linfomas estão entre as doenças malignas que mais bem respondem ao tratamento com rádio e quimioterapia, com índice de cura em torno de 75% para os tipos Hodgkin e 25% para os não Hodgkin. Os linfomas não Hodgkin apresentam correlação com deficiência e desordens autoimunes, doenças infecciosas e agentes químicos e físicos. Os principais sintomas apresentados são linfonodomegalias, febre, perda de peso e sudorese noturna.

Apresentação do caso: Paciente, masculino, 70 anos, com queixa de edema periorbitário à direita, de início súbito, após um dia de reforma em sua residência. Negava coriza, obstrução nasal, cefaleia, febre, sudorese noturna ou emagrecimento. Fez uso de anti-histamínicos durante sete dias devido à suspeita de processo alérgico, em seguida de Tobradex colírio com hipótese diagnóstica de conjuntivite. Devido à persistência do sintoma, consultou otorrinolaringologista, o qual fez biópsia de seio maxilar e etmoide que evidenciou infiltração celular atípica, sugestiva de neoplasia linfoproliferativa. A imuno-histoquímica confirmou como linfoma difuso de grandes células B e infiltrado de mucosa padrão respiratório. A biópsia e a imuno-histoquímica de medula óssea revelaram hiperplasia global para a idade, sem evidências de neoplasia. A tomografia de seios da face e do pescoço demonstrou formação expansiva sólida, de contornos irregulares, limites imprecisos e com aspecto infiltrativo, na projeção da hemiface direita, envolvia a cavidade orbitária, o trabeculado etmoidal, o seio maxilar direito e a cavidade nasal homolateral, média 6,5 × 3,5 cm nos seus maiores eixos.

Discussão: Este trabalho apresenta um caso atípico de linfoma de células B, devido a único e isolado sintoma inicial e ausência de manifestações concomitantes ao edema periorbitário. Fez-se diagnóstico diferencial com sinusopatia/celulite etmoidal à direita, também evidenciada pelas tomografias.

Comentários finais: O caso acima evoluiu com apresentação clínica atípica. Após o diagnóstico, o paciente foi encaminhado para quimio e radioterapia, com controle evolutivo da doença sem novas manifestações até o momento.

PRC-347 LINFOMA NASAL DE CÉLULAS NK/T - RELATO DE CASO

Juliana Peraro Miguel, Rafaela Miranda Condé de Oliveira, Elvira Lopes da Silva, Daniela Toledo de Aguiar, Paula Sant'Anna de Oliveira, Michelle Silveira Ávila, Fausto Antônio de Paula Júnior

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira, Limeira, SP, Brasil

Introdução: Linfoma nasal de células T/NK (LNCT/NK) é a causa mais comum da síndrome conhecida como "granuloma letal da linha média". Sua patogênese está relacionada à infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV). Acomete principalmente a cavidade nasal. Desse modo, muitas vezes o otorrinolaringologista é o primeiro especialista a avaliar esses pacientes.

Apresentação do caso: A.M.V.B., 43 anos, masculino, deu entrada em nosso serviço com perfuração septal e crostas nasais. Foi submetido à biópsia da lesão, cujo resultado foi descrito como processo inflamatório crônico em surto agudo ulcerado. Evoluiu com rinorreia de odor fétido, cefaleia e progressão da lesão para a região do palato duro. Foi submetido a duas novas biópsias em palato com feitura de imuno-histoquímica. Obteve-se o seguinte

resultado histológico: mucosa com extensas áreas de necrose e ulceração, infiltrado linfocitário difuso com padrão angiocêntrico e angiodestrutivo. Na imuno-histoquímica apresentou CD-3 de células perivasculares, CD-56, Granzima B e Perforina positivos. Tais resultados indicam tratar-se de um linfoma de células T/NK. Paciente foi então encaminhado ao serviço de oncologia para quimioterapia. **Discussão:** O LNCT/NK é um linfoma extranodal, geralmente com um fenótipo de células NK e uma minoria de células T. O quadro clínico inclui rinorreia, obstrução nasal, epistaxe, necrose e destruição das estruturas adjacentes ao nariz. A necrose pode dificultar o diagnóstico histológico e tornar necessárias múltiplas biópsias para o diagnóstico definitivo. A avaliação histológica caracteriza-se por infiltrado linfocitário polimórfico com invasão vascular, necrose e padrão de crescimento angiocêntrico/angiodestrutivo. A imuno-histoquímica expressou CD2, CD3 citoplasmático, CD56 e proteínas granulares citotóxicas. O tratamento varia desde radioterapia isolada até quimioterapia em altas doses com transplante de células-tronco hematopoiéticas.

Comentários finais: O LNCT/NK deve ser lembrado em pacientes com perfuração septal e biópsia sem diagnóstico histológico elucidativo. É importante o diagnóstico e o tratamento precoces, pois evolui de maneira extremamente agressiva.

PRC-348 LINFOMA PLASMOBLÁSTICO NASAL: RELATO DE CASO

Ana Paula Ivata Mori, Ana Mariana de Moraes Rebello Pinho, João César Frizzo Burlamaqui, Lídio Granato

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O linfoma plasmoblástico (LPB) é um linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B, raro, agressivo, que ocorre principalmente em pacientes HIV+ e acomete preferencialmente a cavidade oral. Raramente pode ser encontrado em outros sítios extraorais, como sistema nervoso, seios paranasais, cavidade nasal, trato gastrointestinal e região retroperitoneal. É associado à disseminação precoce, pouca resposta ao tratamento e sobrevida limitada.

Apresentação do caso: Masculino, 58 anos, apresentava massa em região de dorso e ponta nasal, de aspecto irregular, infiltrativa e arroxeadada (lembrando “nariz de palhaço”), se estendia para cavidades nasais e septo, provocava obstrução de ambas as fossas nasais. Quadro com início havia dois meses e de crescimento rapidamente progressivo. Acompanhado de obstrução nasal bilateral, formação de crostas e episódios diários de epistaxe, de pequena quantidade e autolimitados. Foi submetido à biópsia da lesão, com diagnóstico por imuno-histoquímica de linfoma plasmoblástico. Apresentava sorologia reagente para HIV, foi encaminhado para hematologia para tratamento.

Discussão: Os linfomas não Hodgkin encontrados no trato nasossinusal são principalmente de linhagem B, no Ocidente e, de linhagem T na Ásia. O LPB é extremamente raro no trato nasossinusal e, principalmente na cavidade nasal. Uma vez feito seu diagnóstico, é obrigatória a sorologia para HIV, devido à forte associação entre os dois. Pode ainda existir coinfeção com vírus EBV. O LPB apresenta um comportamento agressivo, principalmente em pacientes imunossuprimidos. Alguns estudos demonstram um impacto favorável na sobrevivência dos pacientes HIV+ com associação da terapia antirretroviral à quimioterapia. O uso de radioterapia no tratamento ainda é bastante controverso.

Comentários finais: Este relato de caso apresenta um tumor nasal agressivo e raro, com diagnóstico por imuno-histoquímica que deve levantar suspeita para infecção pelo HIV. Seu tratamento deve ser feito o mais rapidamente possível, com quimioterapia e, se houver associação com o HIV, antirretroviral.

PRC-350 MASSA NASAL EM PACIENTE IDOSA - HEMANGIOPERICITOMA

Juliane Moreira Barbosa, Marina Ferraz Gontijo Soares, Raíssa Camelo Valletta, Mariana Moreira de Deus, Mikhael Romanholo El Cheikh, José Neto Ribeiro de Souza

Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: O hemangiopericitoma é um tumor vascular raro, apresenta cerca de 1% dos tumores vasculares. É mais comum entre 40-60 anos e em homens. Os hemangiopericitomas nasais se mostram na grande maioria das vezes com sintomas pouco específicos, muito frequentes em diversas outras patologias, o que gera um retardo do diagnóstico e do tratamento nos pacientes.

Apresentação do caso: Paciente feminina, 84 anos, com quadro de obstrução nasal à direita havia 30 anos sem pioria progressiva, associada a prurido local. Negou epistaxe e perda de peso. Ao exame apresenta conchas hipertrofiadas e mucosa pálida. TC: lesão expansiva sólida de contorno bem definido, originou-se das células etmoidais superiores à direita. Fibronaso: presença de massa nasal eritematosa. Feita biópsia ambulatorial e enviado material para análise. Resultado de anatomopatológico com quadro consistente com hemangiopericitoma nasal. Imuno-histoquímica: hemangiopericitoma nasal.

Discussão: Uma queixa frequente nos ambulatórios de otorrinolaringologia é a obstrução nasal. Cerca de 5% da população apresenta pólipos nasais. Diante de um caso de obstrução nasal, devido à presença de uma massa de aspecto polipoide, é necessário avaliar um grande número de diagnósticos diferenciais, incluindo vários tumores: glômus, hemangioendotelioma, carcinomas, entre outros. O hemangiopericitoma é um tumor vascular cuja etiologia não está claramente estabelecida e se apresenta mais comumente como obstrução nasal e epistaxes recorrentes, associadas a massa nasal e estudo radiológico com opacificação e, por vezes, erosão óssea. A evolução das lesões nasais é mais favorável do que as lesões em outros sítios. O tratamento consiste na ampla ressecção cirúrgica do tumor com margens livres. O diagnóstico é de exclusão após anatomopatológico e imuno-histoquímica. Em geral, manifestam uma taxa de recidiva de 25 a 50%.

Comentários finais: As massas nasais devem ser submetidas à análise anatomopatológica, mesmo em casos cuja aparência macroscópica da lesão não apresente alterações.

PRC-351 MELANOMA MALIGNO NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

André Toshio Matsuda, Rafael Yoshio Kanashiro, Álvaro Ferdinando Scremin, Denis Massatsugu Ueda, Maurício Pacheco Reis, Felipe Horst, Paulo de Lima Navarro

Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil

Introdução: O melanoma maligno nasossinusal é um tumor raro e extremamente agressivo que acomete pacientes idosos, sem preferência por gênero. Corresponde a cerca de 4% de todos os tumores da região nasossinusal. Epistaxe e obstrução nasal são os principais sintomas relatados pelos pacientes. Tem prognóstico ruim.

Apresentação do caso: V.F.S., 49 anos, sexo feminino, proveniente de Londrina (PR). Paciente relata história prévia de lesão nasal à direita havia três meses. Paciente iniciou quadro de epistaxe, seguido de obstrução nasal durante o período. Evoluiu com cefaleia frontotemporal diária e amaurose ipsilateral à lesão. Hipertensa, diabética e com hipotireoidismo, negou etilismo e tabagismo. Admitida em nosso serviço, foi feita biópsia de lesão arroxeadada friável em fossa nasal direita e solicitada tomografia computadorizada de seios da face. Exame de imagem mostrou lesão expansiva infiltrativa com intensa impregnação pelo contraste com epicentro no seio esfenoidal e nas células etmoidais à direita, média 5,1 × 4,3 × 5,3 cm, infiltrava e erodia sela túrcica, em íntimo contado com artéria

carótida interna, com redução do calibre à direita. Resultado do anatomopatológico definiu diagnóstico de melanoma maligno. A lesão foi considerada irremediável, e a paciente foi encaminhada à oncologia para radioquimioterapia.

Discussão: Melanomas da mucosa nasossinusal são raros e de sintomatologia inespecífica. Normalmente unilaterais, acometem pacientes acima de 60 anos; seu prognóstico é sombrio, e o diagnóstico é feito geralmente em fases avançadas da doença. Tratamento, quando possível, deve incluir cirurgia.

Comentários finais: Melanoma nasossinusal é um tumor raro, agressivo e de prognóstico extremamente ruim que acomete em sua maioria idosos. Ao exame, apresenta-se como massa arroxeada em fossas nasais. Sua principal sintomatologia é a obstrução nasal e a epistaxe. O médico otorrinolaringologista deve estar atento a essa patologia para o rápido diagnóstico e tratamento.

PRC-352 MELANOMA NASAL

Sebastião Kelson Alves dos Santos, Isabela Loyola Borém Guimarães, Marcela Maria Pinto Vilela, Emyle Mayra Santana Alves Almeida, Tarssius Capelo Cândido, Renata Freitas Silva, Wilson Benini Guercio
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: O melanoma de mucosa nasal (MMN) é um tumor maligno derivado de melanócitos que migram para a mucosa da via aérea superior. O melanoma primário de mucosa nasossinusal é raro, corresponde a 0,5-2,0% dos melanomas e 4% dos tumores da região nasossinusal. Acomete principalmente parede septal anterior, corneto nasal inferior, seguido pelo corneto médio. Incidência maior a partir da sétima década, é incomum antes da quarta década. Manifesta-se sobretudo como obstrução nasal progressiva e epistaxe.

Apresentação do caso: M.C.N., 54 anos, feminino, natural de Belmiro Braga (MG), buscou atendimento em 09/04/14 e referia apenas obstrução nasal mais intensa em narina esquerda. À rinoscopia anterior fora visualizado desvio septal e lesão friável de aspecto polipoide em fossa nasal esquerda. Aspecto corroborado pela videonasoscopia. Tomografia de seios da face demonstrava velamento de fossa nasal e etmoide à esquerda. Paciente foi submetida à septoplastia e exérese de lesão, enviada para análise. Anatomopatológico: neoplasia maligna pouco diferenciada, elevado índice mitótico e área necrótica. Imuno-histoquímico: melanoma maligno que infiltrava a mucosa nasal. Diante dos resultados, foi encaminhada à cirurgia oncológica e indicada ampliação da cirurgia, com intuito de obter margem de segurança; a paciente recusou-se submeter ao procedimento proposto e optou por buscar assistência em sua cidade.

Discussão: O MMN é um tumor infrequente, de prognóstico sombrio, com até 50% de sobrevida em cinco anos. No caso apresentado foram fundamentais a abordagem precoce e a pesquisa ampliada em busca do diagnóstico. A literatura aponta a cirurgia como tratamento de escolha, radioterapia e quimioterapia são opções quando há contraindicação cirúrgica. A faixa etária foi incomum, o que evidenciou a importância de explorar os diagnósticos diferenciais.

Comentários finais: O MMN é de difícil diagnóstico devido aos sintomas inespecíficos, contribui para abordagem tardia pelo otorrinolaringologista. Deve-se suspeitar dele nos casos de tumores nasais, uma vez que o diagnóstico precoce proporciona maior chance de cura.

PRC-353 MELANOMA PRIMÁRIO DE MUCOSA NASAL: RELATO DE CASO

Cheng T. Ping, Loyane Lisieux Bronzon Vasconcelos, Paulo Augusto Kfuri de Araújo, Alessandra Pereira dos Santos, Mariana Gomes Siqueira, Thais Camporez Pimentel, Bárbara de Melo Torres Alves

Instituto de Otorrinolaringologia de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O melanoma primário de mucosa nasal é um tumor raro, derivado de melanócitos provenientes da crista neural que migram para a mucosa do trato aerodigestivo. É considerada uma das neoplasias malignas mais letais, comporta-se de maneira agressiva.

Apresentação do caso: Mulher, 83 anos, com história de epistaxe recorrente havia nove meses. Foi admitida por epistaxe grave esquerda e submetida ao tamponamento anteroposterior. Rinoscopia anterior esquerda: grande tumor que sangrava ao toque. TC: tumor nasal esquerdo volumoso que ocupava o etmoide. Após a estabilização clínica, o tampão foi retirado no centro cirúrgico e feita biópsia. Estudo histopatológico: mucosa recoberta por epitélio do tipo respiratório, com extensa infiltração por células neoplásicas na lâmina própria, com núcleos redondos, hipertróficos e citoplasma anfófilico, com pigmento acastanhado, sugestivo de melanoma. O tamponamento foi refeito por causa do sangramento e a paciente transferida para tratamento definitivo.

Discussão: O melanoma nasal não tem fatores de risco e o pico de incidência está em torno da sétima década de vida. Localiza-se mais comumente na parede anterior do septo e na parede nasal lateral. As queixas otorrinolaringológicas são inespecíficas. O melanoma é um tumor friável e sangrante ao toque, negro-azulado ou amarelo-pálido, sempre com localização primária unilateral. A avaliação consiste em anamnese detalhada e exame otorrinolaringológico completo. A TC avalia o tumor primário e a ressonância magnética a extensão da doença. O diagnóstico definitivo é determinado pelo estudo histopatológico e imuno-histoquímico. O tratamento de escolha é cirúrgico quando a doença for localizada. A radioterapia tem papel adjuvante ou paliativo e pode ser associada à quimioterapia.

Comentários finais: O melanoma nasal é uma doença agressiva e de difícil diagnóstico. Os sintomas são inespecíficos, podem ser confundidos com infecção de vias aéreas superiores. A avaliação precoce pode evitar o diagnóstico em fase avançada e determinar um melhor prognóstico para o paciente.

PRC-354 MENINGIOMA ESFENO-ORBITAL HIPEROSTÓTICO EM PACIENTE GESTANTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Caio Calixto Diógenes Pinheiro, Ulisses Meireles Filgueiras Filho, Willian da Silva Lopes, Aline Saraiva Martins, Sebastião Diógenes Pinheiro, André Alencar Araripe Nunes

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Meningioma esfeno-orbital hiperostótico é um tumor incomum, que se apresenta com infiltração óssea da base do crânio. Acomete frequentemente a asa menor do esfenóide, a parede lateral e o teto da órbita, pode estender-se para a fissura orbital superior, o canal óptico e o processo clinoide anterior do esfenóide, além dos ossos temporal e frontal. Sua origem não está clara, mas são conhecidos por estar associados aos hormônios sexuais femininos. Agravamento dos sintomas neurológicos ou meningiomas recentemente diagnosticados foram descritos no contexto de níveis elevados de hormônios sexuais, por exemplo, durante a gravidez.

Apresentação do caso: Paciente, sexo feminino, 32 anos, apresentava quadro de proptose em olho esquerdo (E) havia um ano, sem outras queixas. A tomografia computadorizada (TC) de órbitas evidenciou lesão óssea na parede posterior da cavidade orbitária E. Com a suspeita diagnóstica de displasia fibrosa óssea, foi instituída conduta conservadora com controle tomográfico de seis em seis meses. Paciente retornou em um ano com diminuição da acuidade visual à E e gestante (idade gestacional de seis meses), evoluiu em poucos meses para amaurose à E e anisocoria. Nova TC de órbitas evidenciou displasia fibrosa que comprometia ossos esfenoidal,

temporal e frontal à E, ocasionava leve redução da amplitude da fissura orbitária inferior, além de espessamento do músculo reto-lateral E. Após término gestacional, foi encaminhada ao serviço de otorrinolaringologia e submetida à biópsia incisional com decompressão orbitária, cujo histopatológico revelou achados sugestivos de meningioma.

Discussão: A gravidez não aumenta, propriamente, a incidência de meningiomas. Entretanto, um agravamento ou o aparecimento dos sintomas pelo crescimento acelerado dessas neoplasias é descrito em pacientes gestantes, e tem como principal explicação os níveis elevados de hormônios sexuais.

Comentários finais: Meningioma hiperostótico deve ser lembrado como diagnóstico diferencial diante de tumores ósseos da base do crânio e seu manejo, principalmente em gestantes, ainda consiste em um desafio.

PRC-355 MENINGOCELE POR CANAL DE STERNBERG PATENTE: RELATO DE CASO

Daniilo Rodrigues Cavalcante Leite, Alexandre Ramos Caiado Filho, Anna Paula Chieko Hayashi, Bruna Coelho Ellery, Diego Lima Vasconcelos, Mariana Figueiredo Guedes d' Amorim, Atilio Maximino Fernandes, Eduardo Macoto Kosugi

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP),
São José do Rio Preto, SP, Brasil*

Introdução: Meningoceles esfenoidais são entidades incomuns e a presença de meningocele esfenoidal lateral é uma anomalia congênita rara. O canal de Sternberg é um canal craniofaríngeo resultante de uma fusão incompleta de diferentes componentes do osso esfenóide, e pode ocasionar diversas patologias.

Apresentação do caso: Mulher, 55 anos, admitida em ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de rinorreia hialina e cefaleia frontal havia três anos. Referia duas internações prévias por meningite (2011 e 2012), após as quais evoluiu com hipoacusia neurosensorial bilateral e necessitou de AASI. Referiu cirurgia nasal em 2011, não sabia especificar qual. A endoscopia nasal da paciente evidenciava presença de lesão esbranquiçada de contornos lisos em cavidade nasal esquerda, não obstrutiva, com drenagem de secreção tipo água de rocha. Paciente submetida à tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de crânio e face, que evidenciaram conteúdo hiperintenso em T2 e hipointenso em T1 na projeção do recesso esfenoidal na cavidade nasal esquerda, apresentava extensão para o seio esfenoidal/processo pterigoide esquerdo. Paciente submetida a ressecção de meningocele e correção de fistula líquórica esfenoidal a esquerda, com obtenção de flap nasosseptal à direita e interposição de fásia lata em três pontos de deiscência em osso esfenóide. Para facilitar a identificação foi usada injeção de fluoresceína intraoperatória. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico. Paciente em seguimento ambulatorial, permanece assintomática.

Discussão: O canal de Sternberg é uma malformação congênita rara do seio esfenoidal, por meio do qual podem se formar meningoceles ou encefalocelos. Na presença de drenagem ativa de líquido, a correção adequada do defeito se faz imperativa, na intenção de se evitar meningite, abscesso cerebral, hipotensão intracraniana ou demais complicações.

Comentários finais: Encefalocelos esfenoidais espontâneos são entidades raras, em geral associadas com patência do canal de Sternberg. O tratamento endoscópico representa uma opção de tratamento eficaz para a patologia.

PRC-356 MENINGOENCEFALOCELE INTRANASAL: UM RELATO DE CASO

Erika Ferreira Gomes, Leonardo Medeiros Pereira Carneiro, Diego Bruno Bezerra Brito, Francisco Davi Vasconcelos, Larissa Rolim Freitas, Juliana Teixeira de Souza, Andressa Rolim Freitas

Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A meningoencefalocelo (MEC) é uma malformação congênita bastante rara no ocidente (1:40.000 nascidos). É classificada como uma malformação da linha média do nariz consequente a uma falha na embriologia normal das células da crista neural, permitindo, assim, a persistência de comunicação/defeito ósseo e a consequente herniação de conteúdo meníngeo e encefálico para a cavidade nasal. Costuma manifestar-se como tumoração nasal externa ou interna, associada ou não a sintomas nasais obstrutivos. Em geral, seu tratamento é cirúrgico e pode-se optar por uma abordagem extracraniana, endoscópica nasal ou combinada.

Apresentação do caso: Paciente, masculino, cinco anos, com história de obstrução nasal desde o nascimento, não associada a sintomas irritativos e sem melhorias com tratamento clínico proposto em consultas anteriores. Foi levado a atendimento médico especializado em junho/2015 e, na ocasião, foi feita nasofibroscoopia, na qual foi visualizada lesão de aspecto polipoide em região do teto do etmoide em fossa nasal direita, com sinal de Fustenbergo positivo. Fez, no mesmo mês, TC de seios paranasais, que flagrou defeito ósseo em teto etmoidal à direita e material com densidade de partes moles que ocupava a fossa nasal direita em contiguidade com o conteúdo intracraniano.

Discussão: Diante do quadro, foi levantada a hipótese de meningoencefalocelo nasoetmoidal e, portanto, optou-se por correção cirúrgica endoscópica exclusiva da lesão, tendo em vista o menor risco de complicações e recuperação mais precoce, quando comparada com a abordagem extracraniana. No ato operatório, foram feitos a identificação do defeito ósseo, a remoção do saco herniário e o fechamento do defeito de teto etmoidal, com enxerto de muco-sa de concha nasal e cartilagem.

Comentários finais: Após tratamento cirúrgico, o paciente evoluiu com melhoria importante dos sintomas obstrutivos, sem complicações infecciosas intracranianas e com alta hospitalar precoce. Apresenta-se atualmente em acompanhamento ambulatorial de pós-operatório.

PRC-357 METÁSTASE DE HEPATOCARCINOMA EM SEIO ESFENOIDAL

Iury Lima Veloso, José Vicente Tagliarini, Renata Mizusaki Iyomasa, Caroline Fernandes Rimoli, Thaís Gomes Abrahão Elias, Thereza Lemos de Oliveira Queiroga, Camila Sá de Melo Campos

*Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP),
Botucatu, SP, Brasil*

Introdução: Paciente portador de cirrose hepática por álcool, em POT de transplante hepático, apresentava quadro de cefaleia intensa e oftalmoplegia. Visualizada massa em seio esfenoidal e *clivus* na TC, que mostrou metástase de hepatocarcinoma após biópsia.

Apresentação do caso: Paciente de 60 anos, deu entrada no serviço de urgência do HC-FMB e referiu que havia um mês iniciara com cefaleia holocraniana com predomínio frontal, constante, que desperta o paciente, pior à noite e com o decúbito, sem melhoria com analgésicos orais, e associada a náuseas, vômitos e sonolência. Apresentava diminuição da acuidade visual à direita, associada à diplopia quando olhava para a direita e paralisia do oculomotor havia três meses. Negava convulsões ou quaisquer outros sintomas. Antecedentes pessoais: transplante hepático havia um ano devido à cirrose hepática alcoólica, abstinência havia quatro anos, em uso de tacrolimus. Ao exame: NNCC: paralisia completa do OD, com ptose palpebral, paresia de OE. Anisocoria com midríase de OD, sem FR direta e consensual. Reação pupilar OE normal. FMG V global, reflexos normais, marcha atípica. Sem alterações ao exame otorrinolaringológico. Submetido a TC e ressonância magnética, que evidenciaram volumosa lesão expansiva centrada em *clivus* e seio esfenoidal, com erosão óssea regional, que estendia a cisterna

pré-pontina e as cavidades selar e suprasselar, além de lesões osteoblásticas em coluna lombar na cintilografia óssea. Foi submetido à esfenoidectomia, com identificação de massa de grande volume no seio esfenoidal, que foi biopsiada sem intercorrências. A biópsia evidenciou diagnóstico de metástase de carcinoma hepatocelular, com estudo imuno-histoquímico positivo para os anticorpos hepatocyte, CEA e CD 10, os dois últimos com padrão canalicular.

Discussão: Lesões expansivas e com padrão de erosão óssea local-regional em topografia de seio esfenoidal e *clivus* têm diversos possíveis diagnósticos diferenciais, as mais comuns são cordoma de clivus, adenoma hipofisário atípico, plasmocitoma e CEC de seio esfenoidal, é incomum a presença de metástases de hepatocarcinoma, nas quais os sítios extra-hepáticos mais comuns são pulmão, linfonodos abdominais e ossos.

Comentários finais: O caso relatado evidencia a importância da discussão interdisciplinar entre otorrinolaringologistas e neurocirurgiões, bem como da cirurgia endoscópica em lesões da base anterior do crânio.

PRC-358 METÁSTASE ORBITÁRIA DE CÂNCER DE MAMA MIMETIZANDO RINSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA AGUDA: RELATO DE CASO

Mayara Tabai, Igor Moreira Hazboun, Emerson Taro Inoue Sakuma, Marcelo Hamilton Sampaio, Eulália Sakano

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: Diversos processos traumáticos, vasculares, inflamatórios, infecciosos e neoplásicos podem afetar a órbita e as suas estruturas. O acometimento rino-orbitário da rinossinusite fúngica invasiva (RFI) pode mimetizar outras patologias e tornar o diagnóstico e sua terapêutica uma tarefa árdua e desafiadora.

Apresentação do caso: Paciente feminina, de 32 anos, com queixa de cefaleia havia um mês, progressiva, associada a proptose ocular havia uma semana. Antecedentes pessoais: adenocarcinoma de mama tratado e dermatite atópica em uso de prednisona em doses imunossupressoras. Apresentava-se com proptose ocular à esquerda; rinoscopia anterior e nasofibrosopia normais. A tomografia inicial mostrava velamento de seios esfenoidais e etmoidais bilateral, espessamento e hiperdensidade dos músculos oculares reto superior e reto lateral, com captação do contraste em meninges próximo ao seio cavernoso. Iniciada anfotericina B endovenosa e programada biópsia. Em TC de pescoço e tórax, visualizado conglomerado linfonodal cervical e mediastinal e nódulo em mama direita. Feita biópsia das lesões, que resultou em adenocarcinoma de mama.

Discussão: O quadro clínico apresentado (cefaleia, proptose e diplopia) sugeria um processo fúngico invasivo pelo quadro imunossupressor subjacente. Porém, diferenciar com precisão uma lesão neoplásica rino-orbitária de uma RFI pode não ser possível por meio dos exames de imagem. As alterações da densidade da gordura das regiões periantral e orbitária sugerem extensão profunda e muitas vezes é o primeiro sinal de RSF. Os carcinomas de mama e pulmão são os que mais frequentemente originam metástase para a órbita e na TC, também se apresentam como área hiperdensa em relação à gordura. O diagnóstico de certeza é feito por meio da biópsia da lesão.

Comentários finais: O diagnóstico e a terapêutica de lesões intraorbitárias pode persistir como um desafio mesmo com o avanço da imagenologia.

PRC-359 MÍASE NASAL COMPLICADA EM PÓS-OPERATÓRIO

Ana Carolina Fernandes de Oliveira, Ivan Machado de Almeida Júnior, Juliane Patrícia Grigório da Silva, Nathália Ávila de Nascimento Nóbrega, Débora Teixeira Jales de Lira,

Luciana Fontes Silva da Cunha Lima, Mylene Cristina Pinto de Paiva Almeida

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Introdução: Míase é uma infestação causada por larvas de moscas em órgãos e tecidos, vivos ou necrosados, em vertebrados, incluindo o homem. São frequentes em países subdesenvolvidos e tropicais. As manifestações clínicas não são específicas e variam de acordo com a região acometida. O tratamento consiste na remoção mecânica das larvas e combate às infecções associadas. Se não tratada, oferece risco de morte ao paciente.

Apresentação do caso: Mulher, 49 anos, agricultora e natural de Porto Alegre (RN), queixava-se de hipertermia, dor facial, odinofagia, tosse produtiva e hiposmia iniciadas após um procedimento nasal mal-conduzido, seguido de infecção e infestação de larvas. Foi encaminhada ao Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Onofre Lopes, onde se submeteu a toaleta nasal com remoção de 121 larvas da cavidade nasal. Seguidos procedimentos e antibioticoterapia, a paciente permaneceu com quadro infeccioso, edema periorbitário e dor facial. Tomografia de seios da face indicava pansinusopatia agudizada, deformidades ósseo-cartilaginosa. Tomografia de tórax e broncoscopia indicaram expansão infecciosa para pulmão. Cultura de secreção nasal e pulmonar revelou *Klebsiella*. Paciente permaneceu sem melhora clínica, evoluiu a óbito, sem elucidação completa etiológica, pois parentes não autorizaram necropsia.

Discussão: A míase é uma doença igualmente prevalente entre os sexos, predomina em pessoas maiores de 50 anos e baixa condição socioeconômica. O quadro clínico é variado, pode haver epistaxe, rinorreia, odor nasal e dor facial. Atualmente, a *Klebsiella* é o patógeno mais encontrado no estudo da secreção. O diagnóstico precoce é crucial para evitar deformidades faciais e infecções graves. A imunoprofilaxia para o tétano deverá estar atualizada e antibióticos devem ser administrados caso a infecção bacteriana esteja associada, para evitar desfecho trágico como o relatado.

Comentários finais: A míase é uma doença não fatal quando há intervenção precoce. Este caso mostra a importância dos cuidados e do seguimento pós-operatório adequado na prevenção do agravo.

PRC-360 MÍASE NASAL EM PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO DE AMELOBLASTOMA DE SEIO MAXILAR DIREITO: RELATO DE CASO

Luiz Felipe Lira de Moraes, Ana Carolina Daflon Scoralick, Nathália Senra Santos, Alexandre José de Sousa Cunha, Bernardo Relvas Lucas, Daniel Braz Nunes Azevedo, Daniella Leitão Mendes

Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Este trabalho relata um caso de míase nasal em um paciente idoso recém-submetido à cirurgia nasal para ressecção de um tumor maligno, resolvido a partir da associação entre tratamentos clínico e cirúrgico.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 75 anos, hipertenso, diabético, comparece ao Hospital Naval Marcílio Dias com quadro de edema facial à direita, com sinais de flogose e dor local após 13 dias de pós-operatório de ressecção de ameloblastoma em seio maxilar direito. Ao exame físico: celulite de hemiface direita, dolorosa, associada a rinorreia serossanguinolenta em fossa nasal direita. Feita endoscopia nasal, foi evidenciada infestação de seio maxilar direito e cavidade nasal ipsilateral por larvas de mosca em grande quantidade. Tomografia de seios paranasais mostrou espessamento mucoso irregular em seio maxilar direito e velamento etmoidal, sem destruição óssea, à exceção daquela decorrente de procedimentos cirúrgicos prévios. Foram iniciadas ivermectina 12 mg dose única e amoxicilina + sulbactam. Foi tentada inicialmente remoção

ambulatorial de larvas, mas devido à quantidade e localização, optou-se por remoção em centro cirúrgico sob anestesia geral. Após erradicação e conclusão de esquema antibiótico, o paciente teve alta hospitalar, mantém seguimento ambulatorial.

Discussão: A miíase nasal é a infestação de larvas em cavidades nasais de humanos, que se alimentam de tecidos e fluidos do hospedeiro. Sua incidência é baixa, ocorre em locais cujas condições de saneamento básico são precárias, em geral em países tropicais em desenvolvimento. Pode levar a complicações locais e de estruturas adjacentes.

Comentários finais: A miíase nasal muitas vezes exige, além do tratamento clínico para erradicar as larvas, cirurgia para a remoção completa das larvas dos seios paranasais. A cirurgia endoscópica facilita a execução nesses casos. Não menos importante é a prevenção a partir de cuidados com feridas e controle ambiental.

PRC-361 MIOEPITELIOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO DESSA RARA APRESENTAÇÃO

Dharyemne Pucci de Araújo, Ian Selonke,
Jean Guilherme Coral Versari, Gustavo Henrique Duran,
Suzanne Malmann Varnier, Ricardo Maurício Favaretto, Thaise Cesca
Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR, Brasil

Introdução: O mioepitelioma é um raro tipo de tumor benigno de glândula salivar e ainda mais raramente ocorre de maneira ecotópica. Sua localização mais comum é a glândula parótida, seguida do palato mole. Na literatura, o acometimento da cavidade nasal foi relatado em apenas seis publicações até o momento.

Apresentação do caso: Homem, 43 anos, apresentou-se com obstrução nasal à esquerda e episódios de epistaxe ipsilateral, com evolução de dois anos. Foi diagnosticada lesão de aspecto polipóide que acometia fossa nasal esquerda à rinoscopia e seio maxilar esquerdo pela tomografia computadorizada. Foi removida por abordagem cirúrgica endoscópica e enviada para análise anatomopatológica e imuno-histoquímica, então diagnosticado como mioepitelioma. Seguimento de 25 meses pós-operatório, sem qualquer sinal de recidiva do tumor.

Discussão: Todos os casos relatados na literatura se apresentaram com caráter insidioso e sintomas de obstrução nasal, epistaxe e rinosinusite, exatamente como ocorreu em nosso relato. O exame de imuno-histoquímica é de extrema valia para auxiliar no diagnóstico, já que deve ser feita a diferenciação de tumores de partes moles. Nosso caso é o primeiro a ser relatado com origem na América Latina, até o momento, segundo revisão de literatura de acervos Pubmed, Lilacs e Scielo.

Comentários finais: Ainda há muito a ser descoberto sobre o mioepitelioma de cavidade nasossinusal. Patologia extremamente rara, pouco se conhece sobre sua evolução. Por esse motivo, os pacientes devem ser acompanhados regularmente, a fim de se monitorar a sua evolução e garantir que eles estejam livres de doença, já que o mioepitelioma tem caráter recidivante.

PRC-363 MUCOCELE DE SACO LACRIMAL BILATERAL EM ADULTO - RELATO DE UM CASO RARO

Roberto Eustáquio Santos Guimarães, Tiago Vasconcelos Souza,
Ana Livia de Barros Rocha, Henrique Ribeiro Mansur Barbosa,
Greiciane Parreiras Lage, Leandro Farias Evangelista,
Carolina da Fonseca Barbosa

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Mucocèle de saco lacrimal (MSL) é uma dacriocistite crônica caracterizada pelo preenchimento e pela dilatação do saco lacrimal (SL) por material mucopurulento insidiosamente. Ocorre com maior frequência na forma congênita, secundária à obstrução

do ducto nasolacrimal (DNL) por cistos nasais (principal) e malformações. São raras em adultos, em homens, as bilaterais e as obstruções do ponto ou canalículo.

Apresentação do caso: Masculino, 21 anos, apresentava epifora bilateral desde o nascimento sem acompanhamento médico, evoluiu com dacriocistite recorrente direita, abordado por oftalmologista havia três anos. Havia seis meses iniciara abaulamento progressivo do canto medial dos olhos, bilateralmente, mais intenso à direita, sem agudizações infecciosas. A oftalmologia evidenciou acuidade visual esquerda 20/30 e direita 20/80, prejuízo da motilidade ocular medial e redução de campo nasal à direita. TC identificou mucocèle de saco lacrimal bilateral, foi feita dacriocistorrinostomia endoscópica, com drenagem de secreção típica, resolução dos sintomas no pós-operatório e confirmação histológica.

Discussão: MSL é rara em adultos. Manifesta-se com abaulamento progressivo compressível cantal medial, epifora, alterações conjuntivais, obstrução nasal variável, agudizações infecciosas e celulite. Nos adultos, geralmente é decorrente de obstrução crônica adquirida do DNL, por infecções bacterianas, fungos, dacriólitos, alterações anatômicas (células etmoidais anômalas, fraturas de face ou complicações de cirurgias nasais), radioterapia ou neoplasias (extremamente raras). Na TC há remodelamento ósseo por inflamação crônica e compressão. RNM importante no diagnóstico de tumores do SL, que costumam ser malignos e mimetizam mucocèle na TC, suspeitados em lesões acima do ligamento cantal medial, dor forte, secreção sanguinolenta e destruição óssea. No adulto, o tratamento de escolha é dacriocistorrinostomia pela rapidez, eficiência e pelo baixo risco.

Comentários finais: MSL no adulto e bilateral é rara, geralmente é uma complicação da dacriocistite crônica. Exame e tratamento de escolha são, respectivamente, tomografia computadorizada de seios paranasais e dacriocistorrinostomia.

PRC-364 MUCOCELE DE SEIO ESFENOIDAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÃO DE SELA TÚRCICA

Lucas Osanan Andrade Sousa, Caroline Dib, Luciana Fernandes Costa,
Natalya de Andrade Bezerra, Fernanda Alves Guimarães,
Carolina Cavalcante Dantas, Daniel Lorena Dutra

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As mucocèles do seio esfenoidal estão entre as mais raras dentre as dos seios paranasais, variam em sua apresentação clínica na dependência do seu tamanho e da sua extensão parassinusal.

Apresentação do caso: Paciente de 46 anos com queixa única de cefaleia refratária aos analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais. Negava história de trauma ou cirurgia nasal prévias. O mesmo estava sendo investigado pela equipe de neurocirurgia devido à suspeita de cefaleia secundária à lesão que acometeu a sela túrcica e o seio esfenoidal, a qual teve sua etiologia aventada como mucocèle de seio esfenoidal após feitura de ressonância e angiorressonância. Após resolução cirúrgica, o paciente evoluiu com melhoria do quadro.

Discussão: As mucocèles dos seios paranasais têm diversas formas de apresentação, podem se manifestar apenas como cefaleia ou, mais raramente, associada ou não a sintomas compressivos de diferentes estruturas, como vasos ou pares cranianos. Nesses casos, são mais comumente relacionados às mucocèles de seio esfenoidal. Dentre os casos de mucocèles com evolução incomum pesquisados nas principais bases de dados, não houve referência a algum caso com apresentação radiológica similar.

Comentários finais: O presente relato ilustra quanto as mucocèles de seios paranasais podem se configurar como importante diagnóstico diferencial de lesões selares ou parasselares e na cefaleia secundária. Nesses casos, mostra-se importante o uso dos meios de investigação radiológica necessários para condução com segurança.

PRC-365 NASOANGIOFIBROMA JUVENIL – RELATO DE CASO

Ivan Machado de Almeida Júnior, Luiz Maia de Freitas Araújo, Arthur de Sousa Pereira Trindade, Ana Carolina Fernandes de Oliveira, Alexandre Augusto Fernandes, Camila Carolina de Sousa, Pedro Guilherme Barbalho Cavalcanti

Hospital Universitário Onofre Lopes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Introdução: O nasoangiofibroma é um tumor benigno vascular, que mostra comportamento maligno, por crescimento invasivo com extensão para áreas adjacentes, apresenta alta morbidade e relativa mortalidade.

Apresentação do caso: R.M.S., 16 anos, estudante. Apresentava um ano de obstrução de nasal e por seis meses epistaxes recorrentes, de volume cada vez mais intenso. Seu último episódio de epistaxe levou-o ao pronto-socorro regional, de onde foi encaminhado para nosso serviço. Visualizou-se lesão tumoral em narina direita com compressão septal contralateral que obstruía totalmente a via aérea. Solicitada tomografia dos seios da face que evidenciou lesão tumoral que acometia a fossa nasal direita com extensão para a fossa pterigopalatina ipsilateral e a nasofaringe, além de comprometer os seios esfenoidais (Fish grau 2). Optou-se por exérese da lesão por *Degloving* associado à técnica endoscópica, precedido de embolização arterial 48 horas antes do procedimento. O paciente teve alta hospitalar quatro dias após o ato cirúrgico.

Discussão: O nasoangiofibroma é um tumor que acomete adultos jovens do sexo masculino. Por ser uma neoplasia vascular, não encapsulada, em um estroma fibroso, apresenta-se por epistaxes recorrentes e de intensidade progressiva, como no caso em questão. O suprimento vascular advém da artéria carótida externa, por meio da artéria maxilar interna, comumente na fossa pterigopalatina. A partir daí tende a invadir seios paranasais ou estruturas adjacentes, como fossa infratemporal, órbita e base de crânio. A partir do estudo tomográfico, Fish classificou essa lesão em quatro graus. Como nesse caso a invasão foi de região nasal e nasofaringe, além de seio esfenoidal, classificou-se de Fish grau 2, com possibilidade de ressecção endoscópica ou aberta. Optou-se pela técnica mista para ressecção máxima do tumor.

Comentários finais: Apesar de ser uma doença incomum, cabe ao otorrinolaringologista ter sempre em mente o diagnóstico de nasoangiofibroma em pacientes do sexo masculino e adultos jovens com epistaxes recorrentes.

PRC-366 NOCARDIOSE NASAL

Marcos Gerhardinger Jacob, Wilma Terezinha Anselmo Lima, Edwin Tamashiro, Fabiana Cardoso Pereira Valera, Ricardo Miranda Lessa, Caroline Perin, Verônica Rodrigues Silva de Moraes

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A nocardiose é uma infecção causada por um bacilo gram positivo e geralmente afeta indivíduos imunocomprometidos; o acometimento pulmonar é o mais observado. Seu diagnóstico é feito com isolamento do patógeno em meios de cultura, e o tratamento é baseado em antibioticoterapia por períodos prolongados.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 47 anos, que se apresentava com queixa de obstrução nasal bilateral de longa data, descarga posterior e cacosmia eventual de longa data, com pioria havia dois anos, quando então passou a apresentar epistaxe de leve intensidade semanalmente. A nasofibrosopia demonstrou lesão de aspecto granulomatosa entre concha média e septo bilateralmente e a TC revelou velamento maxilar esquerdo com sinais de espessamento e lise óssea. Colhida cultura, na qual houve crescimento de colônia esbranquiçada em meio de Sabouraud e Mycosel, semelhante a fungo filamentosos, com cheiro característico de terra

molhada. Verificou-se a presença de bacilos gram positivos de cadeia ramificada, parcialmente BAAR, identificados como *Nocardia sp.* Paciente foi submetido à antibioticoterapia com sulfametoxazol + trimetoprima por dois anos, associados a ceftriaxona por dois meses, com melhoria importante das queixas. Novas culturas todas negativas para *Nocardia*. Manteve formação de crostas nasais e o exame nasofibroscópio evidenciou sinéquias em fossas nasais. Paciente em programação cirúrgica para liberação de sinéquias.

Discussão: O desafio para o diagnóstico de nocardiose ainda persiste, notadamente em casos raros e atípicos, nos quais deve ser suspeitado quando da presença de doença de padrão granulomatosa em que são afastados os agentes e as doenças mais prevalentes, sem melhoria com terapia antimicrobiana convencional.

Comentários finais: A capacidade da nocardiose de causar destruição tecidual e gerar sequelas a torna merecedora de atenção especial.

PRC-367 OSTEOMA ESFENOIDAL COM ADERÊNCIA AO ASSOALHO SELAR

Danielle Cabral Ciafrone, Cosme Moura Ferreira das Chagas, Marcelo Nogueira da Silva, André Bezerra de Pinho, Priscila Castricini Mendonça Pimentel, Felipe Batista Corrêa, Sabrina Trindade Fernandes

Hospital Central do Exército (HCE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Osteoma é um tumor benigno e de crescimento lento, essencialmente restrito ao esqueleto craniofacial. O envolvimento dos seios paranasais é comparativamente comum e é principalmente localizado em seio frontal. No entanto, é extremamente raro nos seios etmoidais, maxilares e esfenoidal. Três teorias tentam explicar sua etiologia: osteogênica, traumática e infecciosa. Pode apresentar sintomas diversos, a depender de sua localização, o que faz o tratamento ser variável, com conduta expectante ou cirúrgica.

Apresentação do caso: Paciente F.L.S.S., do gênero masculino, 35 anos, branco, militar, sem queixas até o presente momento. Ao exame físico, a rinoscopia anterior evidenciava desvio septal à esquerda com aumento de cornetos inferiores. A tomografia computadorizada de seios paranasais evidenciou imagem ovalar hiperdensa, localizada em seio esfenoidal, em íntimo contato com o assoalho selar. Um caso assintomático, cuja hipótese diagnóstica é osteoma em seio esfenoidal. A proposta de tratamento visa ao acompanhamento clínico e radiológico anual.

Discussão: Este relato de caso visa a discutir os principais sintomas causados pelo osteoma de seio esfenoidal com íntimo contato com assoalho selar, bem como suas possíveis complicações decorrentes da invasão à sela túrcica, conduta e melhor opção de tratamento.

Comentários finais: A condução dos casos de osteoma esfenoidal deve levar em consideração sua clínica, extensão da lesão e compressão de estruturas adjacentes. Assim, lesões menores ou assintomáticas podem ser apenas acompanhadas clinicamente associadas a exames de imagem periódicos. Por outro lado, lesões maiores ou com manifestações clínicas devem ser ressecadas.

PRC-368 OSTEOMA FRONTOETMOIDAL NA SÍNDROME DE GARDNER

Christiane de Sousa Lopes, Sharon Ávila, Renato Ponte, Janaina Kopp, Nathália Dias, Gustavo Range

Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A síndrome de Gardner consiste em uma doença autossômica dominante causada por mutações do gene APC. É uma variante da polipose adenomatosa familiar. Pode cursar com outras manifestações, como osteomas, tumores desmoides, cistos sebáceos, dentes supranumerários, angiofibromas nasofaríngeos etc.

Nos casos em que há osteoma, esses são mais frequentes no sexo masculino, entre a segunda e a quarta décadas de vida e em 80% dos casos em seio frontal.

Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 18 anos, que procurou atendimento médico devido à cefaleia frontal desde junho de 2014. À tomografia computadorizada de seios paranasais evidenciou-se osteoma frontoetmoidal de 4,5 x 3,2 cm, associado a dentes supranumerários, retidos em ambos os seios maxilares. Ao exame físico havia outro osteoma em região occipital, de 2 cm, palpável. Após levantada a hipótese de síndrome de Gardner, o paciente foi encaminhado para feitura de endoscopias digestivas, sendo constatada a presença de mais de 100 pólipos adenomatosos em intestino grosso à colonoscopia e pólipos sésseis em fundo gástrico à endoscopia digestiva alta. Não houve evidências de malignidade nos resultados histopatológicos. Fechado o diagnóstico de síndrome de Gardner, está programada a feitura de colectomia total com ileorretanoanastomose pelo Serviço de Proctologia. Pelo Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, está indicada a ressecção do osteoma frontoetmoidal pela técnica osteoplástica do osso frontal a partir de incisão supraciliar.

Discussão: O objetivo deste trabalho é relatar um caso de síndrome de Gardner, em que o diagnóstico foi feito por um quadro inicial composto por osteoma frontoetmoidal e dentes supranumerários retidos nos seios maxilares.

Comentários finais: Ressaltamos, com este trabalho, a relevância de um exame físico minucioso e do uso consciente de exames complementares em um quadro de osteoma de seios paranasais, especialmente quando localizados em região frontoetmoidal, frente ao qual devemos manter um alto grau de suspeição da síndrome de Gardner.

PRC-369 OSTEOMA GIGANTE EM SEIO ETMOIDAL: RELATO DE CASO

Fabrizio Gurgel Ribeiro, Gabriela Oliveira Brandão Couto, Fernanda Cândia Bittencourt Guerra, Ana Clara Oliveira Tosta Telles, Marcus Miranda Lessa, Mariluze Maria dos Santos Sardinha, Milena Moreira Arruda

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

Introdução: Osteoma é o tumor benigno mais comum dos seios paranasais, acomete principalmente o seio frontal. Tem crescimento lento e os sintomas variam de acordo com a sua localização. Costuma ser achado de exame à tomografia, como lesão compacta e brilhosa.

Apresentação do caso: H.T.S.S., masculino, negro, 14 anos, com queixa de abaulamento em região orbitária esquerda associado à proptose ipsilateral e diplopia havia nove meses. Sem outras queixas, comorbidades ou cirurgias prévias. Tomografia computadorizada de órbitas evidenciava lesão em região frontoetmoidal anterior esquerda, com projeção intraorbitária ipsilateral que causava proptose ocular importante, porém sem restrição da mobilidade ocular. Hipótese diagnóstica de osteoma gigante em labirinto etmoidal esquerdo. Paciente submetido à ressecção de osteoma por acesso externo. Feito broqueamento até ressecção da lesão com margem cirúrgica, média 8,5cm o maior diâmetro. Feita ligadura da artéria etmoidal anterior. Paciente segue em acompanhamento clínico assintomático.

Discussão: Osteoma é a neoplasia benigna mais comum dos seios paranasais. Tumor ósseo de crescimento lento e silencioso. Os sintomas são dependentes da localização e extensão do tumor, os mais comuns são rinorreia e obstrução nasal. O pico de crescimento coincide com o desenvolvimento esquelético. É mais prevalente no sexo masculino, entre a terceira e quarta décadas de vida. À tomografia aparece como lesão óssea compacta e brilhante. O principal diagnóstico diferencial é o fibroma ossificante. Vários aspectos são avaliados para a indicação cirúrgica, sobretudo o comprometimen-

to funcional e estético. A técnica endoscópica é reservada para tumores etmoidais pequenos.

Comentários finais: A apresentação em topografia etmoidal anterior e o crescimento rápido em paciente jovem nos motivaram a relatar tal caso. É a neoplasia óssea benigna que costuma ser achado de exame e deve ser considerada como diagnóstico diferencial de obstrução nasal e rinorreia.

PRC-370 PAPILOMA INVERTIDO BILATERAL: RELATO DE CASO

Natalya de Andrade Bezerra, Fernanda Alves Guimarães, Lucas Osanan Andrade Sousa, Carolina Cavalcante Dantas, Erika Mucciolo Cabernite, Majorie Cristine Agnoletto, José Arruda Mendes Neto

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O papiloma invertido é um tumor nasossinusal raro, benigno e de agressivo caráter local. Acomete, principalmente, homens brancos e, geralmente, se apresenta com manifestações unilaterais inespecíficas, como obstrução nasal, hiposmia, epistaxe e rinorreia. Este trabalho tem por objetivo relatar o caso de paciente do sexo feminino com apresentação bilateral do papiloma invertido.

Apresentação do caso: J.A.N.F., 54 anos, feminino, com queixa de obstrução em fossa nasal esquerda e rinorreia intermitente havia um ano. Ao exame visualizou-se lesão rósea de superfície irregular que ocupava toda a fossa. Endoscopia nasal evidenciou lesão acima da concha inferior direita, de aspecto semelhante àquela encontrada em fossa contralateral, ocupava quase sua totalidade. Foi feita biópsia ambulatorial compatível com papiloma invertido, resultado confirmado em anatomopatológico das lesões ressecadas via cirurgia endoscópica. Paciente encontra-se em seguimento ambulatorial, até o momento sem sinais de recidivas.

Discussão: O papiloma invertido é assim chamado devido ao crescimento endofílico do epitélio. Esse crescimento ocorre, de maneira lenta, do epitélio superficial para o estroma do tecido adjacente. A lesão é geralmente originada na parede nasal lateral e pode acometer os seios nasossinuais. Este caso diverge dos descritos em literatura, uma vez que essa patologia atinge, principalmente, homens entre a quinta e a sexta décadas de vida, com apresentação unilateral. Estudos mostram o envolvimento do HPV em sua etiologia, assim como a exposição a substâncias tóxicas, quadros inflamatórios crônicos e atopias. O tratamento dessa entidade dá-se por ressecção cirúrgica via endoscópica associada ou não ao acesso externo. Essa patologia apresenta altos índices de recidiva e associação com carcinoma espinocelular em até 15% dos casos.

Comentários finais: O papiloma invertido é uma patologia rara que, apesar de benigna, pode apresentar comportamento agressivo. Este relato ressalta a importância do reconhecimento e da conduta adequados desses casos com apresentação incomum nos consultórios otorrinolaringológicos.

PRC-372 PERMANÊNCIA DE SPLINT NASAL DURANTE 15 ANOS: RELATO DE CASO

Jefferson Pitelli Fonseca, Mônica Sofia Padilha de Barros, Bruno Alexandre Barbosa do Nascimento, Natáscia Lumi Adati, Marcos Gerhardinger Jacob, Ricardo Miranda Lessa, Wilma Terezinha Anselmo-Lima

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: Os *splints* nasais são dispositivos cada vez mais usados na prática otorrinolaringológica, podem ser de plástico, silicone ou

filme de RX. Têm o objetivo de assegurar a estabilidade septal e prevenir complicações como sangramentos, hematomas e sinéquias no pós-cirúrgico de correção de desvio de septo nasal e/ou turbinectomia. São usados por período variado de uma semana a um mês. Relatamos o caso de um paciente que permaneceu com *spint* nasal por 15 anos após ser submetido à septoplastia para correção de desvio de septo.

Apresentação do caso: R.J., 36 anos, com queixa de obstrução nasal bilateral constante pior à esquerda, epistaxe esporádica de leve intensidade, anosmia e rinorreia amarelada e fétida. Persistiu com quadro refratário a tratamento clínico durante 14 anos, não sabia referir quais medicações foram empregadas. Em sua história progressiva, foi constatado tratamento cirúrgico para correção de desvio de septo havia 15 anos, com abandono de seguimento pós-operatório. Durante exame físico, verificou-se presença de *spint* em ambas as fossas nasais, os quais foram retirados sob visão endoscópica; foi observada mucosa nasal com intenso edema e secreção mucóide amarelada. Após, foi iniciado tratamento clínico para infecção nasossinusal.

Discussão: Buscamos os benefícios do uso do *spint* em septoplastia, assim como suas possíveis complicações e morbidades pelo tempo de uso, considerando-se que não existe descrito na literatura a permanência de *spint* nasal por um período equivalente a 15 anos.

Comentários finais: Apesar de o uso do *spint* nasal ser bastante difundido, não existe consenso em relação ao tempo em que os *spints* nasais podem ser usados sem causar dano às estruturas nasais.

PRC-373 PLASMOCITOMA NASAL: RELATO DE CASO

Marcos Antônio Melo Costa, João Paulo Lins Tenório,
Paula Medeiros Balbino, Wesley Vilela Campos,
Gleydson Lima dos Santos, André Serra Mota,
Sâmella Cavalcanti Monteiro

Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, Brasil

Introdução: A neoplasia de células plasmocitárias pode se apresentar como lesão isolada (plasmocitoma) ou múltiplas lesões (mieloma múltiplo), é caracterizada por proliferação irreversível de um clone de plasmócitos e produz imunoglobulina monoclonal. O plasmocitoma compreende 5% das neoplasias plasmocitárias e acomete mais comumente homens, na proporção de 3:1. Em 80 a 90% dos casos, o plasmocitoma extramedular é encontrado na região de cabeça e pescoço, principalmente no trato respiratório, com destaque para a submucosa da cavidade nasal e dos seios paranasais.

Apresentação do caso: J.C.C., sexo masculino, 34 anos, procedente de Maceió (AL), com queixa de obstrução nasal e episódios de epistaxe volumosa esporadicamente havia 10 meses, além de abaulamento em região nasal esquerda. Foi solicitada ressonância magnética, que evidenciou volumosa lesão expansiva em fossa nasal esquerda (4,3 x 3,1 x 2,1 cm) em contato com o septo nasal. O paciente foi submetido, então, a cirurgia endoscópica para exérese de lesão havia dois meses e histopatológico evidenciou plasmocitoma. A pesquisa de proteína de Bence Jones foi negativa e a eletroforese de proteínas plasmáticas estava dentro da normalidade. O exame imuno-histoquímico foi compatível com plasmocitoma/mieloma múltiplo com restrição de cadeia leve de imunoglobulina lambda. O paciente foi encaminhado para avaliação hematológica.

Discussão: Os sintomas clínicos comuns dessa patologia incluem tumoração ou edema local (80%), obstrução nasal (35%), epistaxe (35%), dor localizada, proptose, rinorreia e linfadenopatia regional. Quanto ao tratamento, a literatura mostra-se controversa entre radioterapia exclusiva e cirurgia isolada. O acompanhamento em longo prazo deve ser instituído, devido à possibilidade de reaparecer como mieloma múltiplo disseminado e de a evolução desse tumor ser imprevisível. Estudos recomendam que o paciente seja monitorado 28 e 36 meses após o tratamento primário. A doença

apresenta taxa de sobrevida esperada em cinco anos de 65% e sobrevida média de quatro a 10 anos.

Comentários finais: Cabe ao otorrinolaringologista identificar a lesão e encaminhar o paciente para acompanhamento hematológico conjunto para diferenciação entre a doença localizada e as displasias sanguíneas de prognóstico mais reservado, como o mieloma múltiplo.

PRC-374 PÓLIPO ANTROCOANAL CAUSANDO DISPNEIA E DISFAGIA

Adriano Sérgio Freire Meira, Yuri Ferreira Maia,
Nelson José Barboza Quintino, Christiane Kulzer Birck,
Bruno Leonardo Barbosa Machado, Thaís Eugênio Gomes,
Kallne Cavalcante Alves Carvalho

SOS Otorrino, João Pessoa, PB, Brasil

Introdução: Pólipo antrocoanal é uma lesão benigna, não atópica, que se origina no seio maxilar, atravessa seu óstio e estende-se até as coanas. É mais frequente em homens do que em mulheres e mais prevalente em crianças e adultos jovens, porém pode se apresentar em qualquer idade. A origem antral distal é mais comum, embora etmoidoanal, esfenocoanal e coanal sejam ocasionalmente observadas.

Apresentação do caso: G.O.S., 21 anos, feminino, com história de obstrução nasal em fossa nasal direita, dispneia e disfagia havia um ano. Ao exame otorrinolaringológico foi evidenciada presença de lesão branco-acinzentada obstrutiva em fossa nasal direita com extensão até a orofaringe. Feita tomografia computadorizada de seios paranasais com os seguintes achados: material com densidade de partes moles que envolvia o seio etmoidal anterior e o maxilar direito, com extensão para rinofaringe bilateralmente e orofaringe. Feita biópsia incisional de lesão, o pólipo antrocoanal foi o resultado do anatomopatológico. Posteriormente, a paciente foi submetida à cirurgia de ressecção de lesão.

Discussão: O pólipo antrocoanal se origina de uma hipertrofia da mucosa do antro do seio maxilar próximo ao óstio e desenvolve-se por meio do óstio do seio maxilar para a cavidade nasal e em direção à coana e à nasofaringe, pode estender-se até a orofaringe. Raramente tem origem em outra região, como nos seios esfenoidal e etmoidal. O pólipo aumenta de volume muito rapidamente, provavelmente devido ao retorno venoso do seu pedúnculo, que é comprimido pelo óstio. Assim, o pólipo passa a ficar cada vez mais edematoso. Manifesta-se clinicamente por uma obstrução nasal, geralmente unilateral, distúrbios do sono, cefaleia, rinorreia, respiração oral e hiposmia.

Comentários finais: O pólipo antrocoanal é uma lesão polipoide benigna que acomete principalmente crianças e adultos jovens. A tomografia computadorizada é considerada o melhor exame para essa afecção, além de auxiliar na técnica cirúrgica a ser usada.

PRC-375 RARO CASO DE RABDOMIOSSARCOMA DE SEIO FRONTAL

Ramiro Passalini Almeida, Priscilla de Souza Campos da Silva,
Leticia Azevedo Reis, Fabiana Chagas, Shiro Tomita

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O rabdomiossarcoma (RMS), subtipo originário da musculatura esquelética, é o tumor maligno de partes moles mais comum na infância, localiza-se principalmente na cabeça e no pescoço. Apresenta quadro clínico variado, deve receber terapia individualizada. É mais raro e de pior prognóstico no adulto.

Apresentação do caso: Paciente feminina, 16 anos, com quadro de abaulamento em região frontal de um mês de evolução, com quadro de IVAS prévia. Apresentou, também, cefaleia bilateral em região frontal de caráter pulsátil que se iniciou dois meses antes do apa-

recimento da lesão. Ao exame físico, se evidenciava abaulamento em região frontal pouco depressível. Endoscopia nasal evidenciou apenas desvio septal alto em fossa nasal direita. Foram feitas tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de seios paranasais, que mostraram lesão em região frontal direita e esquerda, com compressão de parênquima encefálico, invasão de tábua óssea interna e externa do seio frontal, aparentemente sem invasão intracraniana. A paciente foi submetida à biópsia incisional da massa, com acesso frontal externo em região de erosão óssea. O laudo histopatológico de peça cirúrgica, confirmado por imuno-histoquímica, revelou rabdomiossarcoma embrionário. A paciente foi, então, encaminhada para oncologia, onde faz tratamento com quimioterapia, há um mês, com regressão parcial da lesão.

Discussão: As formas histológicas do RMS, com prevalência decrescente em crianças, são embrionário, alveolar e pleomórfico. Os sinais e os sintomas do RMS dependem da localização do tumor primário. Obstrução nasal, rinorreia e otites médias recorrentes são os sintomas mais comumente apresentados; raramente o paciente apresenta abaulamento em região frontal. O tratamento deve ser escolhido individualmente para cada paciente e inclui quimioterapia, ressecção cirúrgica e radioterapia.

Comentários finais: O RMS de cabeça e pescoço frequentemente se apresenta com sintomas inespecíficos. Como consequência, um atraso no estabelecimento do correto diagnóstico e início do tratamento tende a diminuir o potencial de cura.

PRC-377 RELATO DE CASO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE GRANULOMA PIOGÊNICO

Dalila Araújo Mota, Émilly Cristina de Bulhões,
Fernando César França Araújo, Diogo Carvalho Pasin,
Victor José Timbó Gondim, Isabela Tavares Ribeiro

Universidade de Santo Amaro (UNISA), Santo Amaro, BA, Brasil

Introdução: Granuloma piogênico é uma lesão reacional caracterizada pela produção excessiva de tecido de granulação em resposta a um trauma ou estímulo irritante crônico, de crescimento polipoide e localizado, mais comum em mulheres, na segunda e terceira décadas de vida. É uma lesão relativamente incomum, afeta principalmente gengiva, língua e lábios, representa 3,81-7% das lesões de cavidade oral.

Apresentação do caso: Paciente J.C.O., feminino, 21 anos, com história de obstrução nasal unilateral à direita havia três anos, evoluiu para bilateral havia três meses, associada a rinorreia amarelada bilateral, cacosmia e hiposmia. Na oroscopia evidenciou-se lesão polipoide em região posterior à úvula. Restante do exame físico sem alterações. Feita nasofibrolaringoscopia, que evidenciou lesão cística avermelhada, de superfície lisa em linha média, na transição de rinofaringe com orofaringe, foi interrogado cisto de Tornwaldt. Solicitada TC, que evidenciou imagem polipoide de 13 x 10 mm na transição de rinofaringe com orofaringe, pediculado, com inserção em parede lateral esquerda. Feita cirurgia endoscópica, com exérese completa da lesão; o material foi enviado ao anatomopatológico. Em consulta de retorno, apresentava-se assintomática com resultado de anatomopatológico, demonstrava granuloma piogênico.

Discussão: Termo piogênico é errôneo, já que não há produção de exsudato purulento, há apenas inflamação granulomatosa. Na maioria dos casos as lesões são avermelhadas, pediculadas ou sésseis, comumente de superfície ulcerada. Entre os diagnósticos diferenciais incluem-se granuloma de células gigantes, fibroma ossificante, hemangioma, sarcoma de Kaposi e tumores metastáticos. O tratamento indicado é a excisão cirúrgica associada à eliminação dos fatores etiológicos; a criocirurgia e a terapia com laser são tratamentos opcionais.

Comentários finais: É importante considerar localizações atípicas das lesões da cavidade oral para definir o diagnóstico correto e o

tratamento apropriado ao paciente. A excisão cirúrgica com avaliação anatomopatológica é o melhor método diagnóstico e terapêutico para o granuloma piogênico.

PRC-378 RELATO DE CASO: GRANULOMA LETAL DE LINHA MÉDIA

Bianca Henriques Corrêa, Emanuelle Pereira Gomes Guimarães,
Guilherme Guimarães Silveira, Ana Paula Marques,
Leandro Renato Gusmão Duarte, Paulo Henrique Pimenta de Carvalho

Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil

Introdução: O granuloma letal da linha média (GGLM) corresponde a um grupo de doenças raras, caracterizadas por processo destrutivo de partes moles que envolve estruturas do trato respiratório superior.

Apresentação do caso: Paciente A.C.S., 47 anos, masculino, com relato de quadro de miase nasal havia um ano, evoluiu com quadro de massa em cavidade nasal, com crostas aderidas, destruição de septo nasal, secreção purulenta e odor fétido, foi tratada como rinite ozenosa. Retornou ao serviço um mês depois da internação anterior, apresentava necrose e perfuração de asa nasal direita e massa em linha média de palato duro. Feita tomografia de face, que evidenciou espessamento mucoso do revestimento dos seios maxilares, frontal e esfenoidal esquerdo, velamento do seio frontal e esfenoidal direito, sinais de erosão do septo nasal, notadamente em sua porção anterior. Com a suspeita de GLLM, foi feita biópsia de lesão em palato duro, que evidenciou material necrótico fibrinopurulento, fragmentos de mucosa malpighiana ulcerada, recoberta por exsudato neutrofilico, com acantose e infiltrado linfo-histiocitário que continha linfócitos hiper cromáticos algo atípicos. Aguarda-se o resultado da imuno-histoquímica para melhor definição etiológica.

Discussão: O GLLM é um diagnóstico raro, que descreve a expressão clínica de várias patologias que evoluem com ulcerações e erosões lentamente progressivas da linha média da face, com destruição de tecidos moles, cartilagens e ossos. Os sintomas geralmente são insidiosos, com tempo médio de evolução de três a 20 meses. É frequente o surgimento de infecção secundária. Normalmente, apresenta boa resposta ao tratamento com radioterapia e quimioterapia.

Comentários finais: Embora seja uma entidade rara, deve-se sempre considerar o GLLM, pois a rápida instituição do tratamento adequado pode impedir o surgimento de lesões destrutivas na face.

PRC-379 RELATO DE CASO: LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFÉRICAS DE PELE NASAL

Jacqueline de Mattos Coelho, Carolina Affonso Solano,
Flávia Varela Capone, Danielle de Araújo Torres,
Carla Abranches Duarte Machado, Débora Angélica Lopes Reis,
Amanda Oliveira Benevides

Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Os linfomas cutâneos de células T-NK podem ser divididos em baixo e alto grau; os linfomas de células T periféricas pertencem ao segundo grupo. Se não tratados, geram uma sobrevida bastante reservada.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 52 anos, apresentava rinorreia purulenta havia seis meses, foi tratada como sinusite bacteriana com antibioticoterapia, sem sucesso. Apresentou lesão eritematoinfiltrativa em região caudal do septo nasal, além de lesões ulceradas em palato duro e em sulco nasolabial, que formavam fístula com o assoalho nasal. Sorologia para HIV positiva. Fez-se biópsia incisional da lesão do septo nasal, sob anestesia local, e enviamos a peça para o histopatológico, cujo resultado foi de necrose e infiltrado inflamatório misto. Fez-se o estudo imu-

no-histoquímico, que demonstrou linfoma de células *T* periféricas que comprometia a pele nasal, com alto índice de mitose. Encaminhamos a paciente para a hematologia, que iniciou tratamento quimioterápico imediato.

Discussão: Os linfomas cutâneos de células T-NK com acometimento nasossinusal são raros, mais encontrados na região mediofacial. O trato gastrointestinal é o sítio extranodal mais comum, seguido da região de cabeça e pescoço. O linfoma não Hodgkin costuma acometer adultos entre 40 e 80 anos, principalmente se há infecção pelo HIV. É comum a manifestação da doença com sintomas compatíveis com doenças inflamatórias, infecciosas ou mesmo granulomatosas. É importante a suspeição clínica pela alta agressividade dessa patologia. O tratamento baseia-se em radioterapia e/ou quimioterapia, a depender do estágio da doença, e não apresenta uma resposta muito efetiva à terapêutica, com baixa sobrevida em poucos anos.

Comentários finais: O linfoma de células *T* periféricas é uma entidade de alto grau de malignidade, necessita de tratamento imediato. É um assunto de interesse ao otorrinolaringologista, uma vez que podemos ser os primeiros a nos deparar com esses pacientes e não podemos falhar ao diagnosticá-los.

PRC-380 RELATO DE CASO: MIÍASE FURUNCULOIDE DE VESTÍBULO NASAL

Larissa Borges Richter Boaventura, Guilherme Rocha Netto, Luiz Eduardo Flório Júnior, Mariana Lombardi Guidi, Maria Clara Olívia Albano, Vinícius de Faria Gignon, José Jarjura Jorge Júnior

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Barueri, SP, Brasil

Introdução: Míase é uma infestação oportunista causadas por larvas de mosca; a larva única denomina-se míase furunculoide ou berne. É causada pela deposição dos ovos da fêmea do mosquito *Dermatobia hominis*. O diagnóstico é clínico e seu tratamento ocorre pela remoção mecânica da larva.

Apresentação do caso: A.R.L.P.S., cinco anos, sexo feminino, parda. Abaulamento em dorso nasal havia 20 dias iniciado após trauma nasal. Fora tratada com amoxicilina (sete dias) e posteriormente com cefalexina (10 dias) e cetoprofeno sem qualquer melhora. Negou febre, drenagem purulenta ou dor local. Ao exame observou-se tumoração hiperemiada com pele íntegra, endurecida em dorso nasal à direita, fixa, indolor à palpação, sem calor local. Feita rinoscopia armada em que se observou abaulamento discreto de teto de fossa nasal direita. Aventada a hipótese de um processo inflamatório como celulite, abscesso ou complicações de afecções dos seios paranasais. Foram solicitados exames laboratoriais que não apresentaram leucocitose, porém se chamou a atenção para uma eosinofilia (794/8%). Foi feita uma inspeção minuciosa e observou-se pequena quantidade de muco e um pequeno orifício em região interna e superior do vestibulo nasal direito de difícil visualização; diagnosticou-se assim o berne. O tratamento adequado foi feito, com a remoção mecânica da larva e a obstrução do orifício com xilocaína gel e botão anestésico, além de ivermectina.

Discussão: Um bom exame físico é essencial para o diagnóstico da míase furunculoide, já que muitas vezes a história clínica pode gerar hipóteses diagnóstica diversas. Exames complementares são dispensáveis, mas no caso relatado foram úteis, pois chamaram a atenção para um provável parasitismo; foi então revisado o exame físico e fechado o diagnóstico.

Comentários finais: O cirurgião deve estar atento aos diagnósticos diferenciais, fazer uma anamnese e exame físico minuciosos para evitar erros diagnósticos.

PRC-381 RELATO DE CASO: PÓLIPO NASAL GIGANTE SIMULANDO ANGIOFIBROMA JUVENIL

Valéria Barcelos Daher, Alda Linhares de Freitas Borges, Claudiney Cândido Costa, Hugo Válder Lisboa Ramos, André Valadares Siqueira, Marina Neves Rebouças, Edson Júnior de Melo Fernandes

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: O angiofibroma juvenil é uma doença rara e benigna, que acomete quase exclusivamente pacientes jovens do sexo masculino. A etiologia permanece desconhecida e o quadro clínico característico é de um adolescente com obstrução nasal unilateral e epistaxe recorrente. O tumor tem origem no forame esfenopalatino, crescimento lento e é altamente vascularizado, principalmente por nutrição da artéria maxilar interna. Macroscopicamente, apresenta-se como uma massa polipoide não encapsulada e localmente agressiva. Em exames de imagens, aparece como lesão expansiva na parede posterior da cavidade nasal, alarga o forame esfenopalatino em 88 a 90% dos casos. Na angiografia apresenta *blush* capilar com vaso nutriente de ramos de artéria carótida externa. A remoção cirúrgica é o tratamento de escolha.

Apresentação do caso: Paciente jovem, sexo masculino, com história de obstrução nasal à esquerda e epistaxe de repetição havia cinco anos. A rinoscopia anterior apresentava lesão de aspecto polipoide e friável em vestibulo nasal à esquerda. Foram feitas biópsia incisional e tomografia computadorizada de seios da face. A conduta foi excisão cirúrgica. A análise histopatológica da peça cirúrgica foi consistente com póliipo nasal inflamatório.

Discussão: A epidemiologia, a clínica e a história natural da doença remetem ao angiofibroma juvenil. Apesar de a biópsia incisional apresentar hipótese diagnóstica de angiofibroma juvenil, a tomografia não evidenciou alargamento do forame esfenopalatino e o diagnóstico histopatológico da peça cirúrgica foi discordante da biópsia.

Comentários finais: O diagnóstico de angiofibroma juvenil é clínico, porém o diagnóstico de certeza é feito apenas com anatomopatológico.

PRC-382 REMOÇÃO ENDOSCÓPICA NASAL DE CORPO ESTRANHO SINUSAL E ORBITÁRIO PÓS-TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO

Raphael Oliveira Correia, Jones Aguiar de Azevedo, Avner Marcos Alves Batista, Marcelo Leite Machado da Silveira, Maykel Sullyvan Marinho de Souza, Eduardo Costa Studart, André Alencar Araripe Nunes

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Corpos estranhos são diagnósticos diferenciais importantes em otorrinolaringologia. O acometimento específico dos seios paranasais e órbita é raro, ocorre geralmente por acidentes ou iatrogenia. Costumam ter diagnóstico tardio, pois o paciente pode esquecer o trauma inicial ou o corpo estranho não ser evidenciado nos exames de imagem.

Apresentação do caso: Homem, 38 anos, relata acidente em ambiente de serraria, com pequena laceração na pele infraorbitária esquerda havia sete meses. Tratou esse ferimento com limpeza e sutura, evoluiu com cefaleia, febre e supuração local. Fez avaliação em serviço de cirurgia buco-maxilo-facial, identificaram-se fratura maxilar e corpo estranho em órbita esquerda. Submeteu-se à cirurgia para redução dessa fratura e remoção do corpo estranho por via externa, apresentou no seguimento sinais de infecção da ferida. Posterior avaliação por tomografia evidenciou persistência de corpo estranho em ápice orbitário e etmoide posterior esquerdos e em esferoide bilateral. Fez procedimento no serviço de otorrinolaringologia para remoção do material residual que consistiu

em etmoidectomia anteroposterior esquerda e esfenoidotomia bilateral para completa exposição da lâmina papirácea. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório imediato.

Discussão: A presença do corpo estranho sinusal, associado ou não ao acometimento orbitário, apresenta quadro clínico de rinossinusite crônica, caracteristicamente unilateral. A cirurgia endoscópica dos seios paranasais para acesso à órbita tem indicação precisa em algumas patologias e, neste caso, foi usada por permitir acesso aos variados sítios que continham o corpo estranho com o mínimo de morbidade e sem incisões externas.

Comentários finais: Os corpos estranhos sinusais devem ser lembrados no diagnóstico diferencial em quadros de rinossinusite crônica. O acesso endoscópico nasal à lâmina papirácea apresenta uma opção em casos selecionados de acometimento sinusal e orbitário.

PRC-383 RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE UM ESTESIONEUROBLASTOMA - RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Fernando Andreiuolo Rodrigues, Cristiane Pimentel do Nascimento, Cristina Moreira do Nascimento, Anna Karina Herief Gomes, Marcela Parma, Nathália Manhães Távora

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O estesioneuroblastoma é um tumor maligno originado das células do neuroepitélio olfatório, localizado no teto da cavidade nasal. É um tumor raro, potencialmente curável. Para esses tumores, é cada vez mais usada a técnica de ressecção endonasal.

Apresentação do caso: Homem, de 54 anos, com queixa de obstrução nasal à direita, com início dois meses antes da primeira consulta. Na rinoscopia, foi visualizada lesão heterogênea, que impedia a progressão da óptica e abaulava o septo contralateralmente. Foi feita biópsia da lesão em 01/04/15 e o material foi enviado para histopatológico. O diagnóstico de estesioneuroblastoma foi feito com imuno-histoquímica. O paciente foi submetido à nova abordagem cirúrgica endoscópica em 19/08/15, após discussão do caso com a neurocirurgia. Ressecada, via endonasal endoscópica, a lâmina papirácea, com preservação da periórbita; removida a fôvea etmoidal e a lâmina crívosa, preservaram-se o plano esfenoidal posteriormente e a parede posterior do seio frontal anteriormente, foram sido poupados a meninge e o bulbo olfatório, que estavam saudáveis. Essas estruturas foram cobertas por um retalho septal, do tipo Hadad-Bassagasteguy, recoberto com Gelfoam. O tumor era classificado como tipo C de Kadish ou T2N0 de Dulguerov, devido à invasão da lâmina cribriforme. Paciente foi encaminhado à radioterapia no pós-operatório.

Discussão: O tratamento cirúrgico habitual do estesioneuroblastoma é o acesso frontal externo combinado com o acesso endoscópico. O acesso endoscópico exclusivo ganha cada vez mais espaço devido à menor taxa de complicações, ao menor tempo cirúrgico e à praticidade da técnica. O padrão-ouro para o tratamento é associar a cirurgia à radioterapia ou à quimioterapia.

Comentários finais: Os resultados, em longo prazo, descritos na literatura para cirurgias endoscópicas exclusivas, associadas a radio ou quimioterapias, são semelhantes ao tratamento convencional, dão cada vez mais força a essa nova modalidade, que apresenta menores morbidade e custo.

PRC-385 RINOSSINUSITE DE REPETIÇÃO APÓS DESCOMPRESSÃO ORBITÁRIA

Tássia Fernanda Macedo Micheli, Juliana Wolp Diniz, Thais Monteiro Silva, Samuel Alencar de Brito, Irene Noélia Nascimento Lisboa, Danilo Ferreira da Cruz, Maralisa Ribeiro Vieira

Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A rinossinusite é uma inflamação da mucosa do nariz e dos seios paranasais. Considerada uma das afecções mais prevalentes das vias aéreas superiores, pode gerar complicações orbitárias, intracranianas ou ósseas. Por sua alta prevalência e pelo elevado custo financeiro para a sociedade, são de extrema importância seu reconhecimento e seu tratamento adequado.

Apresentação do caso: S.M.M., sexo feminino, branca, 50 anos, relatou sudorese intensa, tremor, insônia, perda ponderal e agitação psicomotora havia 25 anos, acompanhados de assimetria na abertura ocular e exoftalmia à direita, foi diagnosticada como doença de Graves. Foi iniciado tratamento medicamentoso, durante anos, sem êxito na regressão do quadro ocular, evoluiu com ceratite à direita, foi indicada descompressão de órbita. Em 2007, no pós-cirúrgico, apresentou equimose na região palpebral do olho direito, acompanhada de edema. Na TC feita após três anos, apresentou laudo sugestivo de mucocele de seio frontal direito, foi feita remoção cirúrgica da patologia, durante o procedimento foi retirada a lâmina papirácea. Desde então, a paciente apresenta rinossinusite de repetição.

Discussão: A lâmina papirácea, estrutura delgada, forma a parede lateral do seio etmoidal, e a medial da órbita torna essa última vulnerável aos processos expansivos. Dentre as afecções que acometem essa região existe a mucocele, um pseudotumor que aparece preferencialmente na região frontotemporal. Acredita-se que seja ocasionada em pacientes com processos crônicos de rinossinusite. Sintomas orbitais são relativamente comuns em pacientes com mucocele, devido à expansão da lesão. O seu diagnóstico é feito por meio de exames de imagem e o tratamento é cirúrgico.

Comentários finais: As mucocelas são lesões císticas, benignas, de crescimento lento, podem expandir e ocasionar sérias complicações em nível orbitário e intracraniano. Por essa razão, devem ser diagnosticadas e tratadas precocemente.

PRC-386 RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA POR USO CRÔNICO NÃO CONTROLADO DE GLICOCORTICÓIDES: UM RELATO DE CASO

Jady Wroblewski Xavier, Ricardo Brandão Kliemann, Fábio André Selaimen, Marcel Machado Valério, Camila Degen Meotti, Raphaella de Oliveira Migliavacca, Otávio Bejzman Piltcher

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Rinossinusite fúngica invasiva (RSFI) está relacionada ao imunocomprometimento, tem curso de dias a semanas e envolve infarto do tecido adjacente. Apresenta prevalência crescente, com mortalidade entre 50 a 80% dos acometidos.

Apresentação do caso: J.C.W., masculino, 41 anos, admitido na emergência de hospital universitário do sul do Brasil por dor e edema periorbitário bilateral havia cinco dias, evoluiu para letargia e foi levado para Unidade de Terapia Intensiva. Ao exame físico, fâcies cushingoide, paresia da musculatura extrínseca ocular bilateral e estrias violáceas em abdome. Tabagista em abstinência, hipertenso, diabético. Uso crônico de prednisona 60mg/dia por gota, sem acompanhamento médico. Ressonância magnética de encéfalo evidenciou cerebrite em lobos frontais como possível complicação de sinusopatia. Rinoscopia com óptica visualizou lesões necróticas e escurecidas em septo, cornetos inferiores, médios e teto da cavidade nasal. Coletado material para análise, iniciada empiricamente anfotericina B e antibioticoterapia. Após cultura, demonstrou-se *Rhizopus sp.* Pela extensa invasão de sistema nervoso central (SNC), sem possibilidade de cirurgia endoscópica nasossinusal, evoluiu para insuficiência renal, instabilidade hemodinâmica e óbito após oito dias.

Discussão: Os sintomas são semelhantes às demais rinossinusites: obstrução nasal, rinorreia, dor facial, distúrbios olfatórios e cefaleia. A presença de fatores de risco, como *diabetes mellitus* e uso crônico de glicocorticóides, deve alertar o examinador. Deficiência

visual, crise convulsiva e alterações do sensório são preditores de invasão do SNC. Infecções fulminantes envolvem necrose por infarto dos tecidos, geralmente causadas por fungos da ordem *Mucorales*, 70% pela *Rhizopus sp.*

Comentários finais: A RSFI configura uma emergência otorrinolaringológica pela sua rápida evolução, a remoção cirúrgica é obrigatória. Neste caso, o extenso acometimento do SNC contraindicou o procedimento. Reversão da imunossupressão, assim como terapia medicamentosa empírica, deve ser instituída. A alta letalidade da doença deve-se ao perfil dos pacientes acometidos. Reforça-se a importância dos cuidados com o uso abusivo de glicocorticoides.

PRC-387 RINOSSINUSITE FÚNGICA ALÉRGICA - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES NASAIS

Roberto Eustáquio Guimarães, Carolina da Fonseca Barbosa, Jéssica Maia Couto, Ana Lívia Barros Rocha, Henrique Ribeiro Mansur Barbosa, Greiciane Parreiras Lage, Flávio Barbosa Nunes

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: A rinossinusite fúngica alérgica (RSFA) é conhecida desde 1981; é a principal causa de sinusite fúngica. Porém é subdiagnosticada, devido ao pouco conhecimento entre os profissionais da área. É mais comum em adultos jovens, tem incidência de 5% entre os portadores de rinossinusite crônica (RSC), sem preferência entre gêneros, com leve predomínio no sexo masculino entre crianças e adolescentes. A atopia é fator essencial para o seu desenvolvimento.

Apresentação do caso: Masculino, nove anos, apresentou quadro de rinorreia hialina, obstrução nasal à direita associada a proptose ocular e lacrimajamento ipsilateral, com acuidade visual normal. Evolução de três meses. História progressiva de rinite alérgica não tratada. Rinoscopia anterior evidenciava massa em fossa nasal direita (FND), secreção mucopurulenta abundante e desvio de septo nasal para esquerda. Feita tomografia, que mostrou tumoração em FND e seio maxilar direito, com sinais de hiperdensidade, sem sinais de destruição óssea. Biópsia compatível com pólipos nasais eosinofílicos. Feita abordagem endoscópica nasal com ressecção total da lesão e enviado material para cultura e histopatológico.

Discussão: A RSFA caracteriza-se por história de RSC, atopia, polipose nasal e deformidade facial progressiva. Há hipersensibilidade ao fungo sem invasão de mucosa; alterações anatômicas são resultantes do crescimento da massa fúngica. Tomograficamente mostra lesão expansiva, não invasiva, hiperdensidade central, envolvimento assimétrico de vários seios e erosões ósseas em 20% dos casos. O estudo do muco evidencia eosinofilia e as culturas e colorações são positivas para fungos. O uso de antifúngicos sistêmicos não é suficiente e requer terapêutica cirúrgica associada, com o objetivo de confirmar o diagnóstico por meio da coleta de material, desbridar tecido desvitalizado e promover drenagem e ventilação dos seios.

Comentários finais: A RSFA deve ser lembrada nos pacientes atópicos portadores de RSC, principalmente quando associada a deformidade em face e alterações radiológicas extensas sem sinais invasivos. Proporcionam-se, assim, diagnóstico e tratamento precoces.

PRC-388 RINOSSINUSITE CRÔNICA AGUDIZADA COMPLEXADA COM EMPIEMA SUBDURAL EXTENSO - ESTUDO DE CASO

Mariana Zago de Moraes, Fabrício Scapini, Guilherme Adam Fraga, Aloma Jacobi Dalla Lana, Aline Fernanda da Silva Nascimento, Débora Gama de Barros, Henrique Montagner

Serviço de Otorrinolaringologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução: O empiema subdural consequente à rinossinusite aguda e crônica é uma complicação intracraniana incomum e de alta mortalidade. Apresenta-se como coleção purulenta localizada entre a dura-máter e aracnoide, geralmente causada por microrganismos anaeróbios e gram negativos.

Apresentação do caso: J.I.S., 56 anos, feminina, admitida no Hospital Universitário de Santa Maria com cefaleia frontal de forte intensidade, iniciada havia 30 dias, associada a rinorreia purulenta. Inicialmente teve edema periorbitário esquerdo, quando fora iniciada azitromicina, indicada no pronto-atendimento. Evoluiu com certa melhora parcial da celulite periorbitária, porém com pioria da cefaleia. Na internação apresentava-se sonolenta, afebril, afásica, hemiplégica à direita e com rigidez de nuca espástica, evoluiu com crise convulsiva tônico-clônica generalizada, foi necessária intubação orotraqueal. As tomografias computadorizadas (TC) de crânio e de seios paranasais evidenciaram empiema subdural extenso e velamento de seios maxilar esquerdo, etmoidal e esfenoidal. Iniciou-se tratamento com oxacilina, metronidazol e corticoterapia. No primeiro tempo foi feita craniotomia para drenagem do empiema, e posteriormente foi feita a cirurgia endoscópica endonasal, com sinusotomia frontoetmoidal esquerda. A paciente evoluiu bem, sem sequelas.

Discussão: As complicações intracranianas afetam 0,5 a 24% dos pacientes com rinossinusites e podem ocorrer por tromboflebite retrógrada, por meio de veias diploicas ou comunicantes, ou extensão direta, por meio de deiscências congênitas ou traumáticas, erosão de parede sinusal e de forames existentes. Dentre as complicações possíveis, o empiema subdural é a mais comum, embora a grande extensão do presente caso chame a atenção. O diagnóstico é baseado na suspeita clínica e nos exames de imagem. A terapêutica é baseada em antibioticoterapia de amplo espectro e tratamento cirúrgico.

Comentários finais: O empiema subdural é uma complicação infrequente de rinossinusites, com alta mortalidade. Embora não sejam evitáveis, seu reconhecimento e tratamento precoces diminuem sensivelmente a morbimortalidade.

PRC-389 ROSAI-DORFMAN NASAL: QUANDO O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NÃO É EFETIVO

Mônica Machado Baptista, Fabiana Chagas da Cruz, Luzia Abrão El Hadj, Priscila Novaes Ferraiolo, Shiro Tomita

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A doença de Rosai-Dorfman, ou histiocitose sinusal com linfadenopatia massiva, é uma patologia rara, de etiologia idiopática e curso benigno. O acometimento extranodal ocorre em menos da metade dos casos. O presente estudo visa a relatar um caso de doença de Rosai-Dorfman com envolvimento nasossinusal e discutir seu diagnóstico e tratamento.

Apresentação do caso: Paciente jovem, sexo masculino, com linfadenopatia generalizada desde os oito anos e exame histopatológico de linfonodo compatível com Rosai-Dorfman. Tratado com corticoide sistêmico e imunossuppressores, sem remissão da doença. Evoluiu com lacrimajamento e turvação visual à esquerda e, posteriormente, obstrução nasal significativa e episódios de epistaxe, ainda em vigência do tratamento medicamentoso. Tratado com lavagem nasal e corticoide tópico nasal por três meses e submetido à cirurgia endoscópica nasal com remoção de massa extensa em região nasossinusal, com auxílio de microdebridador. O exame histopatológico confirmou a doença de Rosai-Dorfman nasossinusal. No pós-operatório, foi mantido tratamento tópico nasal; houve alívio completo dos sintomas nasais e de lacrimajamento e ausência de sinais de recidiva à endoscopia nasal já no sexto mês de pós-operatório.

Discussão: O paciente apresentava quadro clínico típico de Rosai-Dorfman, com localização extranodal da doença em vias aéreas superiores. Embora a doença possa ser autolimitada ou responsiva

à terapia medicamentosa, o paciente em questão já apresentava doença nasossinusal extensa e refratária quando avaliado pelo Serviço de Otorrinolaringologia. A cirurgia endoscópica nasossinusal permitiu excisão completa da massa e, assim, alívio dos sintomas nasais e também oculares. No sexto mês de seguimento pós-operatório não há sinais de recidiva, mas é necessário acompanhamento em longo prazo.

Comentários finais: A doença de Rosai-Dorfman pode apresentar acometimento nasossinusal como sítio extranodal associada à linfadenopatia cervical característica. Caso o controle medicamentoso não seja eficaz, a cirurgia endoscópica nasal pode ser um modo efetivo de tratamento, ao menos em curto prazo.

PRC-390 SARCOIDOSE NASAL COM MANIFESTAÇÃO DERMATOLÓGICA

Vinicius Campos Coelho, Lygia Alves Mancini, Leonella Milli Lavagnoli, Monalice Ferreira Campos, Lucas de Abreu Lima Thomé da Silva, Marcelo Rosandiski Lyra, Ana Cristina da Costa Martins

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil /SEPTO

Introdução: Sarcoidose é uma doença autoimune, de etiologia desconhecida, em que ocorre inflamação de tecidos.

Apresentação do caso: C.V.S.S., 41 anos, feminino, havia um ano com lesões maculonodulares em membros inferiores com eventuais ulcerações. Início recente de asma brônquica, tosse, sudorese noturna e emagrecimento de 20 kg. Negou febre. RX do tórax: padrão reticulonodular peri-hilares em bases. PPD não reator, BAAR negativo no escarro, VHS 130 mm3/h. Biópsia de pele: processo inflamatório crônico granulomatoso distribuído "em focos" ou "agregados" dissociados por tecido dérmico que exibia esclerose e/ou alteração fibrinoide que acometia toda a espessura da derme até a junção dermo-hipodérmica; alguns granulomas situados ao redor de vasos com eventual necrose e/ou trombos na luz dessas estruturas, Wade e PAS sem novos dados.

Conclusão: Vasculite granulomatosa (padrão de reação). Avaliação otorrinolaringológica: lesões maculonodulares em região septal e biópsia de mucosa confirmaram processo inflamatório crônico granulomatoso com fibrose. Nova biópsia de pele com técnicas de Wade, Grocott e PAS sem microrganismos; os granulomas foram classificados como "sarcoides". Iniciou-se tratamento com corticoide e encaminhamento para reumatologia e pneumologia. **Discussão:** Sarcoidose é uma doença inflamatória multissistêmica crônica, autoimune, caracterizada pelo acúmulo de linfócitos T auxiliares e fagócitos mononucleares que formam granulomas não caseosos e causam desordem tecidual nos órgãos acometidos. Os locais mais afetados são pulmões e linfonodos intratorácicos. A forma extratorácica ocorre em apenas 10% dos doentes e acomete principalmente olhos, pele e mucosa nasal. No nariz a principal manifestação é obstrução nasal. No rastreio é importante o RX de tórax e a biópsia do tecido acometido. O tratamento consiste em monitoração da atividade da doença e uso de corticoides orais.

Comentários finais: A equipe multidisciplinar e a biópsia são imprescindíveis para o correto diagnóstico mediante um quadro de acometimento nasal e pulmonar, já que outras doenças, como síndrome de Churg Strauss, podem ter sintomatologia semelhante.

PRC-391 SARCOMA DE EWING EM SEIOS PARANASAIS

Carolina de Castro Santos Rodrigues, Mateus Silva Marobin

Hospital da Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil

Introdução: Sarcoma de Ewing em face ocorre aproximadamente em 1-2% dos casos, a maioria está localizada na mandíbula ou maxila e muito raramente em seios paranasais. Apesar de a localização

mais comum ser no osso, esse tumor pode ter uma apresentação em tecidos moles, quando é denominado extraósseo.

Apresentação do caso: J.L.S., seis anos, sexo masculino, branco, apresentava história de obstrução nasal havia dois meses, com piora do quadro nos últimos sete dias, evoluiu com epistaxes recorrentes, projeção do globo ocular à esquerda e diplopia do mesmo lado. O exame físico otorrinolaringológico, que compreendeu oroscopia e otoscopia, encontrava-se normal. A rinoscopia anterior apresentava estreitamento de 90% de fossa nasal esquerda. Observava-se uma discreta assimetria facial, com projeção do globo ocular esquerdo, indolor à palpação. Na nasofibroscopia observou-se desvio septal para a direita, com projeção do corneto inferior e médio contra a parede septal que obstruía 90% da fossa nasal esquerda e impedia a progressão do fibroscópio. A fossa nasal direita, a rinofaringe e a laringe encontravam-se sem alterações. Na tomografia computadorizada de seios paranasais visualizou-se formação expansiva com componentes de partes moles no plano etmoidal, determinava lise óssea local com invasão orbitária, de fossa nasal e de lóbulo frontal à esquerda. O paciente foi submetido à biópsia incisional da massa nasal. O estudo histológico e o perfil imuno-histoquímico foram compatíveis com sarcoma de Ewing. O mielograma apresentou-se normal, assim como a tomografia computadorizada de tórax e abdome. O paciente foi submetido à quimioterapia; não foi possível a retirada cirúrgica devido à invasão cerebral.

Discussão: O presente caso não demonstra evidências de origem óssea do tumor, permitindo a conclusão de que a diferenciação de células mesenquimais em tecidos moles nessa região é uma possibilidade.

Comentários finais: O sarcoma de Ewing é uma doença potencialmente curável mesmo localizada na cabeça e no pescoço. Assim, a excisão cirúrgica, combinada com quimioterapia e radioterapia, apresenta bons resultados.

PRC-392 SARCOMA DE KAPOSI COM LESÃO NASAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL

Julie Louise Miranda Sanz, Thiago Almeida Reis, Guilherme Novaes Coimbra, Tatiana Roriz Lopes, Thiago Botelho Affonso, Fabiana Rocha Ferraz, Lillian Meissner Correia

Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Sarcoma de Kaposi (KS) é uma neoplasia vascular maligna em tecido cutâneo e linfático, uma complicação da Aids com contagens de CD4 inferiores a 50 células/mm³. As lesões são tipicamente máculas vermelhas na mucosa bucal. Lesões cutâneas podem acometer tronco e extremidades. Tem sido fortemente associado com herpes humano tipo 8 (HHV8), de provável transmissão oral. O diagnóstico é histopatológico. Na era da terapia antirretroviral (TARV), a restauração imune pode diminuir ou eliminar as lesões.

Apresentação do caso: R.F.G., masculino, 37 anos, pedreiro, pardo, divorciado, com queixa de obstrução nasal por lesão em rinofaringe, obstrutiva, iniciada havia 15 dias. Relatava rinorreia mucosanguinolenta associada e dispneia aos médios esforços. Paciente negava doenças crônicas ou sintomas gerais. Ao exame, lesão de aspecto granulomatoso acometia rinofaringe e palato mole. Palpação cervical e exame otológico sem alterações. Paciente também apresentava lesões em membros inferiores com aspecto de vasculite. Na genitália, apresentava pápulas violáceas em glândula peniana também visualizadas na videolaringoscopia, acometiam prega vocal direita, além de lesões vegetantes em base de língua e epiglote. Tomografia de cavidades paranasais com velamento pansinusal. Internado para investigação, paciente fez teste rápido anti-HIV positivo, confirmado posteriormente com ELISA 1 e 2 e *Western blot*. Demais sorologias negativas. A biópsia da lesão foi feita com retirada de fragmentos de rino e orofaringe com pinça saca-bocados. Teve suspeita de KS confirmada por imuno-histoquímica feita no Inca, positiva para HHV8. Paciente evoluiu com piora da dispneia e após pneumotórax espontâneo necessitou de drena-

gem torácica em selo d'gua e traqueostomia. Sua dosagem de CD4 era de 8 células/mm³, foi então iniciado a TARV. Recebeu alta com melhoria clínica das lesões.

Comentários: Buscamos sensibilizar o otorrinolaringologista quanto à manifestação de uma doença sistêmica por imunodepressão grave que teve como sintoma inicial uma queixa otorrinolaringológica e possibilitou o diagnóstico desse paciente.

PRC-393 SARCOMA NASOSSINUSAL: RELATO DE CASO

Francisco Davi Alves Vasconcelos, Larissa Rolim Freitas, Andressa Rolim Freitas, Janaina Gonçalves da Silva Leite, Yuri Rodrigues Rocha, Leonardo Medeiros Pereira Carneiro, Bruno Alves Teixeira

Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Sarcomas são tumores malignos raros que têm origem em células-tronco mesenquimais e correspondem a 5% das neoplasias nasossinusais e 1% das neoplasias malignas do adulto. A gravidade da doença pode ser disfarçada por sintomas inflamatórios crônicos, tais como obstrução nasal, anosmia, rinorreia e epistaxe. O tamanho da lesão no momento do diagnóstico é preponderante na definição da sua evolução.

Apresentação do caso: Paciente de 43 anos, sexo feminino, com história de obstrução nasal unilateral à esquerda havia oito anos, evoluiu nos últimos dois com pioria progressiva do quadro, passou a apresentar rinorreia fétida, alargamento de pirâmide nasal, edema em região maxilar e assimetria facial ipsilaterais. Exames de imagem evidenciaram volumosa lesão de aspecto vegetante e destrutivo (osteolítico) que distorcia a cavidade maxilar esquerda, estendia-se para a cavidade nasal ipsilateral, determinava efeito compressivo e alargamento da unidade ostiomeatal correspondente, com comprometimento do assoalho da órbita.

Discussão: Fez-se biópsia incisional da lesão, cuja análise histopatológica evidenciou proliferação de células fusiformes, foi confirmado o diagnóstico de sarcoma por meio do estudo imuno-histoquímico. Foi então submetida à ressecção transfacial do tumor, por meio da feitura de maxilectomia e etmoidectomia, seguida de reconstrução da parede da órbita.

Comentários finais: Sarcomas do nariz e dos seios paranasais são neoplasias raras, caracterizadas pela agressividade e pelo risco elevado de metástases. Representam um desafio para o tratamento do câncer multimodal, pois têm evolução desfavorável, alta frequência de recorrência local, especialmente disseminação metastática e morte. O fator prognóstico mais importante é a ressecção cirúrgica ampla com margens livres; a quimioterapia e radioterapia são associadas como adjuvância.

PRC-394 SCHWANNOMA DE NASOFARINGE

Sharon Maria Soares de Lima Ávila, Gustavo Guimarães Rangel, Diogo Lacerda Pereira de Medeiros, Renato Ponte Portela Aguiar, Christiane de Sousa Lopes, Janaina Kopp, Nathália Tessarolo Dias

Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HFSE-RJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Os schwannomas são neoplasias provenientes de nervos periféricos e originadas pelas células de Schwann. Geralmente são tumores de linhagem benigna, crescimento lento, bem delimitados, encapsulados e únicos. O acometimento intranasal é infrequente, corresponde a apenas 4% dos schwannomas da região de cabeça e pescoço. A sintomatologia é inespecífica e variável, comumente ligada ao efeito de massa na cavidade nasal. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica e o diagnóstico é confirmado por meio de exame histopatológico.

Apresentação do caso: A.C.S.C., 46 anos, feminino. Atendida no ambulatório ORL do HSE/RJ, com queixa de obstrução nasal bilate-

ral e hiponasalidade havia um ano. Negou rinorreia, cefaleia, epistaxe ou sintomas otológicos. Ao exame, observa-se abaulamento em palato mole. Endoscopia nasal apresentou tumoração pálida, de superfície lisa, que ocupava a nasofaringe. TC e RNM evidenciaram massa homogênea com limites bem definidos em nasofaringe. HSV, EBV, CMV, HIV, VDRL e FTA-ABS negativos.

Discussão: A obstrução nasal é o principal sintoma relacionado aos tumores intranasais. Os diagnósticos diferenciados são diversos: benignos - papilomas, angiofibromas, tumores mesenquimais, neurogênicos, esqueléticos e odontogênicos; e malignos - linfomas, carcinomas. A investigação diagnóstica parte da anamnese detalhada, apoiada em exames endoscópicos e de imagem, o diagnóstico definitivo é dado pela análise histopatológica. Esta paciente não apresentava critérios para malignidade: lesão bem delimitada, não invasiva, de crescimento insidioso, sem sintomas neurológicos ou linfonodomegalias. O aspecto macroscópico da lesão se mostrou pálido-claro e gelatinoso, compatível com a literatura. Apesar de biópsia pré-operatória sugestiva de nódulo mixoide-edematoso, após ressecção via endoscópica nasal, o exame histopatológico evidenciou schwannoma. Após tratamento, a paciente permanece sem lesão à EN e sem queixas.

Comentários finais: O schwannoma, não obstante sua baixa incidência nessa topografia, deverá sempre ser lembrado como diagnóstico diferencial dos tumores que ocupam a nasofaringe. O diagnóstico será sempre confirmado por exame histopatológico, e o tratamento cirúrgico é obrigatório.

PRC-395 SCHWANNOMA DE SEPTO NASAL: RELATO DE CASO

Roberta Alencar Amorim, Carlos Eduardo Costa Maranhão, Jasiel Pereira de Queiroz Maciel, Nathália Cavalcante Pinto, Leidianny Firmino Costa, Daniela Isabel Cevallos Zambrano, Thiago Freire Pinto Bezerra

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: O schwannoma (ou neurilemoma) é um tumor benigno, proveniente das células de Schwann. A etiologia é considerada desconhecida, embora alguns estudos sugiram o trauma local como causa. A localização mais comum é o VIII par craniano (80%), a região sinusal é raramente acometida (4%). No presente relato, descreve-se o caso de um paciente com schwannoma de septo nasal.

Apresentação do caso: M.L.S., sexo masculino, 52 anos, admitido com queixa de obstrução nasal em fossa nasal esquerda havia um ano. Ao exame físico, observou-se deformidade da pirâmide nasal, com tumoração de aspecto vegetante, avermelhada, pediculada em região anterior de septo nasal. Tomografia de face evidenciava massa nodular, hipodensa, bem delimitada, homogênea em região anterior de fossa nasal esquerda. O paciente foi submetido à ressecção endoscópica do tumor com margem em pericôndrio de septo nasal. O resultado da imuno-histoquímica revelou o diagnóstico de schwannoma. No momento, paciente em acompanhamento, sem evidência de recidiva há 11 meses.

Discussão: Em estudo retrospectivo, de 207 pacientes avaliados com sintomas sinusais, 63 apresentavam queixa de obstrução nasal unilateral, as doenças inflamatórias (68,3%) e neoplásicas (20,6%) eram as patologias mais frequentes; o schwannoma foi observado em apenas um caso (1,6%). Quando há o acometimento da região sinusal, é mais frequente no seio etmoidal, seguido pelo maxilar, pela fossa nasal e pelo seio esfenoidal. Obstrução nasal, anosmia, deformidade da pirâmide nasal e epistaxe são as queixas mais frequentes. Schwannomas nasais ocorrem em sua maioria entre os 20 e 60 anos, sem predileção por gênero ou etnia. O diagnóstico definitivo é feito pela histopatologia e imuno-histoquímica e o tratamento é cirúrgico, pode haver recorrência, caso haja ressecção incompleta da lesão.

Comentários finais: Apesar de ser uma patologia rara no tocante ao acometimento da região sinusal, o schwannoma deve ser sempre lembrado como diagnóstico diferencial.

PRC-396 SCHWANNOMA DE SEPTO NASAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Kennedy Cavalcante Pinheiro, Willian da Silva Lopes, Ulisses Meireles Filgueiras Filho, Gabriel Gomes Lopes, Sebastião Diógenes Pinheiro, Viviane Carvalho da Silva

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O schwannoma é um tumor benigno derivado das células de Schwann, provenientes das cristas neurais. No nariz, podem se originar das fibras nervosas autônomas ou do ramo maxilar do nervo trigêmeo. O acometimento de cavidade nasal e seios paranasais é raro, em torno de 4%, e em região septal é excepcionalmente raro.

Apresentação do caso: Paciente, sexo feminino, 51 anos, referiu surgimento de tumoração em fossa nasal esquerda de crescimento progressivo havia dois anos associado a obstrução nasal à esquerda e episódios esporádicos de epistaxe. À rinoscopia anterior, foi visualizada lesão vegetante, pediculada, em septo anterior à esquerda (área 2, Cottle). A tomografia computadorizada de seios paranasais evidenciou nodulação com densidade de partes moles em região septal anterior à esquerda. A paciente foi submetida à biópsia excisional endoscópica da lesão septal e a peça foi enviada para exame histopatológico, cuja microscopia evidenciou neoplasia benigna composta por células fusiformes com discreto pleomorfismo e hiper cromasia nuclear, dispostas em feixes curtos, constituíam áreas do tipo Antoni A e B. A conclusão foi que se tratava de um schwannoma.

Discussão: Os schwannomas nasossinusais provêm, geralmente, dos ramos oftálmico e maxilar do nervo trigêmeo e dos nervos autonômicos. As localizações preferenciais relatadas são as células etmoidais, o seio maxilar, a ponta nasal e o seio esfenoidal. A faixa etária predominantemente acometida varia de 12 a 76 anos, sem preferência de gênero ou etnia. O diagnóstico diferencial das massas nasais unilaterais inclui o schwannoma em 1,6% dos casos. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica por rínotomia lateral ou cirurgia endoscópica endonasal, que geralmente são curativas.

Comentários finais: O schwannoma nasal é uma neoplasia rara, mas deve ser suscitado em casos de lesões unilaterais da cavidade nasal. O diagnóstico é histopatológico e a excisão cirúrgica geralmente é curativa.

PRC-397 SCHWANNOMA NASAL

Luciane Mazzini Steffen, Marina Neves Cavada, Priscila de Jesus Souza Pires, Aline Silveira Martha, Luís Henrique Athaide Halmenschlager, Nédio Steffen, Mariana Bussmann

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O schwannoma é uma neoplasia benigna que se origina das células de Schwann presentes na bainha de nervos autossômicos periféricos. Localiza-se cranial ou extracranial, pode acometer qualquer parte do corpo. O schwannoma de cabeça e pescoço constitui 30 a 45% dos casos extracraniais, 4% deles estão localizados no nariz e nos seios paranasais.

Apresentação do caso: Paciente feminina, 37 anos, branca, sem comorbidades, fez tomografia de crânio após queda para investigar trauma cranioencefálico. A tomografia descartou trauma, porém identificou velamento de seios paranasais à esquerda. O achado motivou a investigação da hiposmia e obstrução nasal à esquerda de longa data. À rinoscopia anterior, observou-se lesão expansiva

obstrutiva de aspecto polipoide que ocupava a fossa nasal esquerda e não permitia a passagem do nasofibroscópio; a fossa nasal contralateral não apresentava alterações e o *cavum* era livre. Tomografia computadorizada com contraste de nariz e seios paranasais evidenciou lesão que ocupava totalmente a fossa nasal esquerda, velamento do seio maxilar e de células etmoidais anteriores e posteriores. Fez-se exérese endoscópica da lesão, que se inseria em etmoide posterior. Seu plano de clivagem possibilitou completa ressecção. A biópsia transoperatória com congelamento observou lesão inflamatória. A confirmação do diagnóstico foi feita pelo anatomopatológico e pela imuno-histoquímica, que evidenciaram alta reatividade à proteína S-100.

Discussão: As lesões intranasais unilaterais apresentam inúmeras possibilidades diagnósticas. Os sintomas são inespecíficos e os exames de imagem, pouco esclarecedores. Neste relato, a tomografia sugeriu pólipos de Killian ou papiloma invertido pela unilateralidade da lesão e pelos aspectos tomográficos. Porém, as características histopatológicas e a imunoreatividade à proteína S-100 auxiliaram na confirmação diagnóstica.

Comentários finais: O schwannoma intranasal faz parte do diagnóstico diferencial das lesões intranasais. O exame histopatológico e a imuno-histoquímica são de extrema importância para confirmação diagnóstica frente à inespecificidade dos sintomas e dos achados radiológicos.

PRC-398 SCHWANNOMA NASAL - UM RELATO DE CASO

Carolina Mardegan Araya, Oscar Orlando Araya Fernandez, Sulene Pirana, Luiz Gabriel Signorelli, Gabriel Zorron Cavalcanti, Marcela de Oliveira, Fabiana Caldini Pissini

Universidade São Francisco (USF), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O schwannoma é um tumor benigno derivado das células de Schwann que costuma se originar dos nervos periféricos em cabeça e pescoço e da superfície extensora das extremidades. Raramente acomete cavidade nasal e seios paranasais, correspondendo a 4% dos schwannomas de cabeça e pescoço. Quando em região nasal, pode causar sintomas como obstrução nasal, epistaxe, hiposmia e cefaleia.

Apresentação do caso: Paciente masculino, 31 anos, queixou-se de epistaxe unilateral, de repetição e autolimitada. À rinoscopia anterior não foi detectada lesão septal que justificasse a queixa. O exame de nasofibrolaringoscopia detectou secreção purulenta e massa branca em região de meato médio à direita, tratada clinicamente com cefalexina. A tomografia computadorizada de seios da face mostrou lesão expansiva em meato médio direito e lesão em seio maxilar, células etmoidais médias e posteriores à direita; foi feita remoção da massa por cirurgia endoscópica e o material foi enviado para biópsia. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de schwannoma benigno.

Discussão: Esse tumor acomete igualmente os gêneros e é mais frequente entre 40 e 60 anos. As principais localizações em região nasal são células etmoidais, seio maxilar, ponta nasal e seio esfenoidal. O diagnóstico é dado a partir da endoscopia nasal, exames de imagem e confirmação histopatológica. O tratamento consiste na excisão cirúrgica da lesão, que pode ser feita por meio da rínotomia lateral ou por técnica endoscópica.

Comentários finais: O schwannoma nasal é considerado um tumor raro, com poucos casos relatados. O diagnóstico é um desafio devido à sintomatologia pouco característica.

PRC-399 SÍNDROME DE KARTAGENER: RELATO DE CASO

Ariadne Fonseca Carvalho Silva, Júlia do Carmo Binotto, Rafael Toledo Enes Nogueira, Fernanda Rodrigues da Cunha, Lucas Antônio Armelin Silva, Martinho da Palma e Mello Neto, Marco Aurélio Franco de Godoy Belfort

Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: A discinesia ciliar primária é uma doença hereditária caracterizada por anormalidades estruturais que comprometem a atividade ciliar, com consequências diretas sobre a depuração mucociliar, predispondo a infecções respiratórias de repetição, resulta em doença obstrutiva crônica do trato respiratório. A síndrome de Kartagener é um subgrupo da discinesia ciliar primária, causada por uma doença autossômica recessiva rara, e apresenta-se na tríade composta por pansinusite crônica, bronquiectasias e *situs inversus* com dextrocardia. A incidência é estimada em 1/25.000 pessoas.

Apresentação do caso: M.A.S., masculino, 32 anos, encaminhado ao ambulatório de otorrinolaringologia devido a obstrução nasal crônica, ronos e anosmia. Relatou ainda dextrocardia e azoospermia. Relatou acompanhamento com pneumologista devido a bronquiectasias pulmonares. A fibronasolaringoscopia evidenciou polipose nasal à esquerda. À TC de seios da face, material de partes moles preenchia seios maxilares, células etmoidais, seio esfenoidal e frontais, cavidade nasal e alargamento de complexo osteomeatal, bilateralmente. Ao ecocardiograma, dextrocardia em *situs inversus totalis*. À audiometria, perda condutiva leve bilateral e à imitanciometria curva B e C, à direita e esquerda, respectivamente. Foi submetido à polipectomia e sinusectomia endoscópica e o anatomopatológico confirmou polipose nasal. Durante a internação pré-operatória foram feitas avaliações da pneumologia e cardiologia que sugeriram pós-operatório em UTI, feito sem intercorrências. No momento, encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem evidências de recidivas, com melhoria dos ronos e da obstrução nasal, porém persistência da anosmia.

Discussão: O paciente com síndrome de Kartagener pode apresentar tosse produtiva e sinusopatia crônica, otite média de repetição e infertilidade. O objetivo é o tratamento precoce das infecções das vias aéreas superiores e do ouvido médio e a prevenção do desenvolvimento de complicações como déficit auditivo e bronquiectasias.

Comentários finais: O prognóstico da síndrome de Kartagener é geralmente bom e a maioria dos pacientes tem expectativa de vida normal quando há identificação precoce dessa patologia para um acompanhamento multidisciplinar.

PRC-400 SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER - RELATO DE CASO

Thais Gomes Abrahão Elias, Thereza Lemos de Oliveira Queiroga, Caroline Fernandes Rimoli, Iury Lima Veloso, Camila Sá de Melo Campos, Dândara Bernardo Siqueira, Regina Helena Garcia Martins

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Síndrome de Rendu-Osler-Weber ou telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) caracteriza-se por uma desordem vascular de caráter autossômico dominante, formada por coleções de capilares dilatados em mucosa nasal, oral, jugal, língua, mãos e pés. Associada a episódios recorrentes e constantes de epistaxe e envolvimento visceral (telangiectasias gastrointestinais e malformações arteriovenosas em pulmão, fígado e cérebro) e acometimento de um parente de primeiro grau.

Relato de caso: H.A.M.B., 55 anos, sexo feminino, branca, queixa de epistaxe havia três horas. Afirmou que desde julho de 2013 apresentava quadros recorrentes de epistaxe. Paciente acompanhada de sua filha, que também apresentava telangiectasias em lábios superior e inferior, porém sem histórico de epistaxe. Ao exame físico, telangiectasias em lábios superior e inferior e em região de antebraços; à rinoscopia anterior tinha telangiectasias em mucosa de região anterior de septo nasal e corneto nasal inferior à direita,

sem sangramento ativo. Hemograma e coagulograma normais. Colonoscopia com duas telangiectasias menores do que 5 mm e outra de 8 mm localizadas em cólon ascendente. Endoscopia digestiva alta com gastrite edematosa discreta de corpo e fundo, pólipos Yamada II em corpo e fundo, telangiectasia vascular antral em parede posterior de cerca de 3 mm, lesão elevada em segunda porção duodenal a esclarecer. Feita cauterização com ácido tricloroacético em mucosa de região septal anterior direita, alocado gelfoam e orientada lavagem nasal.

Conclusão: Síndrome de Rendu-Osler-Weber, associada à mutação de três principais genes: *ENG*, *ACVRL 1* e *MADH 4*. Diagnóstico é obtido pela combinação de ectasias vasculares, história familiar e episódios de hemorragia recorrentes; epistaxe é o mais comum. Tratamento inclui orientação e observação para casos leves. O prognóstico geralmente é bom, com baixas taxas de mortalidade relacionadas às perdas sanguíneas.

PRC-401 SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: RELATO DE CASO

Ana Carolina Fernandes de Oliveira, Ivan Machado de Almeida Júnior, Nathália Ávila de Nascimento Nóbrega,

Juliane Patrícia Grigório da Silva, Débora Teixeira Jales de Lira, Luciana Fontessilva da Cunha Lima, Alexandre Augusto Fernandes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Introdução: A telangiectasia hemorrágica hereditária (THH), ou síndrome de Rendu-Osler-Weber, é uma patologia genética rara de caráter autossômico dominante, caracterizada por epistaxes espontâneas e recorrentes, telangiectasias em face, dedos e cavidade oral, além de malformações arteriovenosas (MAV) em diversos sistemas.

Apresentação do caso: F.S.V.S., feminino, 64 anos, veio ao ambulatório de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Onofre Lopes com queixa de epistaxe por narina esquerda frequente. Negou outros focos de sangramento. Mãe, já falecida, e irmãos apresentavam epistaxes recorrentes, porém de menor intensidade. Ao exame: rinoscopia - crostas hemáticas na mucosa septal esquerda; oroscopia - presença de petéquias em língua e mucosa jugal; telangiectasias em tórax e petéquias em extremidades dos dedos. Tomografia de tórax evidencia presença de fístula arteriovenosa em lobo inferior do pulmão direito. Provas inflamatórias, bioquímica e sorologias negativas. Tomografia de crânio e de abdome normais. Foi solicitado contato com os parentes para investigação genética.

Discussão: A THH é uma síndrome rara, 1-2 casos/100.000, afeta todas as etnias e tem mesma distribuição entre os sexos. Trata-se de uma displasia fibrovascular com deficiência estrutural da parede dos vasos sanguíneos por alteração da lâmina elástica e da camada muscular, torna-as mais vulneráveis a traumatismos e rupturas espontâneas. As manifestações otorrinolaringológicas são as mais comuns (93%). Complicações hematológicas, neurológicas, gastrointestinais e pulmonares são possíveis. Os critérios Curação definem diagnóstico (três ou mais): 1) epistaxes espontâneas e recorrentes; 2) múltiplas telangiectasias em lábios, orofaringe, dedos e nariz; 3) malformações viscerais; 4) história familiar (primeiro grau). O tratamento é paliativo, individualizado, com acompanhamento multidisciplinar, objetiva o controle da doença e evitar complicações/sequelas.

Comentários finais: A epistaxe é uma queixa frequente na otorrinolaringologia, com origem tanto em patologias comuns quanto nas síndromes raras, conforme o caso relatado. Destaca-se a necessidade de propedêutica bem executada para guiar o acompanhamento multiprofissional desses pacientes crônicos.

PRC-402 SÍNDROME DO ÁPICE ORBITÁRIO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Roberto Igor Soares Feitosa Viana, Bernardo Cunha Araújo Filho, Antônio Pedro do Nascimento, José Wilson Fonseca Filho, Erich Gustavo Araújo de Oliveira, Priscila Araújo da Silva, Camila Negreiros Dias

Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina, PI, Brasil

Introdução: Sinusites posteriores (esfenoetmoidais) podem resultar na síndrome da fissura orbitária superior (SFOS), uma entidade rara que acomete estruturas anatômicas que atravessam essa região.

Apresentação do caso: R.M.C., 68 anos, sexo feminino, parda, procurou atendimento médico de urgência (Hospital de Urgências de Teresina [HUT]) por cefaleia frontal e dificuldade para medialização do olho esquerdo havia 30 dias, quadro antecedido por obstrução nasal e rinorreia purulenta crônica, negou tratamento prévio com antibióticos ou corticoterapia. Comorbidades: diabética e hipertensa. Ao exame físico: proptose com quemose olho esquerdo, dificuldade para medialização, à rinoscopia anterior: intensa rinorreia e hipertrofia de cornetos, otoscopia e oroscopia sem alterações. Tomografia computadorizada dos seios da face revelou sinusite esfenoidal e etmoidal posterior, deiscência da lâmina papirácea. Paciente internada para antibioticoterapia venosa: ceftriaxona e clindamicina, além de fluconazol. Teve alta pelo clínico do plantão com antibioticoterapia oral. Após uma semana, retornou ao HUT com queixa de ptose, amaurose e oftalmoplegia. Transferida para o hospital de referência em otorrinolaringologia - Getúlio Vargas (HGV) - para sinusectomia esfenoetmoidal e descompressão da órbita e nervo óptico. No pós-operatório, evolui com melhoria da cefaleia e da ptose, porém manteve amaurose e oftalmoplegia.

Discussão: A síndrome da fissura orbitária superior resulta do comprometimento do terceiro, quarto e sexto nervos cranianos, na primeira divisão do quinto nervo craniano e em veias oftálmicas superiores, ao passo que na síndrome do ápice orbitário estruturas do forame óptico também são acometidas (oftalmoplegia irreversível após 90 minutos de isquemia do nervo óptico). É de fundamental importância ressaltar que nesses casos não há presença de sinais inflamatórios orbitários exuberantes, fato que diferencia tal síndrome de outras complicações orbitárias comuns.

Comentários finais: Complicações orbitárias das sinusopatias posteriores podem provocar sequelas irreversíveis (amaurose, oftalmoplegia). Portanto, o diagnóstico precoce (TC seios da face) é fundamental, com indicação de descompressão endoscópica de urgência.

PRC-403 TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO

Guilherme Novaes Coimbra, Julie Louise Miranda Sanz, Tatiana Roriz Lopes, Fabiana Rocha Ferraz, Cristiano de Assis Buarque Perlingeiro, Andrea Goldwasser David, Thiago Botelho Affonso

Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A telangiectasia hemorrágica hereditária (THH), ou síndrome de Rendu-Osler-Weber, é um raro distúrbio de transmissão autossômica dominante, que provoca uma displasia fibrovascular sistêmica e tendência a hemorragia em pele e mucosas. A epistaxe é a primeira e a mais frequente manifestação clínica. O diagnóstico definitivo é dado pelos critérios de Curação, três ou mais dos seguintes: telangiectasias em face, mãos e cavidade oral; epistaxes recorrentes; malformações arteriovenosas com comprometimento visceral e histórico familiar. O tratamento da síndrome é apenas paliativo e não há consenso sobre a melhor opção terapêutica.

Apresentação do caso: Paciente N.C.C., masculino, 55 anos, branco e aposentado. Tinha telangiectasia hemorrágica hereditária diagnosticada havia dez anos. Apresentava epistaxes de repetição desde o início da juventude e com pioria com a idade. O pai fale-

ceu com a mesma doença. Negava hemorragia digestiva. Fez uso de cocaína por via inalatória por cerca de 20 anos, que provocou pioria das epistaxes. Ao exame otorrinolaringológico, apresentava telangiectasias em mucosa oral, coágulos aderidos em mucosa nasal e destruição septal.

Discussão: A THH é uma doença que necessita de acompanhamento clínico multidisciplinar, pois pode afetar vários órgãos, porém ainda é subdiagnosticada. O paciente do caso tem quatro critérios diagnósticos: epistaxe espontânea e recorrente, telangiectasias em mucocutâneas, lesões viscerais (telangiectasias em trato gastrointestinal) e história familiar positiva. Apesar de ser benigna, o paciente necessita de diagnóstico rápido e tratamento de suporte para melhorar a qualidade de vida.

Comentários finais: Como a THH tem como primeira manifestação clínica a epistaxe espontânea e recorrente, é fundamental que o otorrinolaringologista esteja familiarizado com a doença e as opções terapêuticas disponíveis. Com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, podem-se evitar as complicações do distúrbio.

PRC-404 TRATAMENTO CIRÚRGICO ENDONASAL DE OSTEOMA EM SEIO FRONTAL

Camillus Magalhães Carneiro dos Santos, Ulisses José Ribeiro, Torcuato Sanchez Rojas Neto, Felliipe Cunha Oliveira Pomar, Thiago Andrade Fraga, Fernando Martins Cruvinel, Daniela Guimarães Garcia Cunha

Hospital São Luiz, Jabaquara, SP, Brasil

Introdução: Osteomas são tumores ósseos benignos relativamente raros que geralmente se desenvolvem nos ossos craniofaciais e na mandíbula, mais frequentemente topografia frontoetmoidal. São tumores de crescimento lento, muitas vezes assintomáticos durante anos, e diagnosticados incidentalmente em radiografias. Sua etiologia continua controversa na literatura, são associados a trauma, infecção e anomalias no desenvolvimento ósseo. A depender da localização, podem levar a sinusites de repetição, proptose, diplopia, tonturas e deformidades faciais. O tratamento depende dos sintomas do paciente, bem como do tamanho e da localização do tumor, o acompanhamento clínico é o padrão terapêutico para osteomas pequenos e assintomáticos, enquanto a ressecção cirúrgica parece ser o principal tratamento para os pacientes sintomáticos.

Apresentação do caso: Paciente de 18 anos, sexo feminino, apresentava cefaleia importante havia dois anos sem melhoria com tratamento clínico. Diagnosticada por várias vezes com sinusopatia sem melhoria ao tratamento convencional, procurou o serviço médico, no qual foi internada para investigação mais detalhada com exames de imagens. Durante a internação foi solicitada interconsulta com a especialidade de otorrinolaringologia, que, após imagem tomográfica, evidenciou massa tumoral em seio frontal. Levantou-se a hipótese diagnóstica de osteoma frontoetmoidal com obstrução do óstio de drenagem. Feita exérese da tumoração por via endoscópica e externa e material enviado para análise. Após três meses de pós-operatório a paciente retornou ao consultório com quadro de cefaleia frontal importante. Foi submetida à nova abordagem cirúrgica. O procedimento foi feito via endoscópica. Durante o procedimento foi visualizada obstrução do recesso frontal, provocada por resíduos de cola biológica usada no primeiro procedimento. Retirado material que deixou a região livre, sem demais intercorrências.

Discussão: Osteomas geralmente são assintomáticos e quando se tornam sintomáticos, os sintomas estão relacionados com a localização do tumor. A RNM é superior à tomografia computadorizada, mostra o nervo óptico ou invasão do canal óptico. Observação e exames radiológicos de controle são recomendados na maioria dos casos assintomáticos, exceto para aqueles localizados no seio esfenoidal que ameaçam o canal óptico. Tradicionalmente, para remover osteomas do seio frontal, a abordagem externa ainda é

considerada o padrão-ouro. As vantagens da técnica cirúrgica extranasal são uma melhor avaliação do tumor e, possivelmente, o menor tempo de operação. As desvantagens são menores taxas de adesão do paciente, cicatrizes e maior morbidade devido à longa hospitalização. Apesar disso, graças à melhoria nos equipamentos e ao aumento da experiência cirúrgica, técnicas endoscópicas são agora uma opção válida na maioria dos casos. Dados da literatura dos últimos 15 anos parecem confirmar a segurança e eficácia de técnicas endoscópicas endonasais minimamente invasivas no tratamento de osteoma frontal. Devido aos instrumentos com angulações bem-definidas, torna-se possível alcançar áreas de difícil acesso, como o recesso supraorbital, e ampliar, assim, as indicações para a via endoscópica.

Comentários finais: Atualmente, a abordagem endonasal revela-se uma opção válida e interessante, quando bem indicada em relação à cirurgia extranasal de osteoma frontal.

PRC-405 TUBERCULOSE DE NASOFARINGE

Natanael Alves de Souza, Diego Costa de Souza Ferreira, Milene Lopes Frota, Cíntia Elisa Gonçalves Costa, Carolina Bongioio, Mirian Cabral Moreira de Castro

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A tuberculose ainda é um dos importantes problemas de saúde da atualidade, sobretudo em países subdesenvolvidos. É uma doença que tem acometimento prioritariamente pulmonar, mas que pode se desenvolver com apresentações diversas, muitas delas atípicas.

Apresentação do caso: M.I., sexo feminino, 60 anos, relatou queixa de obstrução nasal com evolução de 15 anos, sem outros sintomas associados. Referiu histórico prévio de adenoidectomia. À fibronasoscopia apresentou massa em topografia de *cavum*. Foi feita biópsia da lesão e o anatomopatológico demonstrou focos de necrose caseosa associados a tecido granulomatoso, com presença de células de Langhans. Tanto o exame das lâminas devidamente coradas quanto a bacterioscopia de escarro foram negativos para presença de bacilos. A prova tuberculínica foi altamente reativa. Radiografias de tórax não apresentaram sinais de lesão. A paciente foi tratada empiricamente com rifampicina associada a izoniazida. A lesão regrediu progressivamente e após seis meses restou apenas tecido cicatricial na topografia descrita.

Discussão: A literatura evidencia uma variedade de apresentações clínicas associadas à tuberculose de nasofaringe: linfadenopatia cervical, rinorreia, obstrução nasal, cefaleia, epistaxe e sintomas otológicos, como hipoacusia e autofonia. A paciente aqui relatada não apresentou quadro exuberante; a obstrução nasal foi a sua única queixa. A biópsia da lesão foi essencial para o diagnóstico diferencial, uma vez que permitiu a feitura do estudo histológico que sugeriu o diagnóstico.

Comentários finais: Tuberculose de nasofaringe pode cursar com sintomas clínicos inespecíficos e ter seu diagnóstico postergado, já que é uma rara entidade nosológica relacionada à rotina do otorrinolaringologista.

PRC-406 TROMBOSE VENOSA CENTRAL E ABSCESSO DE BULBO COMO COMPLICAÇÃO DE SINUSITE - RELATO DE CASO

Lívia de Vasconcellos Gonzaga, Leonardo Conrado Barbosa de Sá, Débora Braga Estêvão, Leonardo Antônio Dias Soares, Igor Amorim Coutinho, Luana Dias Cruz, Beatriz Figueiredo Brandão

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Após o advento dos antibióticos, as complicações intracranianas das sinusites ficaram mais raras, porém ainda mantêm altas taxas de morbidade e mortalidade. Tais complicações podem acometer regiões adjacentes, como órbita, ou podem ser intracranianas, como abscessos e trombozes dos seios venosos.

Apresentação do caso: J.V., 74 anos, sexo masculino, aposentado, apresentou tosse, rinorreia purulenta e obstrução nasal durante quatro meses, sem remissão completa do quadro após uso de antibióticos. Evoluiu com mal-estar, hiporexia e sonolência por 15 dias, seguidos de início súbito de náusea, vômitos e diplopia. No atendimento de urgência, foi feita tomografia computadorizada (TC) de seios paranasais e crânio que demonstrou sinais de pansinusite sem complicações e, assim, foi liberado com amoxicilina com clavulanato. Três dias depois apresentou tontura, descoordenação motora, ataxia, ptose palpebral à direita e hemiparesia à esquerda. Avaliado pelo neurologista, apresentou à TC e ressonância nuclear magnética de crânio trombose de seios transversos e sigmoide direito e abscesso bulbar à direita. A endoscopia nasal mostrou secreção mucopurulenta no recesso esfenoetmoidal esquerdo, edema de mucosa em meatos médios com algumas degenerações polipoides. Na internação foram feitas ceftriaxona, metronidazol e dexametasona intravenosos e enoxaparina. Foram feitas antrostomia maxilar, etmoidectomia, sinusotomia esfenoetmoidal e frontal, com coleta de secreção para cultura, via endoscópica. Associou-se vancomicina ao esquema após cultura positiva para *Staphylococcus epidermidis*. O paciente recebeu alta após 45 dias de internação com linezolid VO.

Discussão: O diagnóstico de complicações intracranianas das sinusites é clínico e radiológico. O tratamento é baseado na antibioticoterapia intravenosa, preferencialmente guiada por culturas. É discutível a anticoagulação para trombose venosa cerebral.

Comentários finais: No caso de complicações intracranianas ou orbitárias das rinossinusites, a cirurgia endoscópica dos seios paranasais é indicada como tratamento adjuvante à antibioticoterapia intravenosa e tem como um dos objetivos a restauração da drenagem anatômica e funcional dos seios paranasais.

PRC-407 TUMOR DE ABRIKOSSOFF - FORMA EXCEPCIONAL DE APRESENTAÇÃO

Antônio Augusto Freitas Junqueira, Carlos Alberto Basílio de Oliveira, Renata de Oliveira Ferreira Junqueira, Guilherme Enguer Lagoeiro Ribeiro Martins, Leandro Nogueira de Azevedo, Kleber Falcão Rebelo, Helius Vinicius da Fonseca

Hospital Central da Aeronáutica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O tumor de Abrikossoff (TA), ou tumor de células granulares (TCG), descrito em 1926, é raro, majoritariamente benigno e acomete predominantemente mulheres e negros. Descreveremos um caso atípico.

Apresentação do caso: Paciente masculino, quatro anos, branco, com trauma nasal pregresso. Evoluiu com massa de crescimento progressivo, de aspecto granuloso e sangrante no vestíbulo nasal esquerdo, que obstruiu a respectiva narina. Submetido à cirurgia com exérese total da lesão e ampla margem de segurança, seguida de eletrocauterização do leito da lesão. Laudo histopatológico descreveu TCG com focos de erosão, confirmado pela presença da proteína S-100, vimetina CD68 e CD57 na imuno-histoquímica. Acompanhamento de 90 dias sem recidiva.

Discussão: Trata-se de tumor predominantemente benigno, que se apresenta normalmente como uma lesão única entre a segunda e a sexta décadas de vida, principalmente em mulheres e negros. Localização cervicofacial é a principal, mais comumente na mucosa oral, língua e no palato duro; entretanto, ocorre também na pele e em outros tecidos moles. Considerado inicialmente de origem mioblástica, estudos posteriores questionaram sua histogênese,

pois a imuno-histoquímica evidenciou uma diferenciação celular neural ao detectar os anticorpos S-100, os neurofilamentos e a proteína ácida fibrilar glial (GFAP). É chamado TCG por apresentar citoplasma abundante e de aspecto finamente granular, fracamente eosinofílico e com grânulos positivos ao PAS. O caso apresentado descreve uma manifestação atípica, em um paciente fora da faixa etária e do gênero predominantes e numa localização muito rara. O diagnóstico é histopatológico e imuno-histoquímico e o tratamento consiste na excisão cirúrgica completa, com margens livres de doença, o que foi feito no caso em questão.

Comentários finais: A raridade do TA e sua manifestação atípica em uma criança branca do sexo masculino justifica a relevância deste caso para divulgar sua existência e a inclusão no diagnóstico diferencial de tumores nasais. A forma nasal é excepcional.

PRC-408 TUMOR DE CÉLULAS CLARAS RENAL COM METÁSTASE SEPTAL: RELATO DE CASO

Ricardo Barbosa Ramos Filho, Ronaldo Carvalho Santos Júnior, Arlete Cristina Granizo Santos, Valéria Maria Prado Barreto, Patrícia Barbosa de Sousa, Susana Alves Araújo, Leonardo Pamponet da Cunha Mouras

Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE, Brasil

Introdução: O carcinoma de células claras é o tipo histológico mais comum de carcinoma renal (60%), porém de ocorrência extremamente rara em cabeça e pescoço. Os poucos casos são geralmente originários de tumores metastáticos.

Apresentação do caso: Paciente M.M.S., 59 anos, apresentava epistaxe havia dois anos. Procurou o serviço de otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Sergipe encaminhado por um otorrino com videonasofibroscopia que mostrava lesão angiomatosa pediculada em septo nasal à esquerda. Como principal hipótese diagnóstica foi aventada a possibilidade de hemangioma de septo nasal. O paciente tem como história pregressa a exérese de lesão renal de 2,8 cm em rim direito há um ano, que o anatomopatológico mostrou ser um carcinoma de células claras. O tratamento proposto para a lesão nasal foi a retirada em nível subpericondrial da lesão e da mucosa subjacente. O anatomopatológico confirmou tumor de células claras com margem comprometida, e a imuno-histoquímica, o caráter metastático da lesão. O paciente encontra-se em acompanhamento com serviço de oncologia para avaliar a possibilidade de radioterapia adjuvante.

Discussão: Os tumores de células claras, quando em cavidade nasal, apresentam como principais sintomas epistaxe (66,7%) e destruição óssea (33,3%). São diagnóstico de exclusão por ser o nariz uma região de rara ocorrência para esse tipo de tumor. No presente caso o início da sintomatologia nasal precedeu a história da lesão renal e a lesão não apresentava características sugestivas de malignidade (sem destruição óssea, lesão arredondada e lisa de aspecto angiomatoso pediculada em septo nasal), foi feita a exérese da lesão de forma conservadora por ser considerada uma lesão aparentemente benigna e a principal hipótese diagnóstica era hemangioma de septo nasal. Nos casos descritos na literatura, a maioria dos pacientes é submetida apenas a exérese cirúrgica da lesão, com boa sobrevida pós-operatória. Em caso de margem comprometida na ressecção, pode-se optar por radioterapia adjuvante no seguimento.

Comentários finais: Apesar de ser uma patologia extremamente rara na cavidade nasal, os tumores de células claras e os demais tumores malignos devem ser aventados como possibilidades diagnósticas, a fim de evitar falhas no diagnóstico e perda de possibilidade terapêutica para os pacientes. Retirada cirúrgica da lesão, acompanhada ou não de radioterapia, parece ser o tratamento de escolha. O seguimento deve ser feito a cada seis meses com esses pacientes por no mínimo cinco anos.

PRC-409 TUMOR INDUTOR DE OSTEOMALÁCIA EM FOSSA NASAL: RELATO DE CASO

Ivan Pantaleão dos Santos, José Márcio Barcelos Costa Júnior, Diego Costa de Souza Ferreira, Bruno de Castro, Mirian Cabral Moreira de Castro

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O tumor indutor de osteomalácia (TIO) é uma causa adquirida de hipofosfatemia sem predileção por sexo, geralmente apresentam-se como tumores mesenquimais benignos de extremidades ósseas, os de fossa nasal são extremamente raros. Manifestam-se clinicamente com fraqueza muscular, fadiga progressiva, dor óssea e fraturas patológicas, laboratorialmente com hipofosfatemia, deficiência de vitamina D e altos níveis de FGF-23. O desafio nessa desordem é localizar o tumor. Essa detecção é mais eficaz com cintilografia óssea, porém, devido à chance de falsos-positivos, recomenda-se a investigação também com US, TC ou RNM. O tratamento é cirúrgico, por meio da ressecção tumoral, e leva à cura da doença e à normalização dos níveis de FGF-23 e fósforo, além da remissão completa dos sintomas em poucos meses.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 56 anos, iniciou há sete anos com quadro com perda de força e dores osteomusculares. Propedêutica revelou osteomalácia hipofosfatêmica com elevação de FGF-23. Exames de imagem com fraturas de arcos costais e processos degenerativos em corpos vertebrais. Cintilografia óssea sugestiva de doença osteometabólica, sem evidência de tumor. TC de seios da face localizou lesão tecidual nodular de limites precisos que ocupava a fossa nasal direita. Submetida à exérese da lesão com anatomopatológico compatível com hemangiopericitoma. Paciente atualmente com melhora progressiva dos parâmetros clínico-laboratoriais.

Discussão: TIO de cabeça e pescoço são extremamente raros, com diagnóstico tardio devido à apresentação inespecífica, com poucas manifestações locais. A partir da suspeita clínica e laboratorial, deve-se prontamente solicitar exames de imagem, preferencialmente cintilografia óssea, para a localização rápida do tumor, para não tardar o tratamento cirúrgico.

Comentários finais: TIO é uma patologia rara, de apresentação clínica inespecífica, o que a torna de difícil diagnóstico. A excisão cirúrgica é curativa e pode prevenir ou reverter a progressão para osteomalácia.

PRC-410 TUMOR NEUROENDÓCRINO NASOSSINUSAL PRIMÁRIO: RELATO DE CASO

Lígia Tedde de Moraes, Ewerton Mariz da Costa Rozendo, Leonardo Silva

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Tumores neuroendócrinos nasossinuais primários são tipos incomuns e têm um espectro histopatológico variado, como origem celular, grau de diferenciação neuroendócrina e comportamento.

Apresentação do caso: Paciente de 64 anos, sexo feminino, com antecedente de hepatite C genótipo 1B negatizada após tratamento havia dois anos com Interferon® e Ribavirina®. Havia um ano iniciara quadro de obstrução nasal fixa à direita, rinorreia que alternava entre hialina e amarelada, aumento de volume mal delimitado em região maxilar direita com dor discreta local associados com dois episódios de epistaxe autolimitados no período e epifora homolateral. A biópsia da massa nasal e da lesão palatal evidenciou neoplasia neuroendócrina com alto índice de proliferação celular. Os marcadores neuroendócrinos específicos mostrados pela imuno-histoquímica foram AE1/AE3, citoplasmático, padrão granular, CD56, P63 e Ki67. Indicada quimioterapia e ressecção cirúrgica conforme resposta ao tratamento quimioterápico.

Discussão: Tumores neuroendócrinos da região sinonasal são extremamente raros e agressivos. As manifestações clínicas são pobres

e inespecíficas no início da doença, e o diagnóstico muitas vezes é feito em estágios avançados, o que contribui para um prognóstico reservado. O tratamento baseia-se na associação de cirurgia e/ou tratamento adjuvante como escolha.

Comentários finais: Apesar de raros, deve-se fazer o diagnóstico diferencial de tumores nasossinusais com os de origem neuroendócrina, principalmente em quadros agressivos e avançados. A avaliação imuno-histoquímica pode ser valiosa para a precisão da hipótese diagnóstica e indicação de tratamento adequado.

PRC-411 TUMOR ÓSSEO DE CÉLULAS GIGANTES DE ORIGEM ETMOIDAL: RELATO DE CASO

Nathália Cavalcante Pinto, Nahyane Lacerda dos Santos, Adriano de Amorim Barbosa, Jasiel Pereira de Queiroz Maciel, Carlos Eduardo Costa Maranhão, Roberta Alencar Amorim, Leidianny Firmino Costa

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: O tumor ósseo de células gigantes (TCG) é uma das neoplasias ósseas primárias mais comuns, que se apresenta na maioria das vezes como lesão benigna. A ampla maioria dos tumores acomete indivíduos da segunda e da quarta décadas de vida, com predomínio do sexo feminino. Dor e aumento de volume local são as queixas mais frequentes.

Apresentação do caso: A.A.S., 26 anos, feminino, sem comorbidades. Quadro inicial de proptose em olho esquerdo, evoluiu em um mês com episódios de epistaxe unilateral ipsilateral a proptose, obstrução nasal em FNE e dor local. Tomografia computadorizada (TAC) de seios da face sugeriu polipose nasossinusal, foi submetida a estudo histopatológico (HP), que mostrou pólipos fibromixomatosos. Foi submetida à FESS dois meses após o sintoma inicial, com ressecção da lesão, que, nesse momento, já ocupava toda a FNE, abaulava o palato mole e era visível pela oroscopia. HP mostrou tumor ósseo de células gigantes, confirmado por imunofenotipagem. Houve rápida recidiva da lesão três semanas após a cirurgia; submetida a nova TAC, que mostrou lesão heterogênea de aspecto multiloculado secundário à trabeculação proeminente com epicentro em etmoide esquerdo. Lesão irressecável cirurgicamente. Submetida a 25 sessões de radioterapia sem involução da lesão. Atualmente, está em tratamento com denosumabe.

Discussão: TCGs de cabeça e pescoço são extremamente raros e representam 2% de todos. Na TAC, eles são multiloculados, com múltiplos níveis de fluido. TCG deve ser diferenciado do granuloma reparativo de células gigantes, cisto ósseo aneurismático e tumor marrom hiperparatireoide.

Comentários finais: Embora rara, a possibilidade de acometimento do etmoide pelo TCG deve ser lembrada no diagnóstico diferencial de tumores nessa localização, os dados clínicos e de imagem são inespecíficos, a confirmação deve ser anatomopatológica.

PRC-412 TUMORES NASOSSINUSAIS AVANÇADOS RESSECADOS POR VIA ENDOSCÓPICA

Mayara Tabai, Mariana Dalbo Contrera Toro, Thiago Luís Infanger Serrano, Thales Eugeni, César Senna, Paola Piva de Freitas, Jorge Rizzato Paschoal, Carlos Takahiro Chone

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: Tumores nasossinusais representam 3-5% dos tumores de cabeça e pescoço e o tratamento desse tipo de tumor ainda é controverso. A cirurgia endoscópica nasal é bem aceita para o tratamento de tumores benignos nasossinusais. Apesar de suas vantagens, ainda não é bem estabelecida para tumores malignos avançados. Alguns autores mostraram resultados oncológicos semelhantes, especialmente se associada a radioterapia adjuvante.

Objetivos: Relatar a experiência do serviço no tratamento de tumores nasais avançados via endoscópica.

Métodos: Estudo retrospectivo de três casos de tumores avançados de fossa nasal (dois adenocarcinomas do tipo intestinal e um estenoneuroblastoma) submetidos à ressecção endoscópica endonasal completa. No intraoperatório, a técnica escolhida foi a sinusotomia frontal tipo DRAF 3 bilateral. Feito retalho com fásia lata ou gálea aponeurótica. **Resultados:** Obtidas margens cirúrgicas livres nos três casos. Todos foram submetidos à quimioterapia e radioterapia adjuvante. Em seguimento (de 2 a 24 meses), todos os pacientes permanecem livres de doença. Nenhum apresentou complicação intracraniana. **Discussão:** O resultado oncológico de pacientes com tumores nasossinusais tem melhorado nas últimas décadas, em decorrência de técnicas mais refinadas de ressecção craniofacial, reconstrução com retalhos vascularizados e terapia adjuvante. Uma vez que o diagnóstico de câncer é estabelecido, a cirurgia oncológica definitiva deve, sempre que possível, alcançar ressecção completa com margens cirúrgicas livres, independentemente da abordagem. Muitos autores preconizam a ressecção craniofacial em bloco para esse tipo de lesão, o que ocasiona complicações potencialmente preveníveis ao se usar o acesso endoscópico.

Conclusão: A ressecção endoscópica de tumores nasossinusais avançados pode ser uma opção segura e eficaz quando associada à radioterapia e sempre com o objetivo de obter a ressecção completa da lesão, com margens livres.

PRC-413 UM DIAGNÓSTICO RARO DE SINUSITE CRÔNICA: A METÁSTASE DO CÂNCER DE MAMA

Emyle Mayra Santana Alves Almeida, Letícia Raquel Baraky, Marcela Maria Pinto Vilela, Erika Gomes Ferreira, Alexandre Ferreira Oliveira, Isabela Loyola Borem Guimarães, Natália Baraky Vasconcelos

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: Metástases podem ser definidas como uma lesão neoplásica, que surgiu a partir de outra neoplasia prévia, com a qual não mais apresenta continuidade ou estreita proximidade.

Apresentação do caso: Paciente de 50 anos, do sexo feminino, com sinusite crônica havia quatro meses e vários tratamentos clínicos feitos. Foi até tratada por 21 dias com moxifloxacina, soro fisiológico nasal e esteroides tópicos. Apresentava queixas persistentes de dor facial unilateral à esquerda e hiposmia. Dias antes da internação hospitalar com suspeita de meningite, desenvolveu hipoestesia infraorbital. A ressonância magnética levantou à suspeita de sinusite fúngica do seio esfenoidal, mas a tomografia de seios da face mostrou lesão lítica possivelmente no teto etmoidal. História pregressa de câncer de mama e câncer renal havia sete e nove anos, respectivamente. Exame fibroscópico foi normal. Abordagem transeptal endoscópica para seio esfenoidal mostrou a lâmina perpendicular do etmoide e do rostro esfenoidal com aparência frágil e fraca. O resultado histopatológico foi de metástases ósseas de câncer de mama.

Discussão: Metástases a partir do câncer de mama ocorrem em 10-15% das pacientes e, mais frequentemente, dentro dos primeiros três anos do diagnóstico primário. Metástases ósseas são descritas com frequência em literatura, porém o acometimento esfenoidal é raro. A paciente segue por um novo estadiamento da doença. Tomografia computadorizada de tórax mantém-se normal e uma cintilografia corporal está programada. Seu painel de câncer de mama mostrou: receptor de estrogênio 25-50%, receptor de progesterona < 10% e c-ErbB2 (HER2/neu) 3+ com uma possível resposta ao trastuzumabe.

Comentários finais: Algumas características clínicas neste caso, como dor facial unilateral e hipoestesia, poderiam levantar suspeitas de uma improvável sinusite crônica. Independentemente de há quanto tempo exista uma história câncer no passado, essa tem de ser considerada para o diagnóstico diferencial.